
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V.

zu den Änderungsanträgen vom 7. Oktober 2024

zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)

14. Oktober 2024

Der Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie) begrüßt ausdrücklich die gesetzgeberische Intention einer grundlegenden Krankenhausreform. Damit die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verfolgten Ziele zur „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ sowie „Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung“ leistungsgruppenunabhängig erfüllt werden können, müssen die vorgelegten Regelungen jedoch die Besonderheiten des altersmedizinischen Versorgungsbedarfs sachgerecht abbilden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zum KHVVG vom 18.09.2024 (Drucksache 20/12894) fordert eine Neufassung des § 6a KHG, mit der die Geriatrie als Bestandteil einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung explizit erwähnt wird. Der BV Geriatrie begrüßt diesen Formulierungsvorschlag ausdrücklich und interpretiert diesen als Anerkenntnis des Bundesrates und der dort vertretenen Bundesländer, dass die Geriatrie gleichberechtigt neben den weiteren genannten Indikationsbereichen einzuordnen ist. Die vorgeschlagene Neufassung des § 6a KHG ist den Änderungsanträgen vom 7. Oktober 2024 jedoch nicht zu entnehmen und daher dringend zu ergänzen. **Grundsätzlich muss gewährleistet sein, dass die Geriatrie auch zukünftig auf allen Versorgungsstufen abgebildet ist und nicht ausschließlich auf die Grund- und Notfallversorgung beschränkt wird.**

Insbesondere die Reformvorhaben zur Krankenhausfinanzierung könnten in der aktuellen Ausgestaltung ökonomische Fehlanreize zur Verdrängung der Geriatrie aus höheren Versorgungsstufen setzen. Wir möchten daher wiederholt anmerken, dass die Reform durch den geplanten Ausbau der Ambulantisierung und die Reduktion von ökonomisch bedingten Mengenausweitungen Fachbereiche mit einem erwartbar steigenden Versorgungsbedarf bei gleichzeitig reduziertem Ambulantisierungspotenzial nicht benachteiligen darf. **Durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird der Bedarf an altersmedizinischer Kompetenz in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. Der in § 37 Absatz 2 Satz 7 Nr. 2 KHG vorgesehene Fallzahlkorridor (+/- 20 %) ist aus geriatricspezifischer Sicht nicht geeignet, um dem sicher steigenden Bedarf in der Geriatrie zu begegnen.** Der geplante Fallzahlkorridor geht bei einem Wachstum immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem heutigen a-DRG-System einher. Auch die nun vorgelegten Änderungsanträge vom 7. Oktober 2024 liefern hierzu keine fundierten Antworten.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die in § 37 Absatz 1 KHG vorgesehene Vorgabe einer festen Bezugsgröße für die Ermittlung der Vorhaltevolumina auf Landesebene die ökonomische Situation der Geriatrie weiter verschärfen kann. Gemäß Art. 2 Nr.13 sollen für die Anwendungsjahre 2026 bis 2028 die Vorhaltevolumina als Durchschnitt aus den Jahren 2023 und 2024 ermittelt werden. **Insbesondere das Jahr 2023 ist aus geriatricspezifischer Sicht nicht als Basisjahr für die Ermittlung prospektiver Vorhaltevolumina geeignet. 91 Prozent der Abteilungen der stationären Geriatrie mussten im Verlauf der Pandemie ihre Bettenkapazitäten reduzieren. In 13 Prozent der Fälle kam es sogar zu**

einer Schließung der Geriatrie.¹ Auch im Jahr 2023 waren die Geriatrien noch überproportional von den Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen, da u.a. viele Corona-Verordnungen erst im März 2023 ausgelaufen sind.

