



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen – Bundestagsdrucksache 20/11854

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie begrüßt die Gesetzesinitiative der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Wir bitten im Rahmen der Beratungen zum Gesetzgebungsvorhaben um Berücksichtigung nachfolgender Bedenken:

1. Korrekturen an der Leistungsgruppe 37, Berücksichtigung interdisziplinärer sowie fachgebietsübergreifender Versorgungskonzeptionen

Zu **Artikel 1, Nr. 8** (§ 135e SGB V), **Anhang zu Artikel 1, Nr. 25 (Anlage 1 zu § 135e SGB V)**

• Präzisierung der Beteiligungs- und Antragsrechte - Ausschuss

Wir begrüßen die Absicht, die Struktur- und Prozessqualität zur Leistungsgruppe MKG-Chirurgie (37) bereits unmittelbar im Gesetz, in der Anlage 1 zu § 135e SGB V, zu definieren. Die Vorgaben sind jedoch gegebenenfalls nur vorläufiger Natur. Es bleibt dabei, dass die Leistungsgruppen in einer (im Bundesrat zustimmungspflichtigen) Rechtsverordnung, erstmals bis zum 31.03.2025 – mit Wirkung ab dem 01.01.2027, weiterentwickelt werden sollen.

Unseres Erachtens bedarf es einer Präzisierung der Beteiligungs- und Antragsrechte im dazu zu gründenden Ausschuss zugunsten der in den Leistungsgruppen benannten Facharztgruppen. Es ist nicht hinreichend, bereits die Befassung über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung, sprich einer Leistungsgruppen, lediglich ins freie Ermessen des Bundesgesundheitsministeriums bzw. einer obersten Landesbehörde zu stellen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, wesentliche Rechte und Pflichten des Ausschusses, sowie der Fachgesellschaften und Verbände - die von Änderungen der Anlage 1 betroffen wären - insbesondere Antrags- und Beteiligungsrechte - im Gesetz zu verankern.

• Rechtsverbindlichkeit der personellen Vorgaben sicherstellen

In § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V heißt es, dass *„für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 ... im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten sind, dabei*

- a) entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden*

In der Begründung heißt es, *„Ziel dieser Qualitätsvorgaben ist es, eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten sicherzustellen.“*

Auf dem Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses 2024 wurde von Vertretern des Medizinischen Dienstes in Frage gestellt, ob die Zahl 3 wörtlich zu nehmen sei. Angesichts von Urlaubszeiten, Krankheit, usw. müsse die Vorhaltevorgabe *“24/7“* in 5 bis 6 Fachärzte übersetzt werden.

Eine solche "Interpretation" gilt es von vornherein auszuschließen! Die Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität und damit auch die vorzuhaltende Anzahl an Fachärzten müssen gerichtsfest sein und dürfen nicht nach Belieben interpretiert werden können. Wir bitten ausdrücklich dem bei der weiteren Ausformulierung des Gesetzes Rechnung zu tragen.

- **Änderung der Anlage 1 – Leistungsgruppe 37 - "personelle Ausstattung / Verfügbarkeit"**

Die Vorgaben zur personellen Ausstattung der Leistungsgruppe 37 - MKG-Chirurgie (Anlage 1 zu § 135e SGB V), sollen - alternativ zur Vorhaltung von mindestens 3 am Standort angestellten Fachärztinnen und Fachärzten – auch durch vertragliche Vereinbarung mit mindestens drei Belegärztinnen / Belegärzten erfüllt werden können. Die personelle Verfügbarkeit von 3 Fachärztinnen und Fachärzten dient der ganztägigen Abdeckungen, 24 Stunden an 7 Tagen die Woche (bei einem Vollzeitäquivalent von 8 Stunden). Diese Qualitätsvorgabe unterstützen wir vollumfänglich für unsere Hauptfachabteilungen! Für die belegärztliche MKG-Chirurgie halten wir demgegenüber die vertragliche Vereinbarung mit mindestens 2 Fachärzten für sachgerecht. Belegärztliche Tätigkeit beschränkt sich auf die Behandlung der „eigenen Patienten“. Dadurch reduziert sich im Vergleich zu Hauptfachabteilungen die Anzahl behandlungsnotwendiger Notfälle und akuter Komplikationen. Auch wenn für die belegärztliche Tätigkeit ebenfalls eine 24/7-Abdeckung wünschenswert bleibt, wird sich dies personell nicht immer realisieren lassen. Die Folge wäre, dass bestehende, qualitativ gesicherte, belegärztlich Versorgung wegbricht.

- **Änderung der Anlage 1 – Leistungsgruppe 37 – "Sachliche Ausstattung"**

Hinsichtlich der Leistungsgruppe MKG-Chirurgie (37) bitten wir bereits unmittelbar in der Anlage 1 zu § 135e SGB V einen Fehler zu korrigieren. In Spalte 6, wird unter "Sachliche Ausstattung" ein "Panendoskop" genannt. Ein derartiges Gerät existiert nicht, folglich kann es auch nicht als vorzuhaltendes Gerät aufgeführt werden.

- **Änderung der Anlage 1 - Leistungsgruppe 27**

Hinsichtlich der Leistungsgruppe 27 (Spezielle Traumatologie) in Anlage 1 zu § 135e SGB V, bitten wir - zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden, fachgebietsübergreifenden, interdisziplinären (Notfall-)Versorgung bei Traumata im Gesichtsbereich – um Ergänzungen. Bislang wird für die Zuweisung des Versorgungsauftrages zur Leistungsgruppe 27, Fachärzte der LG MKG-Chirurgie lediglich als "weiteres Auswahlkriterium", in "Kooperation" mit einem anderen Krankenhausstandort 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 in "Kooperation", also nicht notwendiger Weise am Standort erbracht wird, geführt werden. Bestenfalls wird die LG MKG-Chirurgie am Standort vorgehalten.

- **Zentren mitdenken**

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 65 somatischen Leistungsgruppen der Anlage 1 zu § 135e SGB V jedoch noch nicht gerecht.

Dankenswerter Weise haben dies auch die Verfasser bereits erkannt und im Besonderen Teil des Entwurfes zu § 135e Abs. 1 Nummer 2 (Rechtsverordnung) 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“* sollen.

2. 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 (Häuser der Level II, III, IIIU, BG und Bundeswehr), wird zu einer Verringerung der stationären Weiterbildungskapazitäten führen. Wir erwarten nicht, dass der Gesetzgeber mit dem KHVVG die Umstrukturierung der fachärztlichen Weiterbildung mitgestaltet. Allerdings erscheint es unumgänglich, spätestens bis zum Zeitpunkt der “Scharfschaltung” der Leistungsgruppen 2027, zusammen mit der ärztlichen Selbstverwaltung, ein Reformkonzept umgesetzt zu haben, welches dieser Entwicklung Rechnung trägt. Die zunehmende Ambulantisierung der Weiterbildung macht es erforderlich, Kompetenzen über örtliche Kammer- insbesondere aber über Sektorengrenzen hinweg, als Verbundweiterbildungen, auszugestalten. Dies wirft allerdings eine Reihe fachlicher und rechtlicher Fragen auf – Stichworte: Arbeitnehmerüberlassung, Haftungs- und Weisungsrecht, Vergütung. Wir regen bereits jetzt eine generelle Förderung ambulanter Weiterbildungsstationen an. Die Idee, ausschließlich “grundversorgende” Facharztgruppen - neben der fachärztlich-hausärztlichen Weiterbildung - fördern zu wollen, hat sich als nicht zielführend erwiesen.