



## **Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen – Stand 13.03.24**

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie begrüßt die Initiative der Bundesregierung, mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, Fehlanreize im System der stationären Versorgung zu reduzieren. Den Ansatz, durch eine Konzentration von Leistungen in dafür spezialisierten Kliniken, eine Verbesserung der Behandlungsqualität anzustreben, tragen wir grundsätzlich mit. Es ist evident, dass die Einführung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität über Leistungsgruppen sowie von Mindestvorhaltezahlen am Klinikstandort, im Schnitt zu einer Verbesserung der Qualität der stationären Behandlungsergebnisse beitragen wird. Allerdings bildet sich die Bandbreite fachgebietsübergreifender sowie interdisziplinärer Betätigungen der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg – insbesondere an Zentren – bislang nicht hinreichend in den 65 Leistungsgruppen ab.

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im Fachgebiet ist hierneben zu gewährleisten, dass sektorübergreifende Behandlungen in Form "Ambulanter Operationen" (§ 115b, f SGB V) sowie belegärztlichen Leistungen auch an Einrichtungen ermöglicht bleibt, die über die angestrebte Definition "Sektorübergreifender Versorgungseinrichtungen" hinausgehen, insbesondere an Häusern mittlerer Größe.

### **1. Berücksichtigung interdisziplinärer sowie fachgebietsübergreifender Versorgungskonzeptionen bei der Zuweisung und weiteren Ausgestaltung der Leistungsgruppen**

Zu **Artikel 1, Nr. 9** (§ 135e SGB V), **Nr. 28** (Anlage 2 zu § 135e SGB V), **Artikel 3, 2. und 3.** (§§ 6a und 6b Krankenhausfinanzierungsgesetz), **6.** (§ 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Die MKG-Chirurgie durch doppelapprobierte Fachärzte zeichnet sich durch ihre hohe Verzahnung mit anderen Fachgebieten der Humanmedizin sowie der (lediglich aus der Sicht anderer Fachgebiete interdisziplinären) 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". Dieser besonderen Expertise werden die holzschnittartigen Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der 60 somatischen Leistungsgruppen aus NRW sowie der 5 neuen LG's in Anlage 2 zu § 135e SGB V jedoch nicht gerecht.

Durch die pauschale Verweisung in § 135e Abs. 4 Nr. 1 SGB V auf die bereits im Eckpunktepapier mit den Ländern konsentierten 60 Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan NRW von 2022, erscheint es unumgänglich, die Versäumnisse erst im Rahmen der Überarbeitung durch die am BMG einzurichtenden Ausschuss, zur Vorbereitung der Rechtsverordnung gem. § 135e Abs. 2 SGB V zu beheben. Wir melden hiermit bereits Änderungsbedarf an! Dankenswerter Weise haben dies auch die Verfasser



bereits erkannt und im Besonderen Teil des Entwurfes zu § 135e Abs. 1 Nummer 2 (Rechtverordnung) ausgeführt, dass „*im Rahmen der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Qualitätskriterien geeignete Zertifikate und Qualitätssiegel (beispielsweise onkologische Zertifikate, Stroke-Units, Trauma-Zentren, Zentren für Seltene Erkrankungen) Berücksichtigung finden*“ solle „, sofern diese wahrscheinlich die Patientenversorgung verbessern. Dabei soll als Qualitätskriterium einer Leistungsgruppe abstrakt generell auf die geeigneten inhaltlichen Voraussetzungen eines Zertifikats abgestellt werden.““

Hinsichtlich der im Entwurf neu definierten Leistungsgruppe 28 „Spezielle Traumatologie“ in Anlage 2 zu § 135e SGB V, bitten wir bereits um unmittelbare Änderung zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden, fachgebietsübergreifenden, interdisziplinären (Notfall-)Versorgung bei Traumata im Gesichtsbereich. Bislang wird für die Zuweisung des Versorgungsauftrages zur Leistungsgruppe 28 die Leistungsgruppe MKG-Chirurgie lediglich als weiteres Auswahlkriterium und dort als nicht am Standort, sondern lediglich als Kooperationsmodell - vorzuhaltende verwandte Leistungsgruppe geführt. Dies ist unzureichend. Auf Grund der Häufigkeit von Traumata im Gesichtsbereich, sollte die MKG-Chirurgie unter den „Mindestvoraussetzungen“, als verwandte Leistungsgruppe die als Kooperation nicht notwendiger Weise am Standort erbracht werden muss (wie derzeit für die Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ vorgesehen) geführt werden. Bestenfalls wird die LG MKG-Chirurgie am Standort vorgehalten.