Zur Gewährleistung einer flächendeckenden geriatrischen Versorgung ist neben einer auskömmlichen Finanzierung die sachgerechte Definition der Leistungsgruppe von besonderer Bedeutung. **Daher möchten wir u.a. erneut anmerken, dass die Ausgestaltung der Leistungsgruppe Geriatrie gemäß der Ausschussdrucksache 20(14)221.1 nicht sachgerecht ist, da nicht das gesamte Spektrum geriatrispezifischer ärztlicher Qualifikationen abgebildet wird.** Auch ist darauf hinzuweisen, dass die aktuelle ärztliche Aus- und Weiterbildungssituation zeigt, dass dem Bereich der Geriatrie noch nicht die Bedeutung beigemessen wird, die angesichts der versorgungspolitischen Situation und der erwarteten Entwicklung der Patientenzahlen notwendig wäre. Zudem wird die sich bereits abzeichnende Ruhestands- und Pensionierungswelle der Babyboomer-Generation in den nächsten Jahren auch bei den praktizierenden Geriaterinnen und Geriatern verstärkt zum Tragen kommen. **Somit müssen in der Geriatrie – im Gegensatz zu anderen Indikationsbereichen – nicht nur die ruhestandsbedingt ausscheidenden Fachkräfte ersetzt werden, vielmehr müssen durch den demografiebedingten Mehrbedarf in der Geriatrie darüber hinaus zusätzliche Fachkräfte gefunden werden. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum die gemäß § 12b Abs. 1 S. 6 KHG geplante Ergänzung der Fördertatbestände zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten ausschließlich im Zusammenhang mit Konzentrationsprozessen und Verbundbildungen greifen soll.** Auch der demografiebedingte Ausbau von ärztlichen und pflegerischen Ausbildungskapazitäten muss unter diesem Fördertatbestand gefasst werden.

Im aktuellen Gesetzentwurf wurde zudem die fehlerhafte Auflistung der geriatrispezifischen Qualifikationsvorgaben erneut nicht korrigiert. Die Ausgestaltung der Leistungsgruppe Geriatrie gemäß der Ausschussdrucksache 20(14)221.1 ist nicht korrekt, da in den Spalten „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ nicht das gesamte Spektrum geriatrispezifischer ärztlicher Qualifikationen abgebildet ist. **Sofern dieser – redaktionelle – Fehler nicht noch korrigiert wird, fallen mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes ein Großteil der geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte „durch das Raster“ der Leistungsgruppenvorgabe und stehen für die geriatrispezifische Versorgung formal nicht mehr zur Verfügung.**

Ausgehend vom altersmedizinischen Versorgungsbedarf der kommenden Jahre, müssen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. prioritär fünf Themenbereiche innerhalb des KHVG modifiziert werden, damit die Reform eine zukunftsfeste und patientengerechte geriatrische Versorgung gewährleistet:

- 1) Sachgerechte Definition der Leistungsgruppe Geriatrie: Berücksichtigung des gesamten Spektrums geriatrischer (fachärztlicher-)Weiterbildungen und Streichung des Kooperationserfordernisses mit der Leistungsgruppe Urologie
- 2) Geriatrie als Bestandteil der Grund- und Regelversorgung: Auch Leistungen der Grund- und Regelversorgung müssen auf jedem Krankenhaus-Versorgungslevel abgebildet sein.

¹ Stationäre Geriatrie: Das COVID-Versorgungsparadox, Dtsch Arztebl 2021; 118(21): A-1044 / B-861

- 3) Demografiebedingte Fallzahlsteigerungen ökonomisch nicht benachteiligen: Planfallzahlen bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigen
- 4) Sachgerechte Abbildung akutgeriatrischer Leistungen: Zuordnung von Behandlungsfällen außerhalb des OPS 8-550.- zur Leistungsgruppe Geriatrie über den spezifischen Fachabteilungsschlüssel 0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 5) Geriatrische Fachkliniken: Erfordernis zur Erbringung von mindestens 80 Prozent vom Hundert der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle streichen und Öffnung für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin

Im Folgenden nehmen wir detailliert Stellung zu den einzelnen Regelungsinhalten.

1) Sachgerechte Definition der Leistungsgruppe Geriatrie: Berücksichtigung des gesamten Spektrums geriatrischer (fachärztlicher-)Weiterbildungen und Streichung des Kooperationserfordernisses mit der Leistungsgruppe Urologie

Zu Anlage 1 des § 135e (neu): dringende Korrektur eines redaktionellen Fehlers

Der neue § 6a KHG regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Gemäß § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem zugelassenen Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sollen sich dabei nach der gemäß § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu schließenden Rechtsverordnung richten. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung sollen die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten.

