

Stellungnahme

des

**Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.
(SpiFa)**

12. Dezember 2025

betreffend den

Gesetzentwurf der Bundesregierung

*- Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform -
(BT-Drs. 21/2512)*

vom 08. Oktober 2025

Kontakt:

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

Anschrift: 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, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:

Dr. iur. André Byrla

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

Ordentliche Mitglieder des SpiFa





Assoziierte Mitglieder des SpiFa



INHALT

I. Vorwort	5
II. Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Einzelnen	8
Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	8
Nummer 1 Buchstabe b (Änderung § 109 Absatz 3a)	8
Nummer 3 Buchstabe b (§ 135d Absatz 4 - neu)	8
Nummer 4 (§ 135e – neu)	9
Nummer 15 – (Anlage 1 – neu)	11
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	15
Nummer 11 (Änderung § 40 Absatz 1 und 2 KHG)	15
III. Weitergehender Regelungsbedarf	17
Weiterentwicklungsbedarf des § 115f SGB V (Hybrid-DRG)	17
Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung	19
Leistungsgruppen-Grouping	20
§ 2 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)	21

I. Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) verfolgt die Bundesregierung das übergeordnete Ziel, die bereits durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingeleitete Krankenhausreform praxistauglich weiterzuentwickeln und an entscheidenden Stellen zu justieren. Zentral soll dabei die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung sein. Um dieses Ziel zu erreichen, sieht der Entwurf eine Reihe von Anpassungen, wie die Erleichterung der praktischen Umsetzung der mit dem KHVVG eingeführten Regelungen, insbesondere durch Anpassung von Fristen, Qualitätskriterien und Vorgaben zu Leistungsgruppen sowie zur Einführung der Vorhaltevergütung, die Erweiterung von Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie Stärkung von Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern, um regionale Versorgungsstrukturen flexibler gestalten zu können, die Umgestaltung der Finanzierung des Transformationsfonds, um den Strukturwandel im Krankenhauswesen gezielter zu unterstützen, Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachungen, etwa durch klarere Regelungen zur Fusionskontrolle und verbesserte Informationsflüsse, insbesondere gegenüber der Privaten Krankenversicherung und die Verbesserung der Datenbasis für die Ermittlung zentraler Steuerungsgrößen wie des Orientierungswerts sowie Vereinfachungen im Berichtswesen der Medizinischen Dienste vor.

SpiFa:

Der SpiFa sieht eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland nach wie vor als dringend geboten an, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland flächendeckend sicherzustellen und die bedarfsgerechten Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig zu finanzieren.

In Deutschland gab es dem Statistischen Bundesamt zufolge im Jahr 2023 insgesamt 1.874 Krankenhäuser mit insgesamt 476.924 Betten. 1.505 dieser Krankenhäuser waren sogenannte Allgemeinkrankenhäuser (zu denen die 34 Hochschul- bzw. Unikliniken, 1.246 Plankrankenhäuser, 62 Krankenhäuser mit und 163 Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag gehören). 303 Krankenhäuser führten ausschließlich psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Betten. In diesen Krankenhäusern wurden im Jahr 2023 insgesamt 17.202.131 Krankenhausbehandlungen erbracht, davon 14.371.798 gegenüber gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Bettenauslastung im Jahr 2023 betrug 71,2 Prozent. Für Krankenhausbehandlungen wurde von der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023 ein Betrag von 93,56 Mrd. EUR ausgegeben und damit im Durchschnitt etwa 6.500,00 EUR pro Krankenhausbehandlungsfall. Im Vergleich dazu gab es im Jahr 2023 eine Zahl von 596.225.886 Behandlungsfällen in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung mit

Ausgaben für die GKV in Höhe von 47,15 Mrd. EUR und damit im Durchschnitt etwa 79 EUR pro Behandlungsfall.

Wir gehen auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse aktuell von einem Ambulantisierungspotenzial in Höhe von mindestens 20 Prozent der stationären Behandlungsfälle aus. Dieses Ambulantisierungspotenzial dürfte sich auf Grund des medizinisch-technologischen Fortschritts bis zum Jahr 2035 etwa verdoppeln. Darüber hinaus lassen sich mindestens 20 Prozent der heute ganz überwiegend vollstationär erbrachten Krankenhausbehandlungsfälle als vermeidbare ambulant-sensitive Krankenhaufälle einstufen. Vor diesem Hintergrund ist es gefestigte wissenschaftliche Erkenntnis, dass die Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland heute alles andere als bedarfsgerecht ausgestaltet sind und die Notwendigkeit besteht, in einer Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen selbst auch die originären ambulanten Versorgungsstrukturen zu adressieren und zu stärken, um ambulant-sensitive Krankenhaufälle zu vermeiden und darüber hinaus Leistungen aus dem stationären Bereich in die originären ambulanten Strukturen zur Hebung der vorhandenen erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven zu überführen und damit einen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung zu leisten.

