



Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung 2 Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung / Referat 216  
Mauerstraße 29  
10117 Berlin

Düsseldorf, 30. April 2024

Ausschließlich per E-Mail: [216@bmg.bund.de](mailto:216@bmg.bund.de)

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Geschäftszeichen: 216-20651-12

Sehr geehrter Herr Weller,

die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) unterstützt das Ziel, durch eine Reform der Krankenhausfinanzierung eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen. Dazu sind viele Aspekte des geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) begrüßenswert. An manchen Stellen sind die Aussagen jedoch eher vage. Dies wird daher im Folgenden kommentiert:

1. Das Gesetz verspricht eine Entbürokratisierung. Davon ist allerdings in den genannten Lösungsansätzen nicht viel erkennbar. Im Wesentlichen beschränkt sich die Entbürokratisierung auf eine elektronische Datenübermittlung der Krankenhäuser an den Medizinischen Dienst (MD) und eine Reduktion der Einzelfallprüfungen des MD auf Stichprobenprüfungen, deren Ausgestaltung allerdings noch zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) vereinbart werden soll. Gleichzeitig soll der MD aber umfangreichere Prüfaufgaben der Krankenhausstrukturvorgaben und Qualität erhalten, was einer zunehmenden Bürokratisierung entspricht. Auch die komplexer werdende Finanzierung über Vorhalte- und Fallpauschalen wird eher zu einer zunehmenden Bürokratisierung führen (s.u.).

2. Den Ländern soll gesetzlich die Möglichkeit gegeben werden, sektoren-übergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst. Es ist nicht klar, ob damit die ambulante Leistungserbringung für alle Krankenhäuser erhalten bleibt. Dies ist z.B. in der Kardiologie bei der Herzkatheteruntersuchung von Bedeutung. Denn vor einer (ambulant durchzuführenden) Koronarographie ist nicht klar, ob z.B. eine komplexe Intervention resultiert, die dann stationär an einem Zentrum mit zugewiesener Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ durchzuführen wäre. Andernfalls droht eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung bei koronarer Herzkrankheit.

3. Die invasive Kardiologie weist ein besonders hohes Ambulantisierungspotential auf, die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen oder Level 1i Häuser könnten daher eine wesentliche Rolle für die Erbringung auch ambulanter invasiver kardiologischer Leistungen spielen. Die Festlegung, welches im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhaus als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ausgewiesen wird, erfolgt durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Ergänzend ist jedoch die Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie Ersatzkassen notwendig. Hierbei wird den Kassenverbänden im Rahmen der Krankenhausplanungsstrukturen gegenüber den anderen Beteiligten eine hervorgehobene Stellung eingeräumt. Diese Sonderstellung der Kassenverbände ist nicht gerechtfertigt und bedarf einer Korrektur.

4. Derzeit sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen gemäß Vertrag nach § 115b SGB V nur in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Durch die geplante Zuweisung von Leistungsgruppen gem. § 135e (neu) SGB V steht den Krankenhäusern und somit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ggf. nicht mehr das bislang bekannte Spektrum an stationären Leistungen/Fachrichtungen zur Verfügung. Folge davon ist, dass diese Einrichtungen ggf. ihr bisheriges Leistungsspektrum nach § 115b SGB V nicht mehr erbringen könnten.

5. Positiv hervorzuheben ist, dass der vorliegende Referentenentwurf ausdrücklich vorsieht, dass von der Selbstverwaltung der zu definierende Leistungsrahmen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch Leistungen aus anderen Leistungsgruppen umfassen kann, wenn diese telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt werden. Die DGK fordert in diesem Zusammenhang eine Öffnung für regionale Kooperationsmodelle zwischen stationären Leistungserbringern und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die im Konsens der Beteiligtenrunde auf Länderebene entschieden wird.

