

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)220(7)

gel. VB zur öffentl. Anh. am 25.09.2024

19.09.2024



S t e l l u n g n a h m e

des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 19. September 2024

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 15. Mai 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: Dr. iur. André Byrle

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

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



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



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



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



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)



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 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	10
Nummer 5 (Neufassung § 116a)	10
Nummer 8 (§ 135e neu).....	12
Artikel 3 – Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes.....	16
Nummer 11 Buchstabe c (Änderung § 9 Absatz 1b Satz 1).....	16
Nummer 12 Buchstabe b (Änderung § 10 Absatz 5).....	17
Weitergehender Änderungsbedarf	19

I. Vorbemerkungen

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung 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 Krankenhausfinanzierung 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 Gesetzentwurf 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 in planerischer wie auch 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 der SpiFa 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 Vertragsärzte 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 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 5 (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-RegE 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-RegE 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 Patientenversor-

gung 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 durch Änderung des § 120 Absatz 1 SGB V 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 8 (§ 135e 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 2 SGB V-RegE 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 1 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.) von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen, (2.) für jede Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, festzulegen, (3.) Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden zu treffen sowie (4.) Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, festzulegen.

Absatz 2 Satz 1 regelt, dass Krankenhäuser, die mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe erbringen, die für diese Leistungsgruppe festgelegten Qualitätskriterien zu erfüllen haben. Satz 2 regelt, sich die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1 bestimmen und bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung die durch Absatz 4 und Anlage 1 geregelten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten.

Absatz 3 regelt die Einrichtung und Besetzung eines Ausschusses durch das BMG, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 erarbeiten soll.

Absatz 4 regelt, dass bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMG nach Absatz 1, die in Anlage 1-RegE genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten sollen. Maßgabe dabei ist unter anderem nach Nummer 7, dass im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten sind und dabei nach Buchstabe a ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden entspricht, nach Buchstabe b beschäftigte Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die diesem Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können, wobei dies nicht für die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Allgemeine

Innere Medizin (Leistungsgruppe Nummer 1) und Allgemeine Chirurgie (Leistungsgruppe Nummer 14) gelten soll, und nach Buchstabe c Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden, sofern dies in der Tabelle der Anlage 1-RegE vorgesehen ist.

In der Tabelle der Anlage 1-RegE ist für die Leistungsgruppen Augenheilkunde (Nummer 35), MKG (Nummer 37), Allgemeine Frauenheilkunde (Nummer 39) sowie HNO (Nummer 50) geregelt, dass die Anforderung auch mit Belegärzten erfüllt werden kann. In den anderen 61 Leistungsgruppen werden die Belegärzte nicht berücksichtigt.

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 in 65 Leistungsgruppen zu wenig ausdifferenziert und holzschnittartig und wird der Versorgungsrealität nicht gerecht. Nachfolgende Beispiele aus einigen Fachbereichen sollen dies stellvertretend und ausschnittsweise skizzieren:

Die Radiologie/Neuroradiologie ist als therapeutisches Fach mit Kernleistungskompetenzen in den Leistungsgruppen nicht vertreten. Dies widerspricht der faktischen Bedeutung der interventionellen Radiologie/Neuroradiologie für die Patientenversorgung. Jenseits der bildgebenden Diagnostik leistet die interventionelle Radiologie/Neuroradiologie 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. So wird die „Schlaganfallbehandlung“ durch die interventionelle Neuroradiologie als eigener Leistungserbringer durchgeführt. Die Reduktion der Radiologie/Neuroradiologie 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/Neuroradiologie 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 27 "Spezielle Traumatologie", sehen wir in Bezug auf die in der Tabelle Anlage 1-RegE unmittelbaren Änderungsbedarf zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden, fachgebietsübergreifenden, interdisziplinären (Notfall-)Versorgung bei Traumata im Gesichtsbereich. Bislang wird für die Zuweisung des Versorgungsauftrages zur Leistungsgruppe 27 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 notwendigerweise am Standort erbracht werden muss (wie derzeit für die Leistungsgruppe "Neurochirurgie" vorgesehen) festgelegt werden. Bestenfalls wird die Leistungsgruppe MKG-Chirurgie am Standort vorgehalten.

Ein weiterer Leistungsbereich, der in der beabsichtigten Leistungsgruppensystematik nicht abgebildet ist, betrifft die Komplexbehandlungen in der schmerzmedizinischen Versorgung chronischer Schmerzpatienten. Dazu gehören die interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST, OPS 8-918 und OPS 8-91c) und die Multimodale Komplextherapie des Bewegungssystems (OPS 8-977).

Chronische Schmerzkrankungen sind ein erhebliches gesundheitsökonomisches und volkswirtschaftliches Problem, das in hohem Maße zu Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderung, zu hoher medizinischer Inanspruchnahme und inadäquater Versorgung führt. Die genannten nichtoperativen schmerzmedizinischen Komplexleistungen werden bislang in Kliniken ganz unterschiedlicher Ausrichtungen erbracht. Dazu gehören Kliniken mit orthopädischen, internistischen, psychosomatischen, anästhesiologischen und anderen Fachabteilungsschlüsseln.