Nach Auffassung des SpiFa fehlte es jedoch bereits dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) an einem Zielbild für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in Deutschland. Aus unserer Sicht muss eine Reform der Krankenhausversorgung zugleich mit der Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden sein, die im Wesentlichen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten als Garant einer qualitativ hochwertigen, zeitnahen und auch ökonomisch effizienten Patientenversorgung getragen wird. Es bedarf eines solchen Zielbildes und weiterer Reformmaßnahmen zur Schaffung einer bedarfsgerechten Krankenhauslandschaft und einer medizinischen Versorgungsstruktur insgesamt.

Wir begrüßen das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes, die praktische Umsetzung der mit dem KHVVG eingeleiteten Krankenhausreform zu erleichtern. In diesem Zuge steht für den SpiFa die Planbarkeit für die Krankenhäuser sowie nicht zuletzt für die im Krankenhaus Tätigen im Vordergrund. Ausnahmen von Regelungen, die die Qualität der Krankenhausversorgung adressieren, sollten nach unserer Auffassung hinreichend und klar bestimmt und im Ergebnis auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser zur Sicherstellung der stationären Akutversorgung beschränkt sein. Ausnahmen können daher in der Regel nur Krankenhausstandorte außerhalb der Ballungsgebiete adressieren. Wir halten vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf wissenschaftlicher Evidenzgrundlage festgesetzte Mindestmengen für ein unverzichtbares Qualitätsinstrument, welches ohne Ausnahmen flächendeckend auf weitere planbare Leistungen ausgedehnt werden sollte.

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt die flankierend gebotene Stärkung der ambulanten, fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte vermissen. Die mit dem KHVVG fortgesetzte gesundheitsökonomisch unsinnige Ausdehnung des

Versorgungsauftrages der Krankenhäuser auf die ambulante Versorgung zu Lasten vertragsärztlicher Strukturen und insbesondere der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird leider mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht zurückgenommen. Diese avisierte Maßnahme führt zur Schwächung originär ambulanter Strukturen und des Vertragsarztwesens zugunsten von stationären Strukturen, die bereits heute für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr benötigt werden.

Nach unserer festen Überzeugung bedarf es im Allgemeinen zudem unbedingt einer Stärkung des Belegarztwesens sowie der Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit Krankenhäusern bei der stationären Versorgung, um das ärztliche Potenzial für eine hochwertige sektorenunabhängige Patientenversorgung auszuschöpfen sowie eine personell gut ausgestattete bedarfsgerechte stationäre Versorgung zukünftig sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund der grundgesetzlich festgelegten Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausstrukturen appelliert der SpiFa an die Länder, ihrer Verantwortung für die Krankenhausstrukturen in planerischer wie auch finanzieller Hinsicht nachzukommen. Die Länder sind daher aufgefordert, die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser endlich flächendeckend und nachhaltig zu gewährleisten und auch die überfällige strukturelle Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell zu unterlegen. Der SpiFa begrüßt, dass die Transformationskosten nicht mehr, wie noch bisher durch den Gesetzgeber der 20. Legislaturperiode gesetzlich vorgesehen, durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden sollen. Die Finanzierung aus dem Sondervermögen des Bundes kann vor dem Hintergrund der originären Länderzuständigkeit allerdings nicht ohne Kritik bleiben.

Darüber hinaus fordert der SpiFa nach wie vor, die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte organisatorisch und finanziell unabhängig von den Versorgungsbereichen (Sektoren) zu stärken, denn eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist von einer ausreichenden Zahl gut und praxisnah aus- und weitergebildeter Fachärztinnen und Fachärzte abhängig.

II. Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 1 Buchstabe b (Änderung § 109 Absatz 3a)

Die Änderung sieht vor, dass ein Versorgungsvertrag zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger abgeschlossen werden darf, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich und diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus, mit dessen Träger der Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll, an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 erfüllt werden können.

SpiFa:

Der SpiFa steht Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung grundsätzlich offen gegenüber. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Ausnahmeregelungen nur in begründeten Einzelfällen Anwendung finden, um die aus fachlicher Sicht notwendigen Qualifikationskriterien, die in den Leistungsgruppen festgelegt wurden, mit Blick auf eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht zu konterkarieren. Die Ausnahmeregelungen müssen ihrerseits für die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages Rechtssicherheit gewährleisten. Der SpiFa sieht es als zweckmäßig an, die bisherige Regelung des § 109 Absatz 3a Satz 5 zur Erreichbarkeit zur Spezifizierung des Tatbestandsmerkmals der „zwingenden Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ aufzunehmen.

