

Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)



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

Wiesbaden, den 30. April 2024

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50

E-Mail: info@bdi.de

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden, Registernummer: VR 1078

Lobbyregister: R001265

Präsidium

Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)

Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)

PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung

Bastian Schroeder (Geschäftsführer)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	1
2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	2
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	2
Artikel 1 Nr. 6.....	2
§ 116a SGB V (neu): Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	2
Artikel 1 Nr. 9.....	5
§ 135e Absatz 4 Nr. 1 und 3 SGB V (neu): Leistungsgruppen	5
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	7
Artikel 3 Nr. 6.....	7
§ 12b KHG (neu): Transformationsfonds	7
Artikel 3 Nr. 8.....	8
§ 17b Absatz 4c KHG (neu): Auswirkungsanalyse der Vorhaltevergütung auf die Krankenhausstruktur	8

1. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf (Stand: 13.03.2024) des Bundesministeriums für Gesundheit für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zielt auf eine grundlegende Krankenhausreform mit drei Hauptzielen ab: Verbesserung der Behandlungsqualität, Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und Entbürokratisierung. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) bekennt sich zur zwingenden Notwendigkeit einer Krankenhausstruktur- und Krankenhausvergütungsreform.

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sind bundesweit die größte Fachgruppe. Internistinnen und Internisten sind in allen Versorgungsbereichen tätig, das heißt im stationären sowie im hausärztlich- und fachärztlich ambulanten Versorgungsbereich. Vor diesem Hintergrund nimmt der BDI ergänzend zur Stellungnahme des Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), zu folgenden Maßnahmen im KHVVG im Einzelnen Stellung.

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 1 Nr. 6

§ 116a SGB V (neu): Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Der Gesetzentwurf führt in §§ 115g und 115h SGB V (neu) sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als neue Form der Krankenhausbehandlung ein. § 116a Absatz 1 SGB V (neu) sieht vor, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zukünftig in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 SGB V oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 SGB V festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden müssen. Die bisherige Regelung des § 116a Absatz 1 Satz 2, SGB V wonach der Ermächtigungsbeschluss nach zwei 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 SGB V (neu) 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 SGB V 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 in § 115g SGB V (neu) 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 SGB V richten und damit nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden.

Bewertung:

Der BDI lehnt die Neufassung von § 116a SGB V (neu) ausdrücklich ab.

Der BDI lehnt insbesondere die Neufassung der geplanten Regelung in Absatz 3 zur flächendeckenden Öffnung von Krankenhäusern (sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen) für die hausärztliche Versorgung durch die Errichtung hausärztlicher Institutsambulanzen vehement ab.

Diese Regelung stellt die Weichen für eine Verlagerung der hausärztlichen Versorgung aus inhabergeführten Praxen an Krankenhäuser und bedroht inhabergeführte hausärztliche Praxen in dem jeweiligen Umfeld. Diese Entwicklung wird die ärztliche Unabhängigkeit sowie die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung mindern; die Arzt-Patienten-Kontakte sind nachweislich in Inhaber-geführten Arztpraxen am höchsten.

Da bereits heute schon circa 80 Prozent der Mittelbereiche in Deutschland keine Zulassungsbeschränkungen für Hausärzte haben, kann sich das Versorgungssystem innerhalb weniger Jahre so weit verändern, dass institutionelle Anbieter vielerorts dominieren. Solche disruptiven Veränderungen sind dann nicht mehr umkehrbar. Der BDI warnt ausdrücklich vor dieser Entwicklung.

Der BDI kritisiert die Regelungen in § 116a SGB V (neu) darüber hinaus wie folgt:

Die Regelungen dienen einem Teilausgleich von Finanzierungslücken der Krankenhäuser durch Zugriff auf Mittel aus dem Honorarbudget der Vertragsärztinnen und -ärzte. Dies ist in der Gesetzesbegründung explizit aufgeführt. Zudem sind die Träger von Krankenhäusern gegenüber Praxisbetreibern durch den im gleichen Gesetz geschaffenen Transformationsfonds, den Krankenhauszukunfts fonds zur Digitalisierung und die reguläre staatliche Investitionsförderung wirtschaftlich bevorteilt. Dazu kommt ein vollständig refinanziertes stationäres Pflegebudget, während Personalkosten im ambulanten Bereich nicht adäquat gegenfinanziert werden.

Die staatliche Förderung verschafft bei gleichzeitiger Verknappung der ambulanten Budgets den Krankenhäusern wirtschaftlich die Möglichkeit, dass sie aufgrund ihrer neuen Strukturen mit besseren Konditionen den etablierten hausärztlichen Praxen/BAG/MVZ sowohl ärztliches als auch nichtärztliches Fachpersonal abwerben können. In der Gesetzesbegründung wird hervorgehoben, dass eine Steigerung der Attraktivität des Krankenhauses gegenüber der Niederlassung für den ärztlichen Nachwuchs sogar intendiert ist. Über die gesamte Versorgung hinweg werden keine zusätzlichen Personalkapazitäten geschaffen.