6. Der vorliegende Referentenentwurf sieht für die Koordinations- und Vernetzungsaufgaben und zum Aufbau von telemedizinischen Angeboten eine Zuschlagsfinanzierung vor. Nach dem derzeitigen Entwurf können diese Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und die dazugehörigen Finanzmittel nur an Häuser mit der Level-Einstufung 3U (universitär) vergeben werden. Diese Vorgabe verkennt, dass auch nicht universitäre Maximalversorger oder zum Teil auch Häuser unterhalb der Stufe 3 regional übergreifende Aufgaben wahrnehmen. Diese Koordinierungsaufgaben und Zuschläge sollten daher auf Länderebene auch auf solche Krankenhäuser übertragbar sein. Dies betrifft im Bereich der Kardiologie insbesondere auch die telemedizinische Kooperation zwischen Krankenhäusern mit den stationären Leistungsgruppen der Kardiologie und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die invasive kardiologische Leistungen erbringen.

7. In §135f wird ausgeführt, dass für die Leistungsgruppen nach § 135e jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen) gilt. Aus Sicht der DGK ist zu fordern, dass die Forderung nach Mindestzahlen für jeden Eingriff wissenschaftlich begründet sein muss. Denn nicht für alle kardiologischen Eingriffe lassen sich Mindestzahlen definieren, ab denen eine bessere Behandlungsqualität nachweisbar ist. Zudem bergen Mindestzahlen das Problem der Mengenausweitung dadurch,

dass Kliniken durch großzügige Indikationsstellung versuchen, Mindestzahlen zu erreichen. Die Ausführungen des §135f Absatz (2) müssen ferner dahingehend präzisiert werden, dass eine obligate Anhörung der einschlägigen Fachgesellschaften zwingender Bestandteil dieses Prozesses sein sollte. Zudem sollte bereits an dieser Stelle Vorsorge für mögliche Dissens-Konstellationen getroffen werden. Dies ist notwendig, da weltweit nur verhältnismäßig wenig belastbare Daten zum Thema Mindestmengen von ausreichender wissenschaftlicher Qualität verfügbar sind. Somit würde es dem IQWiG erschwert sein, valide Aussagen mit ausreichender statistischer Sicherheit zu treffen. Daher ist die Einbindung des medizinischen Sachverständigen zwingend notwendig.

8. Im KHVVG finden sich keine Aussagen zur fachärztlichen Weiterbildung. Dies ist von Bedeutung, da die Reform – zusammen mit der parallel stattfindenden Ambulantisierung – erheblichen Einfluss auf die ärztliche Weiterbildung haben wird. Bei der Ambulantisierung können „einfache“ Eingriffe, die bisher oft zur Ausbildung genutzt werden können, wirtschaftlich nur noch dann erbracht werden, wenn sie von erfahrenen Ärzten („Facharzt-Standard“) durchgeführt werden. Durch die Konzentration auf weniger, spezialisiertere Krankenhäuser wird die Zahl der Weiterbildungsstätten reduziert, wodurch Weiterbildung indes für kleinere Krankenhäuser oft nur noch im Verbund organisiert werden kann. Dies kann gerade in ländlichen Regionen zu organisatorischen Problemen führen und trifft bei schon vorhandenem Ärztemangel auf eine Generation, die zu den erforderlichen Ortswechseln nur geringe Bereitschaft zeigt.

9. Zur Finanzierung der Umsetzung der Maßnahmen des KHVVG soll der sog. Transformationsfonds eingesetzt werden, finanziert anteilig über die Krankenkassen bzw. die Bundesländer. Es bleibt im Gesetzentwurf weitgehend unklar, wie die Mittel letztlich eingesetzt werden sollen. Da insgesamt dauerhaft keine zusätzlichen Mittel, insbes. keine Bundesmittel, eingesetzt werden sollen, soll sich die Reform i.W. über nicht näher quantifizierte Einsparpotentiale durch weniger Eingriffe bzw. Krankenhaus-Aufenthalte rechnen.

10. Zur erforderlichen Personalbesetzung in der Pflege gibt es seit einiger Zeit gesetzliche Vorgaben. Im vorliegenden Gesetzentwurf ist für den ärztlichen Bereich lediglich erwähnt, dass „die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsmessungssystemen für die Ärzteschaft (zum Beispiel das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer)“ (ÄPS-BÄK) als Entscheidungskriterium dafür herangezogen werden kann, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugewiesen bekommt. Zwar ist prinzipiell zu begrüßen, dass auch die ärztliche Besetzung als Qualitäts-Kriterium herangezogen wird. Allerdings existiert aktuell kein validiertes Personalbemessungssystem für Ärzte, auch das ÄPS-BÄK-System ist bisher lediglich in einigen, wenigen Fachgebieten (Geriatric, Orthopädie, Gastroenterologie) getestet worden. Dies ist bedeutsam, da ja (mit Ausnahme des Transformations-Fonds) das KHVVG nicht etwa zusätzliche Mittel für die Krankenhaus-Finanzierung zur Verfügung stellt und daher nicht zu erwarten ist, dass in den verbleibenden Krankenhäusern mehr Arzt-Stellen finanziert werden können.