Nummer 3 Buchstabe b (§ 135d Absatz 4 - neu)

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können, wird die Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser vorgenommen. Durch die beabsichtigte Änderung wird klargestellt, dass kein Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Ausweisung als Fachkrankenhaus besteht. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus wird festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen (zum Beispiel onkologische Erkrankungen oder Multiple

Sklerose), nach Krankheitsgruppen (zum Beispiel Endoprothetik oder Kardiologie), nach Personengruppen (zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Frauen) oder nach Leistungsspektrum (zum Beispiel Schmerzmedizin, naturheilkundliche Verfahren, Amputationsnachsorge) vorweisen muss; dabei kann das Fachkrankenhaus auch auf mehrere der genannten Bereiche spezialisiert sein. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein. Die Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus ist von den Ländern zu begründen. Die Länder sollen bei der Ausweisung der Fachkrankenhäuser eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung anhand geeigneter Kriterien insbesondere im Hinblick auf Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung anstreben. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Definition der Fachkrankenhäuser soll zudem auch die Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend ergänzt werden, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ zu umfassen hat. Dies sei erforderlich, um Erkenntnisse über die Handhabung der Fachkrankenhaus-Zuordnungen für die Evaluation der Krankenhausreform nach § 427 SGB V gewinnen zu können.

SpiFa:

Wir begrüßen die beabsichtigte Definition der Fachkrankenhäuser. Die Regelung gibt einen großen Ermessensspielraum. Insoweit bleibt es aus unserer Sicht abzuwarten, ob sich die Regelung in der praktischen Umsetzung bewährt.

Nummer 4 (§ 135e – neu)

Mit der beabsichtigten Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 1 SGB V soll insoweit die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt werden. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannt sind, wie etwa die jederzeitige Rufbereitschaft. Andere Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“, wie etwa die Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Ärzte, werden dadurch nicht beschränkt. Die jeweiligen Strukturkriterien der im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) sind von der Ausnahme nicht umfasst; diese sind weiterhin einzuhalten.

Um sicherzustellen, dass Belegärzte auch weiterhin wie bisher an der stationären Versorgung mitwirken können, wird klargestellt, dass an die Stelle der für angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ die Vorgabe „voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag“ tritt. Die Voraussetzung eines vollen vertragsärztlichen

Versorgungsauftrags ist auch erfüllt, wenn zwei Belegärztinnen oder Belegärzte zusammen in der Summe über einen vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügen.

SpiFa:

Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber die zeitliche Geltung der Qualitätsvorgaben für tagesstationäre und andere besondere Einrichtungen beschränken will. Wir schließen uns jedoch der Auffassung des Bundesrates an, dass es weder sachgerecht noch praxistauglich ist, tagesstationäre und sonstige besondere Einrichtungen, die aus dem DRG-System ausgenommen sind und keine Vorhaltevergütung erhalten können, überhaupt in die Leistungsgruppensystematik und die hierfür vorgesehenen Qualitätsvorgaben aufzunehmen. Der Gesetzgeber sollte in geeigneter Weise gesetzlich klarstellen, dass tagesstationäre und sonstige besondere Einrichtungen, die aus dem DRG-System ausgenommen sind und keine Vorhaltevergütung erhalten, von der Leistungsgruppensystematik ausgenommen werden.

Wir begrüßen die beabsichtigte Änderung in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d, mit der an Stelle eines Vollzeitäquivalentes von 38,5 Wochenstunden einer im Krankenhaus angestellten Fachärztin oder eines im Krankenhaus angestellten Facharztes eine Belegärztin oder ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann, ausdrücklich.

Nach der Systematik des § 135e Absatz 4 Nummer 6 SGB V geht es bei der personellen Ausstattung grundsätzlich nicht um eine jederzeitige Verfügbarkeit vor Ort. Zudem können nach Nummer 6 Buchstabe c auch in Vollzeit angestellte Fachärztinnen und Fachärzte mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass es sich in der Regel um elektives und gut planbares Leistungsgeschehen handelt. Im Übrigen muss auch berücksichtigt werden, dass die Eignung als Belegärztin oder Belegarzt nach § 39 Absatz 5 Nummer 3 BMV-Ä voraussetzt, dass Wohnung und Praxis einer Belegärztin oder eines Belegarztes so nahe am Krankenhaus liegen muss, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihr oder ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Die beabsichtigte Änderung trägt dem Rechnung.

