



Schöne neue Krankenhauswelt

Einblick in den Gesetzentwurf zum
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

**Mit Beispielen
und
Erklärungen**



Landesverband der Privatkliniken
in Hessen e.V.

Forderungen zum KHVVG

Leistungsgruppen

1. Die Strukturanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppen müssen auf das unbedingte Maß dessen beschränkt bleiben, was nachweislich medizinisch sinnvoll ist und der Versorgung der Patienten dient. Sie müssen evidenzbasiert sein.
2. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen muss den Ländern ausreichend Spielraum gegeben werden, um eine sinnvolle Balance zwischen Qualitätsanforderungen und Versorgungssicherheit herzustellen.
3. Es darf nicht zu einer bundesrechtlichen Präjudizierung von Planungsentscheidungen kommen: Wenn Planungsbehörden die Entscheidung treffen, dass aus Gründen der Versorgungssicherheit bestimmte Leistungsgruppen an einem bestimmten Standort vorgehalten werden müssen, dann muss auch eine dauerhafte Finanzierung (Anspruch Vorhaltevergütung, Möglichkeit der Abrechnung) sichergestellt sein.
4. Für Fachkrankenhäuser sind die Qualitätsvorgaben der OPS-Kodes oder Zertifikate für das jeweilige Indikationsgebiet (zum Beispiel Zertifikat für Lungenkrebszentrum, „Endocert“ als Zertifizierung von Endoprothetikzentren) besser geeignet als die Leistungsgruppenvorgaben aus Nordrhein-Westfalen. Die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen muss an die Prämisse geknüpft werden, ob sie für das jeweilige Indikationsspektrum zwingend notwendig ist.
5. Kooperationen müssen auch in telemedizinischer Form zulässig sein.
6. Den Krankenhäusern ist im Rahmen der MD-Prüfung der Leistungsgruppenanforderungen ein Stellungnahmerecht einzuräumen.
7. Die Möglichkeit der Anrechnung von Fachärzten auf mehrere Leistungsgruppen sollte dauerhaft im Gesetz verankert werden.
8. Bei der Weiterentwicklung der Rechtsverordnung sollten auch die Ausschussmitglieder aus der Selbstverwaltung Initiativrecht haben.
9. Belegärzte sollten als Fachärzte bereits in der Übergangsphase in allen Leistungsgruppen angerechnet werden.
10. Die Leistungsgruppe Neurologische Frührehabilitation bildet eine hohe Bandbreite an Schweregraden ab. Daher ist eine **Spezifizierung innerhalb der Leistungsgruppe** erforderlich und zwar in: Leistungsgruppe **Neuro-Frühreha Phase B** und Leistungsgruppe **Neuro-Frühreha Phase B Komplex/High Care**. Bei der Leistungsgruppe **Neuro-Frühreha Phase B** ist die Leistungsgruppe **Intensivmedizin in Kooperation als Auswahlkriterium ausreichend**. Weitere Informationen zu den Hintergründen unter www.vdpk.de

Vorhaltevergütung

1. Wenn die Einführung einer Vorhaltefinanzierung politisch gewollt ist, dann sollte sie mit der Sicherstellung notwendiger Behandlungsangebote verknüpft werden: Volle Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten entweder von bedarfsnotwendigen Leistungsgruppen (zum Beispiel Notaufnahme, Notfallambulanz (INZ), Geburtshilfeabteilung, Intensivstation) oder von Krankenhäusern in ländlichen Regionen (entsprechend dem System des Sicherstellungszuschlags).
2. Um Abgrenzungsschwierigkeiten zu vermeiden, sollten analog zu den *Besonderen Einrichtungen* auch alle Leistungsgruppen mit überwiegend krankenhausindividuellen Entgelten von der Vorhaltevergütung ausgenommen werden.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

1. Es muss eindeutig geregelt sein, ob die ganze Einrichtung oder nur bestimmte Teile Krankenhausstatus haben.
2. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen dauerhaft zur Erbringung ambulant-medizinischer Leistungen ermächtigt werden. Dies erhöht die Planungssicherheit für Betreiber.
3. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen sich im bestehenden System refinanzieren können. Statt unterschiedlicher Abrechnungsregeln je Sektor sollte über ein Globalbudget nachgedacht werden.
4. Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen sind zwingend in die Investitionsplanung der Länder einzubeziehen.
5. Sektorenübergreifende Einrichtungen müssen ihre Mitarbeiter „sektorfrei“ innerhalb ihrer Einrichtung einsetzen können, das heißt beispielsweise kein abgetrennter SGB-XI-Bereich.

Transformationsfonds

1. Krankenhausträger sollten nicht an der Kofinanzierung beteiligt werden. Sie haben in der Vergangenheit durch die Verwendung erheblicher Eigenmittel Strukturen weiterentwickelt und aufrechterhalten.
2. Überregional tätige Krankenhausgruppen sollten Anträge direkt beim Bund stellen können, um länderübergreifende Vorhaben umsetzen zu können.



