
Stellungnahme

des Bundesverbandes Geriatrie e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG Entwurf vom 13.03.2024)

Stand der Stellungnahme: 30.04.2024

Der Bundesverband Geriatrie (BV Geriatrie) begrüßt ausdrücklich die Regierungsinitiative zu einer grundlegenden Krankenhausreform. Die mit dem Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes veröffentlichten Regelungen müssen aus Sicht des BV Geriatrie an einzelnen Stellen jedoch geändert bzw. erweitert werden, um eine fachlich-inhaltlich sachgerechte Umsetzung im Bereich der Geriatrie zu erreichen.

Diese Stellungnahme ergänzt bzw. aktualisiert die in der Vergangenheit im Zusammenhang mit den Beratungen und Ergebnissen zur Krankenhausreform sowie der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Krankenhausreform“ veröffentlichten Stellungnahmen und die darin formulierten Positionen (<https://www.bv-geriatrie.de/positionen/stellungnahmen.html>).

Ausgangslage

Bezogen auf die Anzahl der verfügbaren Betten und bestehenden Fachabteilungen bildet die Geriatrie mittlerweile die größte „medizinische Abteilung“ im Bereich der Inneren Medizin und ist nach Bettenkapazitäten z. B. mit der Kardiologie vergleichbar. Diese Tatsache spiegelt sowohl den altersmedizinischen Versorgungsbedarf als auch die medizinische Bedeutung der Geriatrie wieder. Hierbei zielt die Geriatrie nicht nur auf die fachgerechte akutmedizinische Behandlung der älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten, sondern legt gleichzeitig ein besonderes Augenmerk auf den bestmöglichen Erhalt der Selbständigkeit der Betroffenen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. bestmöglich hinauszuzögern oder zu verringern.

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verändert sich durch den demografischen Wandel stetig. Insbesondere durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird es in den kommenden Jahren eine beschleunigte Veränderung in diesem Bereich geben. In der Folge steigt kurz- und mittelfristig der Bedarf an altersmedizinischer Versorgung deutlich an. Eine zukunftsorientierte Reform der Krankenhausversorgung muss diese Entwicklungen sachgerecht und damit zukunftsorientiert aufgreifen.

Sofern einzelne Regelungen des Gesetzesentwurfs nicht modifiziert werden, besteht die akute Gefahr, dass es bei betagten Patientinnen und Patienten zu Versorgungslücken kommen kann und die heutige fachspezifische Versorgung nicht mehr wie bisher sichergestellt wäre.

I) Stellungnahme zu ausgewählten Elementen des Referentenentwurfs

1) Zu „§ 135e SGB V“: Zuordnung der Behandlungsfälle zu den Leistungsgruppen über Ordnungskriterien des DRG-Systems

- **in der Geriatrie nicht sachgerecht, da erhebliches Delta zwischen den Leistungen der Geriatrie und deren Abbildung über DRG-Abrechnungsziffern**
- **Sicherstellung der vollumfänglichen Übernahme der diesbezüglichen Regelungen aus NRW**

Das Leistungsspektrum der geriatrischen Fachabteilungen in Krankenhäusern ist sehr weit, es umfasst dabei Aspekte der internistischen Akutversorgung des alten Menschen, diagnostische Aufgaben und Maßnahmen der Frühmobilisation sowie insbesondere Frührehabilitation. Dieses Spektrum wird jedoch nicht durch geriatricspezifische Abrechnungsziffern im DRG-System vollumfänglich abgebildet. So gibt es ausschließlich den OPS 8-550.- als entsprechende Abrechnungsnorm, der auf die frührehabilitative geriatricspezifische Komplexversorgung abstellt.

Für eine sachgerechte Versorgung der betagten Menschen muss die Leistungsgruppe „Geriatrie“ das gesamte Behandlungsspektrum der akutstationären geriatricspezifischen Versorgung abdecken. Die Definition der Leistungsgruppe Geriatrie darf daher nicht ausschließlich auf dem OPS 8-550.- beruhen und muss sachlich ergänzt werden.

In Nordrhein-Westfalen ist dieses Problem von Anfang an erkannt worden. Man sah daher die Notwendigkeit, Krankenhäuser, denen die Leistungsgruppe „Geriatrie“ zugeordnet wird, über die in dieser LG vorgesehene Fallzahl hinaus einen Fallzahlanteil aus dem errechneten Bedarf für die LG „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuweisen, um das Leistungsspektrum jenseits der über den Komplexcode 8-550.- abgerechneten Fälle abzubilden. Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen wird dazu u. a. ausgeführt: „Dazu ist diesen Krankenhäusern auch die LG „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuordnen. Im Fall geriatrischer Fachkliniken/„Stand-alone-Geriatrien“ wird dafür die Erfüllung der über die Anforderungen der LG „Geriatrie“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Gemäß § 16 Absatz 1 Satz 6 KHGG NRW wird jedoch in diesen Fällen der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränkt (vergleiche dazu S. 42 bzw. 82 Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022).