In der vorgesehenen Leistungsgruppensystematik werden Krankenhausstandorte ungeachtet, ob die Leistungen in Hauptabteilungen oder Belegabteilungen erbracht werden grundsätzlich gleich behandelt. Dies ist weder sachgerecht noch praxistauglich. Die Leistungserbringung in Belegabteilungen fokussiert sich in der Regel auf elektives Leistungsgeschehen mit überschaubarem Risikoprofil. Auch der Umfang der Leistungserbringung ist gegenüber Hauptabteilungen in der Regel geringer und gut überschaubar. Insbesondere mit Blick auf die personellen Voraussetzungen in den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen regen wir daher an, diese risikoadjustiert zu reduzieren und mindestens die Zahl der in Rufbereitschaft verfügbar zu haltenden Fachärztinnen und Fachärzte gegenüber Hauptabteilungen zu beschränken. Gesetzlich ist bereits über § 39 Absatz 5 Nummer 3 BMV-Ä sowie über die Verpflichtung des §

39 Absatz 6 BMV-Ä, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten, gewährleistet, dass eine unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der belegärztlich stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet wird.

Nummer 15 – (Anlage 1 – neu)

Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen in Anlage 1 werden dahingehend geändert, dass diejenigen Leistungsgruppen verbleiben, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen für die dortige Krankenhausplanung eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Zudem erfolgen Anpassungen der Qualitätskriterien, wobei Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses hierbei Berücksichtigung finden.

SpiFa:

Der SpiFa sieht in der beabsichtigten Festlegung leistungsbezogener Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlungen auf Grundlage von Leistungsgruppen nach wie vor einen grundsätzlich unterstützenswerten Ansatz. Wir erneuern jedoch unsere bereits mit Blick auf das KHVVG erhobene Kritik, dass die vorgenommene Einteilung der Leistungsgruppen zu wenig ausdifferenziert und holzschnittartig ist und der Versorgungsrealität nicht gerecht wird.

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 gefäßmedizinischen Leistungsgruppen Nummer 18, 19 und 20 bilden die Versorgungsrealität in der Gefäßmedizin nicht ab. Der SpiFa unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die bereits im Jahr 2023 unter den Fachgesellschaften der Radiologie, Gefäßchirurgie und Angiologie konsentierten Empfehlungen zu entsprechenden Korrekturen. Diese liegen auch dem Leistungsgruppen-Ausschuss über die AWMF vor. Die Reduktion der Radiologie/Neuroradiologie auf ein Querschnittsfach mit gerätebezogenen Mindestvoraussetzungen gefährdet die stationäre Versorgung. Eine konsistente und konsequente Berücksichtigung der interventionellen Radiologie liegt über die AWMF vor. Die beabsichtigte zukünftige Krankenhausvergütung muss aus Sicht des SpiFa die Absicherung der Vorhaltevergütung in der Radiologie/Neuroradiologie adressieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass radiologische Modalitäten auch radiologischer Kompetenz bedürfen und daher die explizite Nennung des „FA

Radiologie“ unter „Personeller Ausstattung/Qualifikation“ neben der Nennung radiologischer Modalitäten in den „Mindestvoraussetzungen“ unbedingt erforderlich ist.

Auch ist die Angiologie als eigenständige Leistungsgruppe in der vorgenommenen Einteilung der Leistungsgruppen nicht enthalten, trotz hoher Krankheitslast, zunehmender Morbidität und unverzichtbarer internistischer Expertise. Dies gefährdet die Versorgung, die Weiterbildungsfähigkeit sowie eine bedarfsgerechte Facharztstruktur. Ohne klare Zuordnung der Angiologie droht eine weitere Verschärfung der bereits bestehenden Unterversorgung. Die Angiologie ist essentiell für die stationäre Patientenversorgung und eine von drei Säulen in zertifizierten Gefäßzentren. Operative und nichtoperative 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 beziehungsweise das Fortschreiten von Volkskrankheiten wie „Schau-fensterkrankheit“, „Raucherbein“ und diabetischem 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, sodass Extremitäten- und Organfunktionen erhalten und Amputationen verhindert werden können.

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

Chronische Schmerzerkrankungen sind ein erhebliches gesundheitsökonomisches und volkswirtschaftliches Problem, das in hohem Maße zu Arbeitsunfähigkeit und 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. Das Fehlen einer adäquaten Abbildung in der Leistungsgruppensystematik birgt ein hohes Risiko des Verlustes weiterer Behandlungskapazitäten in einem bereits jetzt erheblich unterversorgten Bereich.