Ermächtigte Institutsambulanzen sind im Vorteil gegenüber Arztpraxen, weil sie ungeachtet ihrer Größe nur für eine Ärztin/einen Arzt die fachliche Qualifikation zur Abrechnung von Leistungen nachzuweisen haben. Vertragsärztliche Praxen müssen hingegen für jede abgerechnete Leistung belegen, dass diese von einer qualifizierten Ärztin/einem qualifizierten Arzt persönlich erbracht wurde (Facharztstatus). Institutsambulanz bedeutet für Patienten deshalb einen Qualitätsverlust.

Für Vertragsärzte bestehen zudem sanktionsbewehrte persönliche Pflichten, von denen die ermächtigten Institute nicht betroffen sind, zum Beispiel zur Teilnahme am KV-Bereitschaftsdienst, zur Vorhaltung von digitalen Anwendungen der Telematik-Infrastruktur und Mindestsprechstundenzeiten.

Empfehlung:

Die Zielsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit zur umfassenden Ambulantisierung erfordert ein klares Bekenntnis und eine Unterstützung bestehender und künftiger vertragsärztlicher Strukturen. Besonders im Rahmen der geplanten Krankenhausstrukturreform muss die qualifizierte haus- und fachärztliche Versorgung umfänglich gestärkt werden. Dem steht in dem aktuellen Referentenentwurf die einseitige Öffnung der Krankenhäuser für vertragsärztliche Leistungen entgegen. Der BDI fordert eine klare Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und zur Stärkung vertragsärztlicher Strukturen.

§ 135e Absatz 4 Nr. 1 und 3 SGB V (neu): Leistungsgruppen

Die Krankenhauslandschaft wird im Kern zukünftig durch die Definition und krankenhausspezifische Zuteilung von Leistungsgruppen definiert sein. Der Referentenentwurf greift auf eine Leistungsgruppensystematik aus Nordrhein-Westfalen (NRW) zurück. In § 135e Absatz 4 SGB V (neu) regelt der Gesetzesentwurf die Einführung der Einteilung der Leistungen der Krankenhausbehandlungen in Leistungsgruppen. Künftig werden in Anlage 1 die Leistungsgruppen und in Anlage 2 (zu §135e SGB V (neu)) die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen abgebildet.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Entwicklung von Qualitätskriterien im Bereich der Krankenhausbehandlung. Es ist sachdienlich, die in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen als Basis für die Beschreibung zu verwenden.

Grundlage für eine komplexe Weiterentwicklung der Leistungsgruppen muss dabei die bestehende Kompetenzstruktur der ärztlichen Weiterbildung sein. Aufgrund der immer komplexer werdenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten erfolgt laufend eine Differenzierung der Weiterbildung im ärztlichen Bereich. Diese ist Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und Patientinnen. Damit verfolgt eine differenzierte Weiterbildung die gleichen Ziele wie die Einführung der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen.

Deshalb müssen die im KHVVG abgebildeten Leistungsgruppen mit der von den Ärzten und Ärztinnen im Rahmen der Selbstverwaltung entwickelten Differenzierung korrespondieren. Die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung abgebildeten Weiterbildungsinhalte, die zum Erwerb eines Facharztes führen, müssen daher mit den Leistungsgruppen übereinstimmen.

Ein Wegfall von Leistungsgruppen im KHVVG hätte zur Folge, dass es in Zukunft nicht mehr möglich wäre, diese spezifischen Kompetenzen im Krankenhaus zu erwerben, da die entsprechenden Fachärzte und Fachärztinnen dort nur noch im Sinne der nach SGB V Anlage 1 und Anlage 2 vorgegebenen Strukturen vorgehalten würden.

Bereits kurzfristig würde damit die Qualität der Versorgung sinken, die nach einhelliger fachärztlicher Auffassung notwendig ist. Diese Qualität hat ihre Ausprägung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung gefunden, die aber in Zukunft nicht mehr erworben werden könnte, da die für die Weiterbildung notwendigen Spezialisierungen im Krankenhaus nicht mehr vorhanden wären.

Empfehlung:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung erkennt die Angiologie durch die Vermittlung von Weiterbildungsinhalten zur Fachärztin/zum Facharzt für Innere Medizin und Angiologie als eigenständigen Facharztstitel in der Inneren Medizin und somit als eigenen internistischen Schwerpunkt an. Darüber hinaus handelt es sich bei der Angiologie um ein eigenständiges Fachgebiet und um kein Querschnittsfach. Die Landesärztekammern haben die Einführung des Facharztstitels in allen Weiterbildungsordnungen umgesetzt.