Die Schmerztherapie ist ein Bereich der fachübergreifend und mit multiprofessionellen Konzepten weiterentwickelt und vertreten wird.

Der SpiFa fordert die Festlegung weiter ausdifferenzierter Leistungsgruppen und Qualitätskriterien im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens und nicht erst im Wege einer mit den Ländern abzustimmenden Rechtsverordnung des BMG mit Wirkung frühestens zum 1. Januar 2027. Der SpiFa schlägt als „Blaupause“ das „Zürcher Modell“ vor, das sich in der Schweiz seit über 12 Jahren für die Krankenhausplanung über Leistungsgruppen in der Praxis bewährt hat und dort seit Einführung praxisgerecht fortentwickelt wurde.

Die nach in § 135e Absatz 4 Nummer 7 Buchstabe c SGB V-RegE beabsichtigte Regelung, nach der Belegärzte bei den personellen Anforderungen nur beschränkt berücksichtigungsfähig sein sollen, gefährdet die belegärztliche Versorgung akut und steht auch deutlich im Widerspruch zu den Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus ihrer Zehnten Stellungnahme, die sich für eine Stärkung des Belegarztesystems ausspricht. Der SpiFa sieht die Belegarztwesen als die Urform einer intersektoralen ärztlichen Versorgung, die es im Interesse der Patientinnen und Patienten unbedingt zu erhalten und wieder zu stärken gilt.

Der SpiFa fordert zur Erhaltung des Belegarztesystems daher nachdrücklich, die Regelung in § 135e Absatz 4 Nummer 7 Buchstabe c SGB V dahingehend anzupassen, dass Belegärzte die personellen Anforderungen grundsätzlich in allen Leistungsgruppen erfüllen. Die Mindestanzahl der Vollzeitäquivalente entspricht jeweils der Anzahl der vertraglich eingebundenen Belegärztinnen und Belegärzten. Der Teilsatz „sofern dies in der Tabelle (Anlage 1) vorgesehen ist“ wäre zu streichen.

Darüber hinaus sieht der SpiFa weiteren Reformbedarf im Belegarztesystem und verweist hierzu auf unsere Ausführungen zum weiteren Änderungsbedarf.

Artikel 3 – Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nummer 11 Buchstabe c (Änderung § 9 Absatz 1b Satz 1)

Durch den beabsichtigten ersetzenden Regelungsteil werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den zum 31. Oktober 2024 vereinbarten Veränderungswert bis zwei Wochen nach Inkrafttreten 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 12 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 12 Buchstabe b (Änderung § 10 Absatz 5)

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 schnellstmöglich 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.

Weitergehender Änderungsbedarf

Aus Sicht des SpiFa bedarf es im Zuge der grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung flankierend einer Stärkung und Flexibilisierung des Belegarztwesens als Element der intersektoralen ärztlichen Versorgung.

Ein wesentliches Element der Stärkung des Belegarztwesens stellt für uns eine Reform der Vergütung gegenüber Belegpatientinnen und Belegpatienten erbrachter Leistungen dar.

Nach aktueller gesetzlicher Lage können nach § 121 Absatz 5 SGB V Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen Honorarverträge abschließen. Zugleich sieht § 18 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor, dass Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des SGB V zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen haben.

Der SpiFa setzt sich für eine einheitliche Vergütung für die Erbringung voll- und teilstationärer Leistungen ein, unabhängig davon, ob diese gegenüber Patienten des Krankenhauses oder Belegpatienten durch eine belegärztliche Versorgung erbracht werden.

Danach ist in jedem Fall der § 18 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz geregelte Abschlag auf die sog. Hauptabteilungs-DRG zu streichen, die sich als nicht wirtschaftlich umsetzbar darstellt.

Die Vergütung der Belegärzte für stationär und teilstationär erbrachte Leistungen sollte zudem künftig in jedem Fall nicht mehr aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen.

Aus Sicht des SpiFa ist darüber hinaus gesetzlich unbedingt sicherzustellen, dass Belegärzte auch dann, wenn diese aus Anlass und im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung gegenüber ihren Belegpatienten nicht eigene, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit daneben Patientinnen und Patienten des Krankenhauses behandeln, nicht als sozialversicherungsrechtliche Beschäftigte des Krankenhauses eingestuft werden.

Der SpiFa verweist im Übrigen ausdrücklich auf die Stellungnahme des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser, die auch eindruckliche Praxisbeispiele aus dem Belegarztwesen enthält.

Aus Sicht des SpiFa sollte zudem die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Krankenhäusern gestärkt werden.

Der SpiFa schlägt dazu vor, § 108 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass Krankenkassen Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V auch in Kooperation mit

nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen erbringen lassen dürfen, soweit die vertragsärztliche Tätigkeit in Kooperation 13 Wochenstunden nicht 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.

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).