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass die Frührehabilitation insbesondere durch die Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin in der Leistungsgruppensystematik wesentlich stärker Berücksichtigung findet. Bei der Frührehabilitation handelt es sich um ein leistungsgruppenübergreifendes Querschnittsgebiet in der somatischen stationären

Versorgung. Die fachübergreifenden Kompetenzen von Fachärztinnen und Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin sind unter anderem dafür geeignet, für jede Patientinnen und jeden Patienten das individuell geeignete Konzept der Weiterbehandlung nach schweren Erkrankungen oder Eingriffen zu entwickeln und Patientinnen und Patienten in die passenden weiterführenden Einrichtungen und Konzepte zu steuern. Ziel ist dabei neben einer Verbesserung des Outcomes für die Patientinnen und Patienten auch, die kostenintensiven und begrenzten Ressourcen der Kliniken, insbesondere der Intensivmedizin, frühzeitig wieder freizusetzen, was zu einer Entlastung der Kostenträger und des Sozialsystems insgesamt beitragen kann.

Fachübergreifende Frührehabilitation sollte zumindest in Krankenhäusern der Maximalversorgung vorgehalten werden, was Vorgaben des § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V, dem von Deutschland verabschiedeten WHO-Beschluss von 2023: Frühreha-Abteilungen in Akutkrankenhäusern für Komplexe Fälle sowie den Forderungen des Deutschen Ärztetages und Anforderungen der Wehr- und Katastrophenmedizin entspricht.

In Leistungsgruppen mit einem hohen Bedarf an Frührehabilitation sollte die Qualifikation „Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin“ als Auswahlkriterium eingefügt werden.

Die betreffenden Leistungsgruppen sind aus unserer Sicht mindestens die folgenden:

- LG 6 – Komplexe Pneumologie
- LG 7 – Komplexe Rheumatologie
- LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention
- LG 15 – Allgemeine Chirurgie
- LG 18 – Bauchaortenaneurysma
- LG 20 – Komplexe periphere arterielle Gefäße
- LG 21 – Herzchirurgie
- LG 27 – Spezielle Traumatologie
- LG 28 – Wirbelsäuleneingriffe
- LG 29 – Thoraxchirurgie
- LG 30 - Bariatrische Chirurgie
- LG 41 – Senologie
- LG 52 – Neurochirurgie
- LG 59, 60, 61, 62 – Transplantationen
- LG 64 – Intensivmedizin

Zusätzlich wäre das Auswahlkriterium Erbringung des OPS 8-559 in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ der genannten Leistungsgruppen einzufügen.

Leistungsgruppe 2 – Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Bei den Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen fehlt die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vorgeschlagene Voraussetzung mindestens einer Gesundheitsfachkraft mit Diabetesexpertise „Diabetesberaterin DDG“. Diese Fachkompetenz beim nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonal ist jedoch auch aus unserer Sicht unverzichtbar zur adäquaten Diabetesversorgung, da nur durch solche Fachkräfte strukturiert und in Studien positiv evaluiert überlebenswichtige Kompetenzen zur Überwachung und Stabilisierung der Stoffwechselkontrolle an Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen vermittelt werden können. Wir regen daher an, eine solche Vorgabe in die Leistungsgruppe aufzunehmen.

Im Übrigen verweisen wir im Einzelnen auf die konsentrierte Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie mit Blick auf die erforderliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppe 2.

Leistungsgruppe 3 – Infektiologie

Die Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie sehen wir auch mit Blick auf die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie als nicht sachgerecht an. Der Facharzttitel für Innere Medizin und Infektiologie wurde zwar erst im Jahr 2021 eingeführt und ist damit ein neues eigenständiges Facharztgebiet, es gilt jedoch nach unserer Überzeugung mit einer Leistungsgruppe Infektiologie in der stationären Versorgung auch mit Blick auf mögliche weitere Pandemien strukturelle Expertise zu entwickeln und die Versorgungsqualität auf diesem Gebiet weiter auszubauen.

Leistungsgruppe 28 – Wirbelsäuleneingriffe

Für die Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ schlagen wir analog zur Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ ergänzend als „Auswahlkriterium“ die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie vor. Eingriffe an der Wirbelsäule sind zum überwiegenden Teil auf Schmerzen, nicht selten auch chronische Schmerzsyndrome zurückzuführen. Eine Über- und Fehlversorgung in diesem Bereich ist sehr häufig. Die fachliche Kompetenz der multifaktoriellen Diagnostik und konservativen Therapie solcher Schmerzsyndrome wäre wichtig, um dem Ziel einer Begrenzung der Zahl von Wirbelsäulenoperationen und -interventionen auf das fachlich notwendige Maß näher zu kommen

Leistungsgruppe 37 – MKG

Die Streichung des Wortes „Panendoskop“ im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird begrüßt. Der verbliebende Hinweis, dass die Möglichkeit der Krankenhäuser besteht bleibt „Panendoskope“ zu nutzen, wird von uns allerdings als falsch angesehen, weil es

„Panendoskope“ so nicht gibt. Panendoskopien erfolgen in der Regel unter Nutzung eines Laryngoskops oder unter Verwendung eines Mikroskops oder Kontrastmitteln.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nummer 11 (Änderung § 40 Absatz 1 und 2 KHG)

Der mit dem KHVVG geschaffene § 40 KHG enthält Aufträge an das BfArM und an das InEK zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden (onkochirurgische Leistungen). BfArM und InEK werden danach beauftragt, onkochirurgische Leistungen zu identifizieren sowie onkochirurgische Indikationsbereiche nach den folgenden Maßgaben zu definieren. Sofern Krankenhäuser mit ihren Standorten zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, wird die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, untersagt. Die Regelung soll damit der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie dienen, insbesondere der Erhöhung der Überlebensrate.