Berücksichtigung des gesamten Spektrums geriatrischer (fachärztlicher-)Weiterbildungen

Der Änderungsantrag der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP vom 16. September 2024 (Ausschussdrucksache 20(14)221.1) sieht eine neue Definition der Leistungsgruppen, deren Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien vor. Die vorgeschlagene Neufassung ist den Änderungsanträgen vom 7. Oktober 2024 jedoch nicht zu entnehmen, weshalb die Umsetzung aktuell unklar erscheint. **Daher möchten wir erneut anmerken, dass die Ausgestaltung der Leistungsgruppe Geriatrie gemäß der Ausschussdrucksache 20(14)221.1 nicht korrekt ist: In den Spalten „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ ist nicht das gesamte Spektrum der heutigen geriatrisch-spezifischen ärztlichen Qualifikationen abgebildet.**

Insbesondere entspricht die Beschränkung auf die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie nicht dem aktuellen Qualifikationskanon in der Geriatrie. Zwingend zu ergänzen sind daher „Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie“ und „Schwerpunkt Geriatrie“. **Anderenfalls würde mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes ein Großteil der geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte nicht mehr für die geriatrischspezifische Versorgung zur Verfügung stehen. Auch muss die Rufbereitschaft an die Qualifikation angeglichen werden. Hier fehlen insbesondere „FA Allgemeinmedizin“ und „FA Innere Medizin“.**

Streichung des Kooperationserfordernisses mit der Leistungsgruppe Urologie

Zum anderen ist das Kriterium der Mindestvoraussetzung der Leistungsgruppe Urologie am Standort der Geriatrie kritisch zu hinterfragen. Nach Einschätzung des Bundesverbandes Geriatrie e. V. bestehen aus medizinisch-fachlicher Perspektive insbesondere auch im unmittelbaren Vergleich mit anderen Indikationsbereichen keine hinreichende Nähe bzw. keine Notwendigkeit für verpflichtende Kooperationen zwischen beiden Indikationsbereichen, die die Leistungsgruppe Urologie als Mindestvoraussetzung rechtfertigen könnten. **Bei einer Beibehaltung dieser Mindestvoraussetzung ist zudem zu hinterfragen, inwieweit die Aufnahme weiterer, der Geriatrie verwandter Indikationsbereiche und ihrer Leistungsgruppen als Mindestvoraussetzung – wie beispielsweise die Kardiologie – im Vergleich zur Urologie sinnvoll bzw. erforderlich wäre.**

Die Nr. 56 der Anlage 1 des § 135e SGB V ist in den Spalten „Kooperation“, „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ wie folgt zu ändern:

Nr.	Leistungsgruppe		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonst. Prozess-/Strukt.
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung		<p>LG-Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte Oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese Oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</p>		<p>FA Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie mit ZW Geriatrie <u>oder Schwerpunkt Geriatrie oder Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie</u></p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA <u>Allgemeinmedizin, Innere Medizin</u>, Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder <u>Psychiatrie und Psychotherapie</u> mit ZW Geriatrie <u>oder Schwerpunkt Geriatrie oder Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie</u></p>	

2) Geriatrie als Bestandteil der Grund- und Regelversorgung: Auch Leistungen der Grund- und Regelversorgung müssen auf jedem Krankenhaus-Versorgungslevel abgebildet sein.

Zu § 6a KHG:

Die Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 20/12894) zum KHVVG vom 18.09.2024 fordert eine Neufassung von § 6a KHG, mit der die Geriatrie als Bestandteil einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung explizit erwähnt wird: Demnach „kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, zuweisen, wenn dies zur Sicherstellung insbesondere einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung (z. B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) zwingend erforderlich ist.“

Die vorgeschlagene Neufassung des § 6a KHG ist den Änderungsanträgen vom 7. Oktober 2024 jedoch nicht zu entnehmen, weshalb die Umsetzung aktuell unklar erscheint. Wir weisen daher erneut darauf hin, dass wir diesen Formulierungsvorschlag ausdrücklich begrüßen. Angesichts des demografischen Wandels und einer in allen Indikationsbereichen älter werdenden Patientenklientel – insbesondere auch in strukturschwachen Regionen – ist es im Sinne einer

flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung essenziell, dass geriatricspezifische Versorgungsangebote konsequent, bedarfsorientiert und krankenhauplanerisch berücksichtigt werden, dies gilt insbesondere mit Blick auf mögliche Kooperationen mit benachbarten Disziplinen. Dabei muss zugleich gewährleistet sein, dass die Geriatrie auch zukünftig auf allen Versorgungsstufen abgebildet ist und nicht ausschließlich auf die Grund- und Notfallversorgung beschränkt wird.