Da Nordrhein-Westfalen – wie immer wieder betont – als Blaupause für das KHVVG und seine Umsetzung in die Versorgungspraxis dienen soll und auch die Anzahl der Leistungsgruppen sich streng an dem NRW-Modell orientiert, muss sichergestellt sein, dass auch die daraus resultierenden Regelungen vollumfänglich mit in das nun vorgestellte Bundesmodell übertragen werden. Anderenfalls würde zukünftig eine bedeutende Anzahl von geriatrischen Patientinnen und Patienten aus dem Leistungsspektrum der Geriatrie herausfallen und damit nicht mehr sachgerecht versorgt.

Somit muss der Gesetzentwurf zum § 135e Abs. 2 SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ aus Sicht des BV Geriatrie wie folgt ergänzt werden, um die Regelungen in NRW inhaltlich auf die Bundesebene zu übertragen:

„§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen.

Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

- 1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen,*
- 2. sachliche Ausstattung,*
- 3. personelle Ausstattung sowie*
- 4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.*

Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:

- 1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1,*
- 2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,*
- 3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie*
- 4. das Nähere zum Verfahren.*

Hinsichtlich der Leistungsgruppe Geriatrie ist im Rahmen der Erstellung der Rechtsverordnung zu berücksichtigen, dass die derzeit außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen erbrachten Fälle mit dem OPS-8-550.- „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ einbezogen werden. Zudem sind Fälle, die den Fachabteilungsschlüssel „Geriatrie“ haben, nicht jedoch mit dem für die Leistungsgruppe vorgesehenen OPS-Komplexcode verschlüsselt sind, der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zuzuordnen. Krankenhäuser, denen die Leistungsgruppe „Geriatrie“ zugeordnet wird, erhalten über die in dieser Leistungsgruppe vorgesehene Fallzahl hinaus einen Fallzahlanteil aus dem Bedarf für die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“, um das Leistungsspektrum jenseits der über den OPS-Komplexcode abgerechneten Fälle abzubilden.“

[...]

2) Zu § 115g SGB V: Entscheidung über den Leistungsumfang der sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen durch DKG und GKV-Spitzenverband ohne regelhafte Einbindung der Fachlichkeit

• Recht zur Stellungnahme

Gemäß § 115g Absatz 3 SGB V haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung den abstrakten stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen festzulegen. Es sind von den genannten Partnern „diejenigen stationären Leistungen zu

bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens angeboten werden müssen sowie diejenigen stationären Leistungen, die zusätzlich erbracht werden können". Gemäß den Vorgaben konzentriert sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie. Dazu wird in der Gesetzesbegründung weiter ausgeführt: „Den Vertragspartnern wird aufgrund ihres fachlichen Sachverständes aufgegeben zu vereinbaren, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne einer Untergrenze mindestens angeboten werden müssen.“

Wie oben im Rahmen der Ausführungen zu den Leistungsgruppen beschrieben, ist das Versorgungsspektrum der Geriatrie sehr breit aufgestellt. Zudem sind die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen in Deutschland auf Basis länderindividueller Geriatriekonzepte äußerst heterogen ausgestaltet und sie befinden sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels seit vielen Jahren in einem dynamischen Entwicklungs- und Veränderungsprozess.¹ Um u. a. diese Dynamik sachgerecht in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen, ist eine vertiefte Kenntnis der jeweils aktuellen Versorgungsstrukturen notwendig, die nur durch eine strukturierte Einbindung der entsprechenden Fachverbände bzw. -gesellschaften erzielt werden kann. Um dies zu gewährleisten, ist somit mindestens eine entsprechende Anhörungspflicht im Gesetz zu verankern.

Die gesetzliche Regelung zu § 115g SGB V ist daher wie folgt zu modifizieren:

„§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die ...

[...]

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,

2. 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,

3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird.

4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

¹ Näher dargestellt im „Weißbuch Geriatrie“, 4. Auf. Kohlhammer-Verlag 2023.

Zu Nummer 1 und 2 sind mindestens die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), die Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) sowie der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) zur Stellungnahme aufzufordern. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der ... "

3) Zu § 37 KHG: Vorhaltevergütung

- **Demografischer Wandel**
- **Sachgerechte Berücksichtigung von Fallzahlveränderungen für die Ermittlung der Vorhaltevergütung**

Durch die Einführung einer Vorhaltevergütung für somatische Krankenhäuser soll sichergestellt sein, „dass ein relevanter Anteil am Finanzierungsvolumen des Krankenhauses unabhängig von der Inanspruchnahme seiner Krankenhausleistungen finanziert wird.“ Gemäß dem neu gefassten § 37 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung“ sollen nur solche Fallzahlveränderungen im zeitlichen Verlauf Berücksichtigung finden, die mehr als 20 Prozent im Vergleich zur vorherigen Fallzahl ausmachen. Somit sollen Anreize zur Mengensteigerung reduziert werden. Zudem ist eine neue Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex durch das InEK nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November vorgesehen.