Die beabsichtigen Änderungen enthalten Regelungen zur Fristenanpassung. Darüber hinaus wird geregelt, dass das InEK bei Auswahl der Krankenhausstandorte einen vom G-BA in einem Beschluss nach § 136c Absatz 1 SGB V für einen Indikationsbereich festgelegten Anteil zu berücksichtigen hat, sofern der G-BA für den jeweiligen Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent festgelegt hat.

SpiFa:

Der SpiFa unterstützt grundsätzlich die Bestrebungen, onkochirurgische Leistungsangebote örtlich weiter zu bündeln und mit Mindestmengen zu unterlegen. Bei onkochirurgischen Eingriffen hängt die Qualität des Behandlungsergebnisses auch von der Menge der erbrachten Leistungen, also der Erfahrung und Routine der Chirurgin oder des Chirurgen, der Abteilung und/oder des interdisziplinären Behandlungsteams ab. Die Überlebensvorteile der Patientinnen und Patienten durch Einführung von Mindestmengen wurden in zahlreichen Studien belegt.

Nicht belegt ist hingegen der Schwellenwert, den der Gesetzgeber im KHVVG sowie fortgesetzt im vorliegenden Gesetzentwurf zur Grundlage der Regelung des § 40 KHG gemacht hat beziehungsweise weiterhin zu machen beabsichtigt. Um Friktionen mit den Mindestmengenregelungen nach § 136b SGB V zu vermeiden, wird vorgeschlagen, die Regelung des § 40 KHG gänzlich zu streichen und damit auch von der Ausnahmeregelung des § 136c Absatz 2 SGB V-GE-KHAG abzusehen. Stattdessen sollte das eigenständige, spezifische Steuerungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V weiter gestärkt sowie auch im Übrigen

insbesondere von den Vorschriften zu den Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V klar und eindeutig abgegrenzt werden. Die Festlegung weiterer Mindestmengen durch den G-BA im onkochirurgischen Leistungsbereich ist nach unserer Auffassung wesentlich zielführender. Damit würde zudem ein unnötiger zusätzlicher, erheblicher fachlicher und technischer Aufwand vermieden.

III. Weitergehender Regelungsbedarf

Weiterentwicklungsbedarf des § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Mit der Einführung der Hybrid-DRG sollte das erhebliche Ambulantisierungspotenzial gehoben und die Versorgung patientenorientierter sowie wirtschaftlich tragfähiger gestaltet werden. Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben bleiben jedoch weit hinter den tatsächlichen Möglichkeiten zurück. Während das IGES-Gutachten rund 2.500 ambulantisierbare Leistungen mit etwa 15 Millionen heute noch stationär erbrachten Fällen identifiziert, wurde durch das KHVVG mit zwei Millionen Hybrid-DRG-Fällen bis 2030 eine unzureichende Zielmarke gesetzt.

Diese Zielmarke für die weitere Ambulantisierung ist zu erhöhen. Die 3-Tages-Verweildauer als Auswahlkriterium für ambulantisierbare Leistungen muss beibehalten und die Einbindung vertragsärztlicher Strukturen in Praxen, MVZ und Praxiskliniken gleichrangig gewährleistet werden. Parallel sind kooperative Versorgungsmodelle zu stärken und nicht bedarfsnotwendige Krankenhausstrukturen in ambulante OP-Zentren mit Kurzliegeplätzen zu überführen. Entsprechende Transformationsanreize sollten für beide Sektoren vorgesehen werden.

Insbesondere mit Blick auf fachärztliche Leistungsbereiche und Fachgruppen mit einem heute schon hohen ambulanten Leistungsanteil sowie gegebenenfalls weitergehendem Ambulantisierungspotenzial (zum Beispiel in der Augenheilkunde oder der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) bedarf es gezielter gesetzgeberischer Maßnahmen, die eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung sicherstellen, vor allem in komplexen Fällen sowie bei Patientinnen und Patienten, die aus soziomedizinischen Gründen nicht ambulant versorgt werden können.