3) Demografiebedingte Fallzahlsteigerungen ökonomisch nicht benachteiligen: Planfallzahlen bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigen

Zu § 37 KHG (neu):

Die gesetzgeberische Intention, mit der Neugestaltung des Krankenhauswesens die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien auszurichten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Vorhaltevergütung und die Mindestvoraussetzungen für Leistungsgruppen können bei sachgerechter Ausgestaltung Instrumente dafür sein. Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf geht jedoch nicht hervor, wie die Vergütungssystematik künftig konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt werden soll. Fraglich ist insbesondere, wie die geplante Vergütungssystematik absehbare, demografiebedingte Fallzahlsteigerungen sachgerecht berücksichtigen wird. Auch die Änderungsanträge vom 7. Oktober 2024 liefert hierzu keine fundierten Antworten. Ohne konkrete Regelungen besteht jedoch die große Gefahr, dass sich ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung in der Praxis manifestiert.

Damit die geplante Entökonomisierung nicht mit einer Benachteiligung einzelner Leistungsgruppen einhergeht, sind bei der Vorhaltevergütung Mechanismen für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen zu bedenken. Der in § 37 Absatz 2 Satz 7 Nr. 2 KHG vorgesehene Fallzahlkorridor (+/- 20 %) zur Reduktion von ökonomisch bedingten Mengenausweitungen und Förderung der Ambulantisierung ist aus geriatricspezifischer Sicht nicht geeignet, um dem sicher steigenden Bedarf in der Geriatrie zu begegnen. Der geplante Fallzahlkorridor geht bei einem Wachstum immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem heutigen a-DRG-System einher. Nur wenn insgesamt ein Wachstum von 20 % überschritten wird, gleichen sich die Erlöse im Folgejahr an. Aufgrund dieses beachtlichen Fallzahlkorridors, müssen Krankenhäuser bei Wachstumsprozessen in Vorleistung gehen. Gleichzeitig bestehen fortlaufende Erlösnachteile, wenn die 20 %-Schwelle nicht überschritten wird. Bei Schrumpfungsprozessen im Sinne der Ambulantisierung werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung hingegen abgedeckt und der Fallerlös steigt in Abhängigkeit zum Gesamtmarkt zum Teil an. Nach der ersten Eingruppierung könnte es für die Krankenhäuser daher strategisch sinnvoll sein, ihre Leistungsmenge zu reduzieren.

Dieser Mechanismus kann eine systematische Benachteiligung der Geriatrie und damit der betagten und hochbetagten Menschen bedeuten, da in der Geriatrie demografiebedingt kontinuierlich über mehrere Jahre eine Fallzahlsteigerung eintreten wird (wie dies z. B. auch in NRW krankenhauplanerisch angenommen wird) und zudem das Ambulantisierungspotenzial in der Geriatrie im Vergleich zu anderen Leistungsgruppen sehr gering ist. Diese Tatsache begründet sich durch die Beson-

derheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten und lässt sich insbesondere mit den medizinischen Kontextfaktoren zur Abgrenzung von akutstationären und ambulanten Leistungen des AOP-Kataloges belegen (z. B. schwere motorische und kognitive Funktionseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Begleiterkrankungen).

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Fallzahlkorridor bildet die besondere Situation kontinuierlich steigender Fallzahlen damit nicht sachgerecht ab. Entsprechende Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das vorgesehene Kalkulationsmodell strukturell und systemimmanent benachteiligt, so dass die Gefahr eines leistungsgruppenbezogenen permanenten „Fixkostendegressionsabschlags“ besteht. Durch das – ebenfalls in der Umsetzung nicht ganz unproblematische – Instrument der Planfallzahlen soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Aktuell bleiben bei der Anwendung von Planfallzahlen jedoch viele Fragen offen, da die Rahmenbedingungen der Anwendung nicht unmittelbar im Gesetz normiert sind. Insbesondere ist unklar, wie spezifisch belastbare Prognosen der Fallzahlen ermittelt werden sollen und wie längerfristig mit Differenzen zwischen Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist.