11. Aus dem gleichen Grund ist auch nicht erkennbar, wie die Einführung der Vorhalte-Pauschale bei gleichzeitiger Reduktion der Fallpauschalen zu einer Entökonomisierung für die Krankenhäuser führen soll, da dies kostenneutral erfolgen soll. Im Gegenteil ist von einer zunehmenden Bürokratie für die Krankenhäuser auszugehen.

12. Sollte es durch das KHVVG zu der erwarteten reduzierten Zahl an Krankenhäusern kommen, ist aus der Reform nicht ersichtlich, wie die verbleibenden Krankenhäuser die u.U. eintretende Mehrleistung übernehmen sollen, insbesondere unter Berücksichtigung des demographischen Wandels, der absehbar zu einer stärkeren Belastung der Krankenhäuser mit älteren, polymorbiden Patienten und Patientinnen führen wird. Jedenfalls ist nicht erkennbar, ob und ggf. wie die u.U. durch Schließungen von Standorten freiwerdenden Mittel zu einer finanziellen Entlastung der verbleibenden Standorte verwendet werden soll. Dadurch, dass eine Mengensteigerung bis 20% ohne Veränderung des zugewiesenen Budgets bleibt, entsteht ganz im Gegenteil der Anreiz zur Unterversorgung durch ausbleibende, kompensatorische Leistungssteigerung. Da eine Leistungsverdichtung nur an Standorten mit bereits vorhandener, relevanter Leistungsdichte erfolgen kann, führt die relative Schwelle von 20% zu einer nötigen Mengenänderung in absoluten Zahlen, die nur durch signifikante infrastrukturelle Änderungen ermöglicht werden kann. Da diese Prozesse typischerweise langfristig sind, ist eine kurzfristige Kompensation faktisch unrealistisch.

13. Dem Gesetzentwurf ist keine Analyse zu entnehmen, welche Auswirkungen die geforderte Mindestzahl an Fachärzten pro Leistungsgruppe haben wird. Dies gilt für die Kardiologie wie für alle Sub-Disziplinen der Inneren Medizin. Da bisher in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nur Fachärzte enthalten sind, aber nicht spezifisch nach den Zusatzbezeichnungen (z.B. Kardiologie, Nephrologie, Onkologie etc.) ist dies auch prospektiv kaum möglich. Die Kardiologie mit 4 Leistungsgruppen ist besonders betroffen, da häufig Ärztinnen und Ärzte auch in verschiedenen Leistungsgruppen tätig sind (z.B. interventionelle Kardiologie, minimal-invasive Herzklappen). Vor diesem Hintergrund sollte die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen bei den vorgesehenen Evaluierungen in enger Absprache mit den Fachgesellschaften erfolgen.

14. Die Änderungen des §135e führen hinsichtlich der Kompetenz des einzurichtenden Ausschusses hinsichtlich zukünftiger Rechtsverordnungen nur unzureichend dessen Einbindung aus. Insbesondere Regelungen zu Struktur- und Prozesskriterien medizinischer Versorgung bedürfen einer hohen Sach- und Fachkompetenz. Explizit die Möglichkeit des Erlasses einer Rechtsverordnung in Widerspruch zu fachlichen Empfehlungen des Ausschusses muss rechtssicher geregelt sein.

15. Die Ausführungen zu §275a Abs (1) bezogen auf die aufwandsarme Gestaltung der Prüfungen sind dahingehend zu erweitern, dass eine Quervernetzung mit anderen verfügbaren Quellen (z. B. Strukturprüfung von OPS-Kodes) zwingender Bestandteil des Prozesses ist. Bereits jetzt sind solche Prüfungen mit einem hohen Personal- und Zeitaufwand verbunden – es muss möglich sein, bereits vorhandene Daten aus diesen Prozessen weiter zu verwenden.