Der Ausschluss von Kindern und Menschen mit Behinderungen aus der Leistungsauswahl der Hybrid-DRG durch das KHVVG ist nicht begründbar und konterkariert sowohl die Versorgung dieser besonders vulnerablen Gruppen als auch die politisch formulierten Fallzahlenziele. Er führt dazu, dass Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderung von technischen Innovationen ausgeschlossen werden und sie sowie ihre Angehörigen mit unnötigen stationären Krankenhausaufenthalten belastet werden. Diese Regelung ist vollständig zurückzunehmen.

Die Vergütung der sektorengleich vergüteten Leistungen muss sachgerecht und oberhalb des heutigen EBM-Niveaus erfolgen, einschließlich einer realitätsgerechten Abbildung variabler Sachkosten. Für implantatgestützte Eingriffe und vergleichbare Leistungen empfehlen wir eine gesonderte Sachkostenvergütung gesetzlich zu sichern. Auch beispielsweise pathologische Leistungen müssen besser berücksichtigt werden. Nur so kann die ambulante Leistungserbringung wirtschaftlich tragfähig ausgestaltet werden. Wir möchten dabei insbesondere darauf hinweisen, dass für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, anders als für die Krankenhäuser, die sektorengleiche Vergütung eine monistische Vergütung ist, die die Investitionsaufwendungen mit adressieren muss.

Das Verfahren der Leistungsauswahl sollte gegebenenfalls in die Hände des Gemeinsamen Bundesausschusses gelegt werden. In jedem Fall sollte gesetzlich klargestellt werden, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verpflichtet ist, allen Selbstverwaltungspartnern die Kalkulationsgrundlagen für die Vereinbarung der Leistungsauswahl und der Vergütung offen zu legen.

Die Regelung des § 115f Absatz 3 Satz 6 SGB V ist obsolet. Anstelle neuer Formulare und paralleler Systeme müssen die bestehenden Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung konsequent genutzt und durch eine verbindliche Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes entsprechend der Verträge nach §§ 73b, 140a SGB V ergänzt werden. Die Datenübermittlung sollte einheitlich entsprechend den Regelungen der §§ 295 Absatz 1b, 295a SGB V für alle Leistungserbringer erfolgen.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass die pauschale Vergütungssystematik zentrale diagnostische Leistungen – insbesondere histologische, zytologische und andere qualitätssichernde Untersuchungen – nicht angemessen abbildet. Diese Leistungen sind für die Befundabsicherung, die Indikationsqualität und die Patientensicherheit unverzichtbar, ihre Inanspruchnahme variiert jedoch je nach Eingriff erheblich und entzieht sich der unmittelbaren Steuerung durch die Leistungserbringer.

Der SpiFa spricht sich daher eindeutig für die Einführung indikationsspezifischer qualitätsbezogener Zuschläge („Quality Add-ons“) für notwendige diagnostische Leistungen aus. Diese Zuschläge sollen ausschließlich solche Leistungsbestandteile vergüten, die nachgewiesenermaßen medizinisch notwendig sind und deren Unterlassung ein relevantes Risiko für Fehlbehandlungen oder juristische Fehlanreize darstellen würde.

Mit einer solchen Regelung wird erreicht, dass:

- medizinisch notwendige Diagnostik nicht aus ökonomischem Druck unterbleibt,
- defensive Überdiagnostik reduziert wird, weil klar definierte Kriterien die Einsendung steuern,
- qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Versorgung im ambulanten Setting gewährleistet bleibt,
- und die Hybrid-DRG-Systematik nicht durch unvollständige Pauschalen in ihrer Akzeptanz gefährdet wird.

Zudem würden indikationsspezifische Zuschläge die Möglichkeit eröffnen, einheitliche Qualitätsstandards fachärztlich zu definieren und verbindlich zu verankern. Dies stärkt die Patientensicherheit und erhöht die Transparenz im Leistungsprozess.

Der SpiFa fordert daher die gesetzliche Klarstellung, dass qualitätsrelevante diagnostische Begleitleistungen über Zuschläge ergänzend zur Hybrid-DRG vergütet werden können, sofern

sie medizinisch zwingend erforderlich sind. Dies sichert die Versorgungsrealität im ambulanten fachärztlichen Bereich, verhindert Unterfinanzierung und ermöglicht eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Hybrid-DRG im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung

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. Auch im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, das System der belegärztlichen Versorgung ohne Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung erhalten und verbessern zu wollen.

Ein wesentliches Element der Stärkung des Belegarztwesens stellt für uns neben der Entbürokratisierung der belegärztlichen Zulassung und Flexibilisierung der belegärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus eine Reform der Vergütung gegenüber Belegpatientinnen und Belegpatienten erbrachter Leistungen dar.

Wir setzen uns dafür ein, die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten auch auf Hauptabteilungen auszudehnen und die Beschränkung der Leistungserbringungen auf Belegabteilungen aufzugeben.