Auch die Verwendung von Planfallzahlen kann bei nicht sachgerechter Ausgestaltung zu ökonomischen Fehlanreizen im System führen. Das Vorhaltevolumen je Land und Leistungsgruppe wird jährlich auf der Grundlage der erbrachten Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres festgesetzt. Dadurch steigt bei der Verwendung von Planfallzahlen innerhalb der Leistungsgruppe nicht das Gesamtvorhaltevolumen je Land, sondern es wird lediglich der landesspezifische „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ angepasst. Sofern also der „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ ohne Anpassung des leistungsgruppenbezogenen Gesamtvorhaltevolumens des Landes um demografiebedingte Fallzahlsteigerungen erhöht wird, sinkt das Vorhaltevolumen je Fall.

Analog dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen müssen daher auch auf Bundesebene Anreize für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen geschaffen werden. So heißt es im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen: „Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.“ Folglich müssen demografiebedingte Fallzahlsteigerungen auch mit einer Erhöhung des landesspezifischen Gesamtvorhaltevolumens der Leistungsgruppen einhergehen, da die planerische Mengenausweitung zugunsten eines Krankenhauses ansonsten immer zu Lasten aller Krankenhäuser der Leistungsgruppe im Land gehen würde.

Es muss versorgungspolitisch daher sichergestellt werden, dass das gemäß § 37 Absatz 1 Satz 5 KHG vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelnde Konzept qualifizierte Antworten auf diese Fragen liefert und sachgerechte Mechanismen schafft. Zudem ist der § 37 Absatz 1 KHG wie folgt zu ändern:

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen. Für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für das jeweils folgende Kalenderjahr und ein Land, die bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres zu erfolgen hat, sind die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen sowie die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wurden, zugrunde zu legen und die Krankenhausfälle

mit den Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweils folgende Kalenderjahr zu bewerten
[...]

4) **Sachgerechte Abbildung akutgeriatrischer Leistungen: Zuordnung von Behandlungsfällen außerhalb des OPS 8-550.- zur Leistungsgruppe Geriatrie über den spezifischen Fachabteilungsschlüssel 0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie**

Zu § 21 Absatz 3c KHEntgG:

Gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG ist das InEK beauftragt, Vorgaben für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu den in der Anlage 1 zum SGB V genannten Leistungsgruppen zu erarbeiten und auf dieser Grundlage bis zum 30. September 2024 eine Datenverarbeitungslösung zu zertifizieren.

Die Leistungsgruppen beruhen dabei weitgehend auf den „NRW-Leistungsgruppen“. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass diese nur zum Teil leistungsbezogen definiert sind und ein Großteil der Fälle nach der entlassenen Fachabteilung eingruppiert werden – so auch Leistungen der Akutgeriatrie.

Die spezifische Leistungsgruppe Geriatrie wird in NRW über den OPS 8-550.- „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ definiert. Mit dieser Abrechnungsziffer werden bundesweit knapp 70 Prozent des geriatricspezifischen Leistungsspektrums abgebildet. Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere jedoch auch die internistische Akutversorgung des alten Menschen (\approx 30 Prozent) umfasst, müssen der Leistungsgruppe Geriatrie auch diese Leistungsbestandteile zugerechnet werden. Im NRW-Konzept werden der Geriatrie daher Behandlungskapazitäten der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ prozentual zugerechnet. Planerisch mag dieser allgemeine Ansatz ausreichend sein, die Anwendung scheitert jedoch spätestens in der Verknüpfung mit der Vorhaltevergütung, die eine sachgerechte Zuordnung der Fälle erfordert.