Der BDI empfiehlt eine Überarbeitung der Leistungsgruppen, um eine umfassende Abdeckung aller Schwerpunkte der Inneren Medizin gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung zu gewährleisten.

Der BDI wirbt darüber hinaus dafür, die Regelung in § 135e Absatz 4 Nr. 3 SGB V sowie die Anlage 1 zum SGB V um die Leistungsgruppe Nummer 13b (NEU) (Angiologie) sowie die neu geschaffene Anlage 2 SGB V (neu) (zu § 135e SGB V (neu)) um eine Beschreibung der Qualitätskriterien für den Bereich der Angiologie zu ergänzen. Die Beschreibung der Leistungsgruppe kann auf Basis der Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Angiologie der Deutschen Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin erfolgen.

Eine nachträgliche Einführung der Leistungsgruppe Angiologie durch den Ausschuss zur Weiterentwicklung und Einführung der Leistungsgruppen unter der Leitung des BMG läuft Gefahr, dass stationäre angiologische (Weiterbildungs-)Strukturen zum Zeitpunkt der Einführung der Leistungsgruppe bereits verschwunden wären. Zusammenfassend widerspricht die Auslassung der Leistungsgruppe Angiologie im KHVVG den Zielen der Verbesserung der Behandlungsqualität und der Sicherstellung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung.

Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Artikel 3 Nr. 6

§ 12b KHG (neu): Transformationsfonds

Zur Finanzierung der Transformation der stationären Versorgungslandschaft sollen in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von 50 Milliarden Euro einem Transformationsfonds zugeführt werden. Der Transformationsfonds wird dabei hälftig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und durch die Bundesländer getragen.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für den Strukturumbau in Form eines Transformationsfonds. Erste Mittel aus dem Fonds können die Länder jedoch frühestens ab dem Jahr 2026 abrufen. Das kommt aus Sicht des BDI zu spät.

Kritisch bewertet der BDI auch die Finanzierung des Fonds aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hierin sieht der BDI einen gefährlichen Bruch mit dem Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung, der die Gefahr birgt, die Mittel der GKV für die Patientenversorgung deutlich zu verknappen. Das Prinzip ist klar und richtig: Die Länder haben die Planungshoheit und Finanzierungsverantwortung für die stationäre Infrastruktur. Die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, werden von den Krankenkassen finanziert.

Empfehlung:

Der BDI fordert die Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln außerhalb der Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds, um sicherzustellen, dass die Finanzierung sowohl adäquat als auch nachhaltig ist, ohne die Mittel für die direkte Patientenversorgung zu beeinträchtigen.

§ 17b Absatz 4c KHG (neu): Auswirkungenanalyse der Vorhaltevergütung auf die Krankenhausstruktur

Ziel des KHVVG ist die Entwicklung einer zukunftsfähigen flächendeckende stabilen Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern. Der BDI erkennt die Notwendigkeit einer Reform an, um langfristige Probleme im Gesundheitswesen anzugehen. Der BDI begrüßt ausdrücklich den Teilausstieg aus dem DRG-System und die Einführung einer Vorhaltevergütung.

Bewertung:

Um bestehenden Fehlanreizen in der Entwicklung der Krankenhäuser entgegenzuwirken, ist eine Reform der Finanzierung der Krankenhäuser dringend geboten. Im Rahmen der geplanten Änderungen soll zum einen die Versorgungslandschaft der bestehenden Krankenhäuser angepasst werden und zum anderen auch weiterhin eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Aufgrund der hohen Komplexität der bestehenden Vergütungsstruktur, sowie der nunmehr neu entwickelten Vergütungsstruktur muss sichergestellt werden, dass die schon jetzt versorgungskritische Vergütung der Krankenhäuser im Rahmen des zukunftsfähigen Umbaus sichergestellt wird. Daher ist eine detaillierte, begleitende, transparente Auswirkungenanalyse neuer Finanzierungsstrukturen unumgänglich. Nur so kann eine gesunde, zielführende und beherrschbare neue Struktur adäquat entwickelt werden.

Empfehlung:

Der BDI fordert zusätzlich zu der Evaluation ab 2029 eine detaillierte und transparente Auswirkungenanalyse der Vorhaltevergütung auf die Krankenhausstruktur. Die Anpassung der Finanzierungsstruktur sollte nur auf Basis dieser Auswirkungenanalyse erfolgen, um unumkehrbaren Schaden von der bestehenden qualitativ hochwertigen flächendeckenden Krankenhausversorgungslandschaft abzuwenden.