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

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 KHEntgG vor, dass Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des SGB V zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärztinnen und Belegärzten Honorarverträge schließen, für die von Belegärztinnen und Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen haben.

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

Die Vergütung der Belegärztinnen und 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 unbedingt gesetzlich sicherzustellen, dass Belegärztinnen und Belegärzte auch dann, wenn diese aus Anlass und im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung gegenüber ihren Belegpatientinnen und 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.

Aus Sicht des SpiFa sollten zudem die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Krankenhäusern auch insgesamt gestärkt werden. Der SpiFa schlägt dazu vor, § 108 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass Krankenkassen Krankenhausbehandlungen durch Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V auch in Kooperation mit nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren erbringen lassen dürfen, soweit die vertragsärztliche Tätigkeit in Kooperation 13 Wochenstunden nicht überschreitet. Durch diese Ergänzung soll abschließend geklärt werden, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Absatz 1 SGB V 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 die 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.

Leistungsgruppen-Grouping

Der SpiFa bewertet die Beauftragung des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG in der Fassung des Artikel 2 Nummer 3 Krankenhaustransparenzgesetz für die Zuordnung der Krankenhausfälle zu den Leistungsgruppen (Leistungsgruppen-Grouping) mit dem fortgeltenden Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) kritisch. Bereits die Übernahme der Grundlogiken des DRG-Systems ist fehleranfällig. Das System der Einfall-Leistungsgruppe, also die zwingende Zuordnung eines Krankenhausfalles zu einer Leistungsgruppe, führt zu gravierenden Problemen, weil gerade die in Komplexfällen erbrachten Leistungen unterschiedlicher Leistungs- beziehungsweise Fachbereiche keine hinreichende Berücksichtigung finden. Dies führt zu einer Verzerrung des Leistungsgeschehens auf dessen Grundlage eine Vorhaltefinanzierung die Betriebskostendeckung nicht darstellen kann. Das Grouping erweist sich zudem auch unter Verwendung der vom InEK öffentlich zur Verfügung gestellten Dokumentationen (Definitionsbandbuch) als schlicht nicht nachvollziehbar.

Problematisch und weder im KHVVG noch im vorliegenden Regierungsentwurf des KHAG adressiert, ist das DRG- und Leistungsgruppen-Grouping der fachübergreifenden Frührehabilitation, die aufgrund ihrer diversen Strukturvarianten in den Akutkrankenhäusern im Leistungssystem nicht sicher abgebildet ist. Ein Teil dieser Leistungen wird mangels spezifisch bewerteter DRG über Tagespauschalen abgerechnet. Diese Leistungen wären nach der derzeitigen Systematik trotz bestehender Unterversorgung wohl ebenfalls gefährdet. Wir empfehlen eine Ausnahme von der verpflichtenden Zuordnung zu Leistungsgruppen in Anlehnung an das ähnlich gelagerte Problem teilstationärer Einrichtungen.

§ 2 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Durch die mit Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe a des KHVVG eingeführte Regelung des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wurde der Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter erweitert. Damit sollte die Versorgungsrealität bei der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen, insbesondere zur Behandlung von Tumoren, vor dem Hintergrund der durch die Urteile des Bundessozialgerichtes vom 26. April 2022 (Aktenzeichen B 1 KR 15/21 R) und vom 29. August 2023 (Aktenzeichen B 1 KR 18/22 R) eingetretenen Beschränkungen umfassend abgebildet werden. Dank dieser Regelung konnten die über viele Jahre etablierten Kooperationen von Krankenhäusern mit ambulanten Strahlentherapien fortgesetzt werden, ohne dass den Leistungserbringern Abrechnungsschwierigkeiten für ordnungsgemäße und beanstandungsfreie strahlentherapeutische Leistungen entstehen.

Jedoch besteht eine im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG unerkannte Regelungslücke im Sonderfall, dass ein Krankenhaus ohne eigenen strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag die strahlentherapeutische Behandlung seiner stationären Patientinnen und Patienten durch ein anderes Krankenhaus veranlasst, weil hier, anders als bei der strahlentherapeutischen Behandlung durch einen vertragsärztlichen Leistungserbringer, kein Abrechnungsweg zur Vergütung der strahlentherapeutischen Leistung eröffnet ist und diese Leistung in diesen Fällen damit unvergütet bleibt.

Für diese Konstellation sollte eine klarstellende Regelung aufgenommen werden, nach der die Strahlentherapie auch dann abrechnungsfähig ist, wenn ihre Durchführung durch ein Krankenhaus als Dritten im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG notwendig ist.

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

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie 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 Augenärztinnen und 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 Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und 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), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

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).