



## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform**

**BT-Drs. 21/2512**

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie begrüßt die Initiative der Bundesregierung, mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform das Reformvorhaben aus der vergangenen Legislaturperiode nachzustützen.

Den Ansatz des KHVVG, durch eine Konzentration von Leistungen in dafür spezialisierten Kliniken, eine Verbesserung der Behandlungsqualität anzustreben, tragen wir weiterhin volumnäßig mit. Die Erfüllung von Mindestvorgaben der Struktur- und Prozessqualität, wird zu einer Verbesserung der Qualität der stationären Behandlungsergebnisse beitragen können. Mitunter wird jedoch durch die Einheitsmatrix den Besonderheiten einer Fachdisziplin oder eines Standortes nicht hinreichend Rechnung getragen. In der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie gibt es keine "Gelegenheitschirurgie" die es gelten müsste einzudämmen.

Die stationäre MKG-Chirurgie – Leistungsgruppe 37 gem. Anlage 1 zu § 135e SGB V – ist sowohl eine hochspezialisierte Facharztdisziplin als auch Grundversorger. So behandeln doppelapprobierte Fachärzte für MKG-Chirurgie einerseits Tumore und schwerste Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich, Gesichtsfehlbildungen - wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten bei Neugeborenen – bis hin zu seltenen Erkrankungen und dies vielfach in interdisziplinären Teams. Wir stellen jedoch zugleich die chirurgisch / zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Patienten sicher, die auf Grund von Begleiterkrankungen - Demenz, geistiger und/oder körperlicher Behinderungen, Multimorbidität - eines vollstationären Settings bedürfen. Notfallbehandlung, etwa von nächtlichen Nachblutungen nach operativen, ambulant zahnärztlichen Eingriffen bei Patienten mit antikoagulativer Medikation, aber auch von Entzündungen und Traumata, die über die Möglichkeiten des zahnärztlichen KZV-Notdienstes hinausgehen, stellen einen wichtigen, grundversorgenden Teilaspekt unserer Tätigkeit dar. Dieser Teilaspekt findet jedoch in der vorgegebenen Matrix keine besondere Berücksichtigung!

Letztlich bitten wir darum, die Resilienz der Versorgung, die Auffangfähigkeiten im Krisen- und Kriegsfall zu bedenken. Verletzungen im Kopf-, Hals- und Gesichtsbereich machen durchschnittlich einen 30 bis 40-prozentigen Anteil der Verletzungsbilder nach Kampfhandlungen oder Terrorattentaten aus.

### **1. Verfügbarkeitsvorgabe im Anforderungsbereich "Personelle Ausstattung" / Belegarztwesen**

#### **Zu Artikel 1, 4. - § 135e SGB V neu**

Um sicherzustellen, dass Belegärztinnen und Belegärzte auch weiterhin wie bisher an der stationären Versorgung mitwirken können, soll die Verfügbarkeitsvorgabe im Anforderungsbereich "Personelle Ausstattung" für die Leistungsgruppe dahingehend ergänzt werden, dass in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag gleichgestellt wird. Zudem sollen zwei Belegärztinnen oder Belegärzte die zusammen in Summe über einen vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügen, die Verfügbarkeitsvorgaben ebenfalls erfüllen können.



Wir begrüßen diese Änderungen in § 135e Abs. 4 Satz 2 6. d) SGB V im Vergleich zur heutigen Vorgabe ausdrücklich!

Die Regelung ist jedoch zugleich zu starr. Sinn und Zweck der vorgesehenen Regelungen ist die Gleichsetzung – gegebenenfalls auch aufsummierter - voller vertragsärztlicher Versorgungsaufträge mit dem Vollzeitäquivalent angestellter Krankenhausärzte. Diese Gleichstellung muss u.E. jedoch schon aus Gründen der Diskriminierungsfreiheit in beide Richtungen gelten. Wird an einem Krankenhausstandort die Versorgung durch angestellte Krankenhausärztinnen und -Ärzte erbracht, muss sich das zu erfüllende Vollzeitäquivalent ebenfalls durch einen komplementären, vertragsärztlichen Versorgungsauftrag ergänzen lassen können. Werden beispielsweise an einem Standort Klinikärztinnen und Ärzte mit einer niedrigeren Wochenstundenzahl als 38,5 beschäftigt, weil sie an einem daran angegeschlossenen MVZ oder in eigener Praxis einen komplementären, vertragsärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen, muss sich dies ebenfalls aufzaddieren lassen, unabhängig davon, „ob das Krankenhaus eine Versorgung *durch Belegärzte* vorsieht“. Wesentlich ist nicht die gleichzeitige Anwesenheit von 3 Fachärzten am Standort, sondern eine jederzeitige, qualifizierte, fachärztliche Rufbereitschaft als Minimum [§ 135e Abs. 4 Satz 2 6. b) SGB V – Entwurf].