Vor dem dargestellten Hintergrund begrüßen wir es ausdrücklich, dass aus den Mitteln des Transformationsfonds (§ 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz) auch „*Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, so weit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind, gefördert werden sollen*“.

## **2. Ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen an Krankenhäusern / sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen**

Zu **Artikel 1, Nr. 5** (§ 115g SGB V) **Nr. 6** (§ 116a SGB V); **Nr. 7** (§ 121 SGB V); **Nr. 9** (§ 135e und f SGB V), **Artikel 3, 2. und 3.** (§§ 6a und 6b Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Die Einführung der Leistungsgruppe 19.1 aus dem Krankenhausplan NRW i.V.m. den aufgeführten Regelungen führen grundsätzlich zum Aus für mkg-chirurgische Eingriffe an Häusern, welche die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nicht erfüllen. Ausnahmen sind lediglich für solche Krankenhausstandorte vorgesehen, welche zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich bleiben, ein Haus mit der Leistungsgruppe 19.1 nicht innerhalb von 40 Minuten PKW-Fahrzeit erreichbar ist (§ 6a Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Dadurch würden auch ambulantisierbare Leistungen am Krankenhaus, „Ambulante Operationen“ sowie „belegärztliche Kooperationen“ an Standorten entfallen, welche die Leistungsgruppe nicht mehr zugewiesen bekommen haben.

Die MKG-Chirurgie zeichnet sich durch einen hohen Grad stationsersetzender Eingriffe aus. Diese Eingriffe werden in ambulanten Strukturen sowie im Rahmen von Kooperationen mit stationären Einrichtungen vorgenommen.



“Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ soll entwurfsgemäß “eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung“ zukommen. Da sie „neben der stationären Behandlung“ auch „sektorübergreifende Leistungen“ erbringen dürfen, gelten für die Leistungen nach § 115g Abs. 2 SGB V (neu) die Vorgaben der stationären Versorgung und damit die Vorgaben nach § 135 e und f SGB V (neu) nicht.

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen sind in ihrem Versorgungsauftrag jedoch zugleich beschränkt. Gemäß § 115g Abs. 3, haben die DKG und der GKV-Spitzenverband zu definieren “welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können.“ Das schließt die Ausweisung von Häusern mit einer größeren Anzahl vorgehaltener Leistungsgruppen (aber auch von spezialisierten Häusern, Fachkliniken oder aber Häuser ohne “Geriatrie”) als sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen aus.

Sektorübergreifende Leistungen wie „Ambulante Operationen nach § 115b SGB V“ sowie „belegärztliche Leistung nach § 121 SGB V“ sollte jedoch nicht nur an der untersten Versorgungsstufe, sondern grundsätzlich unabhängig vom Krankenhaustyp ermöglicht bleiben. Wird dabei die sektorübergreifende Leistung in der Leistungsgruppe MKG-Chirurgie erbracht, ohne dass dem Haus dafür die Leistungsgruppe zugewiesen wurde, sollte das Angebot als stationsersetzende, sektorübergreifende Behandlung gekennzeichnet sein, da sich die Qualitätssicherungsvorgaben für „Ambulante Operationen“ etwa aus der Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V ergibt und nicht aus den Vorgaben zur Prozess- und Strukturqualität stationärer Leistungen gem. § 135e und der Leistungsgruppe. Würde demgegenüber der Zugang zu sektorübergreifenden Kooperationen auf „die kleinsten Häuser“ beschränkt, gefährdete dies die flächendeckende, stationsersetzende Versorgung mit ambulantisierbaren Leistungen im Bereich der MKG-Chirurgie, da Kooperationen insbesondere mit mittelgroßen Häusern (Level II, Fachkliniken) wegfielen bzw. nicht mehr zustande kommen dürften.

### **3. Weiterbildung**

Die Ausweisung und teilweise Umwidmung von Häusern der untersten Versorgungsstufe zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die weitere Konzentration von – insbesondere hochkomplexen und risikobehafteten – Eingriffen auf entsprechend qualifizierte Standorte, wird zu einer weiteren Verringerung der stationären Weiterbildungskapazitäten beitragen. Wir erwarten nicht, dass der Gesetzgeber mit diesem Vorhaben darauf eine Antwort liefert. Allerdings erscheint es unumgänglich, spätestens bis zum Zeitpunkt der “Scharfschaltung“ der Leistungsgruppen 2027, ein Reformkonzept umgesetzt zu haben, welches dieser Entwicklung Rechnung trägt. Dabei bedarf es einer Abkehr von der Idee, ausschließlich “grundversorgende“ Facharztgruppen neben der fachärztlich-hausärztlichen Weiterbildung fördern zu wollen.