Da sich die Reform in NRW ausschließlich auf den Bereich „Planung“ konzentrieren kann – die Regelung der Vergütung obliegt nicht der Regelungsbefugnis der Bundesländer – ist der Sachverhalt für NRW als „Blaupausenland“ von untergeordneter Bedeutung. **Vor diesem Hintergrund müssen auf Bundesebene ergänzende Regelungen zur eindeutigen Zuordnung akutgeriatrischer Leistungen gefunden werden.** So könnte der Fachabteilungsschlüssel 0200 „Geriatrie“ neben dem OPS 8-550.- für die spezifische Leistungsgruppen Definition herangezogen werden und der Fachabteilungsschlüssel 0102 „Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie“ zur Definition und Abgrenzung der Akutgeriatrie dienen.

Es muss versorgungspolitisch daher sichergestellt sein, dass die geplante Ergänzung der Vereinbarung gemäß § 301 SGB V, um die für die Vorhaltevergütung erforderliche bundeseinheitliche Bestimmung von Fachabteilungen, sachgerechte Mechanismen für die Zuordnung akutgeriatrischer Fälle zur Leistungsgruppe Geriatrie schafft.

5) **Geriatrie Fachkliniken: Erfordernis zur Erbringung von mindestens 80 Prozent vom Hundert der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle streichen und Öffnung für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin**

Zu § 135d Abs. 4 Satz 3 und Anlage 1 des § 135e SGB V:

Die Regelungsvorschläge zum KHVVG vom 07.10.2024 sehen mit Artikel 1 Nummer 7 eine Präzisierung des Begriffs der Fachkrankenhäuser vor. Gemäß des neuen § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V sind Fachkrankenhäuser nur solche, die mindestens 80 Prozent vom Hundert der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen mit Ausnahme der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben.

Auch geriatrische Fachkliniken müssen im Rahmen der Spezialisierung auf bestimmte Personengruppen und Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von dieser Neuregelung ausgenommen werden, weshalb § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V wie folgt zu ändern ist:

(4) Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet, wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen mit Ausnahme der Leistungsgruppen Nummer 1, 14 und 56 Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Geriatrie erbracht haben; die Leistungsgruppen Nummern 10 bis 13 EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention zählen dabei als eine Leistungsgruppe“

Zudem sehen die in der Anlage 1 für die Leistungsgruppe Geriatrie aufgeführten Qualitätskriterien Ausnahmetatbestände für Fachkrankenhäuser vor. So ist u. a. normiert, dass geriatrische Fachkrankenhäuser Apparaturen und verwandte Leistungsgruppen auch in Kooperation erbringen können. Diese Ausnahmetatbestände sind auf Grund der besonderen Spezialisierung geboten und müssen für eine sachgerechte Anwendung auf die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin ausgeweitet werden.

Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere jedoch auch die internistische Akutversorgung des alten Menschen (≈ 30 Prozent) umfasst, müssen geriatrische Fachkliniken über die ihnen zugewiesenen Inhalte der spezifischen Leistungsgruppe hinaus bei ihren Patientinnen und Patienten auch Leistungen aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin am Standort erbringen und abrechnen können. Im Krankenhausplan NRW wird geriatrischen Fachkliniken daher auch die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zugeordnet. Dafür wird die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe Geriatrie hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Dies ist erforderlich, da auf der Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen auch die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses ermittelt werden soll. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben jedoch auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG relevant.

Der BV Geriatrie regt daher folgende Änderung der Anlage 1 zur § 135e SGB V an:

Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonst. Prozess-/Strukturkr.
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	

1	Allgemeine Innere Medizin	Mindest- voraussetzungen <u>Für Krankenhäuser, die als geriatrisches Fachkrankenhaus tätig sind, wird die Erfüllung der über die Anfor- derungen der Lei- stungsgruppe Geriat- rie hinausgehenden Mindestanforderun- gen nicht gefordert</u>	LG Intensiv- medizin	LG Allge- meine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardio- graphie (EKG), Sonogra- phiegerät, Basis- labor täglich rund um die Uhr, Computertomographie (CT) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeit- raum von 6 Uhr bis 20 Uhr)	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA mind. Rufbereit- schaft täg- lich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonal- untergrenzen- Verordnung (PpUGV) festgeleg- ten Pflegepersonal- untergrenzen
---	---------------------------------	--	----------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------	--	---