16. Die Ausführungen zu §283 Absatz (2a) sind dahingehend zu ergänzen, dass die Personalbedarfsermittlung durch den Medizinischen Dienst (MD) in ihrer Methodik zuvor durch die Vertragspartner auf Bundesebene konsentiert sein muss, um eine möglichst valide Basis dieses Entscheidungskriteriums sicherzustellen. Sie sind darüber hinaus dahingehend zu ergänzen, dass sie einem Konsentierungsprozess unter Einbindung des medizinischen Sachverständigen (z. B. AWMF) unterzogen werden müssen. Dies ist zwingend notwendig, um eine zu starke Abweichung einer strikt theoretischen Betrachtung von den praktischen Erfordernissen zu verhindern.

17. Bei den Ausführungen zu §6c Absatz (1) Satz 2 KHentG (S. 52) widersprechen wir der Darstellung, dass eine Leistungserbringung durch Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, mit einer Verringerung des Finanzvolumens verbunden ist. Es widerspricht der Grundidee dieser Gesetzgebung hinsichtlich der Förderung der intersektoralen Kooperation.

18. An verschiedenen Stellen wird im vorliegenden Entwurf auf die Degression abgehoben, ohne dass deren präzise Rechenmatrix Teil der Definition ist. Wir bitten dies zu korrigieren.

19. Der vorliegende Referentenentwurf enthält Verschärfungen der NRW-Systematik im Hinblick auf Kooperationen (siehe § 135e Abs. 4 SGB V neu), die möglicherweise zu einer Verschlechterung und Gefährdung der Herzinfarktversorgung in Deutschland führen könnten. Laut dem Referentenentwurf sind Kooperationslösungen in der invasiven Kardiologie zwischen - z.B. invasiver Kardiologie und Herzchirurgie - nur noch in Ausnahmefällen erlaubt. In der geplanten Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ ist die Herzkatheterbehandlung die wesentliche Therapieform. Der allergrößte Teil der Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt kann ohne den Einsatz einer Herzchirurgie erfolgreich behandelt werden, daher besteht keine medizinische Notwendigkeit, dass an jedem Krankenhausstandort mit einem Herzkatheter auch eine Abteilung für Herzchirurgie beziehungsweise eine entsprechende Leistungsgruppe vorgehalten wird. Dementsprechend sieht die Krankenhausplanung in NRW auch eine Kooperation mit einer Herzchirurgie als ausreichend vor. Gemäß dem Referentenentwurf soll dies auf Bundesebene zukünftig nur noch möglich sein, wenn der nächstgelegene Krankenhausstandort mit einer Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ mehr als 40 PKW-Fahrminuten von einem Standort mit der Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ entfernt ist, was außerhalb von ländlichen Regionen die absolute Ausnahme darstellen wird. Als Konsequenz dieser Regelung würde in vielen Bundesländern die Anzahl der potenziell lebensrettenden Standorte mit einem Herzkatheter zur Notfallversorgung von Herzinfarkten erheblich reduziert, da nur an einer kleinen Minderheit der Standorte eine Herzchirurgie beziehungsweise die Leistungsgruppe Herzchirurgie vorhanden ist. Die DGK fordert daher die ersatzlose Streichung dieser Verschärfung der Kooperationsregelung und die Übernahme der Kooperationslösung aus NRW auch für den Bund.

Sollten Sie Rückfragen zu unseren Ausführungen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Prof. Dr. Stefan Blankenberg  
*Zukünftiger Präsident*

Prof. Dr. Patrick Diemert  
*Mitglied DGK*  
*Stellv. Vorsitzender ALKK*

Prof. Dr. Lutz Frankenstein  
*Vorsitzender Ausschuss DRG*

Prof. Dr. Christoph Stellbrink  
*Vertreter der DGK in der Kommission für die KH-Reform bei der AWMF*  
*Mitglied im ständigen Ausschuss für Kardiologische Versorgung*

Dr. Norbert Smetak  
*Stellv. Vorsitzender des Ständigen Ausschusses für Kardiologische Versorgung*  
*Bundesvorsitzender BNK*