Aus Sicht des BV Geriatrie sind diese Regelungen insbesondere für solche Indikationsbereiche und Leistungsgruppen nicht sachgerecht, für die bereits heute mit dauerhaften und insbesondere erheblichen Fallzahlsteigerungen zu rechnen ist. Wie eingangs dieser Stellungnahme dargelegt, zeichnet sich für den Indikationsbereich Geriatrie – bereits durch den demografischen Wandel und allmählichen Ruhestandseintritt der sogenannten „Babyboomer“ – eine deutliche Zunahme der Fallzahlen in geriatrischen Fachabteilungen für die kommenden Jahre ab.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung bildet jedoch nicht die Situation kontinuierlich steigender Fallzahlen sachgerecht ab. Entsprechende Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das vorgesehene Kalkulationsmodell strukturell und systemimmanent benachteiligt. So besteht die konkrete Gefahr, dass z. B. Geriatrien auf Grund des steigenden Bedarfs regelhaft und kontinuierlich mehr Fälle behandeln müssen. Durch die jetzige Regelung ist es krankenhausbetriebswirtschaftlich nicht attraktiv, Fallzahlen bis an die Höhe der vorgesehenen Grenze von 20 Prozent oder über diese Hürde hinaus zu versorgen. So hat das jeweilige Krankenhaus entsprechende Kosten, aber erst nach drei Jahren werden diese Kosten in das entsprechende Vorhaltebudget einfließen – und dies auch nur dann, wenn der Schwellenwert von 20 Prozent überschritten wird. Das System beruht somit auf der Annahme, dass es in der Regel eine gleichbleibende Zahl an Fällen in einem Fachbereich gibt oder aufgrund einer medizinischen Innovation ein „einmaliger, deutlicher“ Anstieg der Fallzahlen erfolgt. Einen „dauerhaften, kontinuierlichen Fallzahlenanstieg auf breiter Fläche“ bildet das System nicht sachgerecht ab. Es profitieren vielmehr Kliniken bzw. Leistungsgruppen, die leicht sinkende Fallzahlen haben, da dabei das Vorhaltebudget konstant bleibt, die realen Kosten jedoch leicht sinken.

Somit sind die vorgesehenen zeitlichen Abstände zur Neuermittlung des Vorhalte-Casemixindex von zwei Jahren bzw. drei Jahren aus Sicht des BV Geriatrie im Sinne einer kontinuierlichen Neu- und Nachjustierung zu groß gewählt, zudem ist der Korridor mit 20 Prozent für Leistungsgruppen mit kontinuierlich steigenden Fallzahlen nicht sachgerecht gewählt.

Der BV Geriatrie fordert daher, einzelne Indikationsbereiche und Leistungsgruppen, unter anderem die Geriatrie, aus diesen Regelungen auszuklammern: Zum einen sollte für absehbar fallzahlsteigerungsintensive Indikationsbereiche die vorgesehene 20-Prozent-Hürde gesenkt werden, mindestens muss der Gesetzentwurf hier einen Prüfvorbehalt formulieren und eine spätere Anpassung dieses Wertes vorsehen. Zum zweiten sollten für betroffene Indikationsbereiche die Zwei- bzw. Dreijahreszeiträume zur (Neu-)Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex engmaschiger, beispielsweise jährlich gewählt werden.

Die gesetzliche Regelung zu § 37 KHG ist daher wie folgt zu modifizieren:

„§ 37 Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung

(1) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ...

[...]

(2) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ...

[...]

*Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zu ermitteln; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, die nach Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz Teil von Leistungsverlagerungen sind, sind bei der Ermittlung der Vorhalte-Casemixindexe der betroffenen Krankenhausstandorte entsprechend einzurechnen oder zu bereinigen. Im Fall von § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Wirkung ab dem Folgejahr den Anteil nach Satz 2 durch Multiplikation der Planfallzahl mit dem Vorhalte-Casemixindex in der Leistungsgruppe im jeweiligen Land. Die Ermittlung nach Satz 2 oder Satz 5 erfolgt bis zum 30. November des Jahres der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November durchzuführen. **Für die Leistungsgruppe Geriatrie gilt abweichend eine jährliche Neuermittlung. [...]***

2. als Fallzahl

a) die Planfallzahl im Fall der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5, anderenfalls

*b) anstelle der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl die aktuelle Fallzahl nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, sofern diese gegenüber der vorangegangenen Ermittlung um mehr als 20 Prozent abweicht und bei der vorangegangenen Ermittlung keine Planfallzahl übermittelt worden ist; Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz gilt bei der Ermittlung entsprechend. **Für die Leistungsgruppe Geriatrie gilt in Bezug auf die Abweichung von mehr als 20***

Prozent ein Prüfvorbehalt. Aufgrund des demografische Wandels kann für die Leistungsgruppe Geriatrie der Prozentwert bei Bedarf angepasst werden. [...]"

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: 030 / 3 39 88 76-10
Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de