## 2. Abrechnungsausschluss Onkochirurgie

### Zu Artikel 1, Nr. 7, a) - § 136c Abs. 2 SGB V

Den vorgesehene Abrechnungsausschluss für stationärer Standorte mit unterdurchschnittlich vielen onkochirurgischen Eingriffen in noch zu bestimmenden Indikationsbereichen (§ 40 KHG in Verbindung mit § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG), lehnen wir weiterhin ab.

Bei onkochirurgische Eingriffen hängt die Qualität des Behandlungsergebnisses auch von der Menge der erbrachten Leistungen, also der Erfahrung und Routine des Chirurgen, der Abteilung und/oder des interdisziplinären Behandlerteams ab. Die Überlebensvorteile der Patienten durch Einführung von Mindestmengen wurden in zahlreichen Studien belegt. Nicht belegt ist demgegenüber, dass genau 15% der Krankenhausstandort in Deutschland über allen Tumorentitäten eine ungenügende Expertise vorhalten und damit eine schlechtere Ergebnisqualität erzielen. Deshalb sprechen wir uns für eine Fortentwicklung des Qualitätssicherungsinstruments nach § 136b Absatz 1 Satz 1 SGB V aus, der Vorgabe von Mindestmengen durch den G-BA für planbare Eingriffe. Die Vorgabe von Mindestmengen ist rechtssicher und evidenzbasiert im Gegensatz zu einer pauschalen, perzentilen Regelung.

Am Beispiel unserer Leistungsgruppe lässt sich zugleich die Fehlsteuerung der vorgesehenen Regelung veranschaulichen.

Onkochirurgische Eingriffe im Kopf-Hals-Bereich werden vielfach an interdisziplinären, zertifizierten Tumorzentren erbracht, an denen vornehmlich HNO-Ärzte mit Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zusammenarbeiten. Da sich beide Disziplinen die Fallzahlen von Kopf-, Hals - Tumoren teilen, bedingen und kannibalisieren sie sich zugleich. Da der Grouper jeden Fall nur einer Leistungsgruppe zuweisen kann, ist nicht auszuschließen, dass im Fall einer zufällig ungünstigen Verteilung, eine Leistungsgruppe dem onkochirurgischen Abrechnungsausschluss unterworfen wird. Damit stünden solchen Zentren vor dem Aus.



Begrüßenswert ist immerhin, dass mit der vorgesehenen Neufassung von § 136c Abs. 2 SGB V der Gesetzgeber beabsichtigt, die ausnahmslos einheitliche quantitative Vorgabe von 15% aufzugeben. Der G-BA soll eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen dürfen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der Umstand, dass in diesem Fall der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, ist zu begrüßen jedoch nicht hinreichend. Es bedarf vielmehr eines Antragsrechts medizinischer Fachgesellschaften zur Einleitung eines Verfahrens nach § 136c Abs. 2 SGB V! Andernfalls drohte die Erleichterung ins Leere zu laufen, bleibt der G-BA schlicht untätig.

Begrüßenswert ist immerhin, dass sowohl der Bundesärztekammer als auch der Bundeszahnärztekammer (soweit die Berufsausübung der Zahnärzte berührt ist), ein Recht auf Teilnahme und auf unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA eingeräumt werden soll.

### **3. Überarbeitung der Leistungsgruppen**

#### **Anhang zu Artikel 1, Nr. 14 (Anlage 1 zu § 135e SGB V) – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien**

Wir begrüßen die Überarbeitung des Leistungsgruppenkatalogs in der **Anlage 1 zu § 135e SGV V** unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses. Damit würde für unsere Leistungsgruppe (37) die Streichung von “Panendoskop” aus den Anforderungen an die “Sachliche Ausstattung” vollzogen, welche wir bereits in unserer Stellungnahme zum KHVVG erbeten hatten. Es gibt keine „Panendoskope“.

Auch wenn der Begründung keine normative Wirkung zukommt, empfehlen wir weiterhin den Satz “*Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskope zu verwenden.*“ durch den Satz “*Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskopien anzufertigen.*“ zu ersetzen, da “Panendoskope” nicht existieren. “Panendoskopien” dienen der Diagnose von Metastasen oder Zweitumoren und werden mit Hilfe von Mikroskop und Endoskop erbracht.

### **4. Vorhaltefinanzierung**

Unserer Leistungsgruppe kommt in mehrfacher Hinsicht besondere Bedeutung bei der Vorhaltung stationärer Kapazitäten zu. Wir sind einerseits eine hochspezialisierte Facharztdisziplin, andererseits aber auch Grundversorger. Im Grundversorgungsbereich behandeln wir insbesondere vulnerable Patienten, die auf Grund ihrer Begleiterkrankungen eines stationären Settings im Zusammenhang mit ihrer mkg-chirurgisch / zahnärztlichen Behandlung bedürfen. Hierfür ist eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung wesentlich. Letztlich kommt der stationären mkg-Chirurgie im Zusammenhang mit der Resilienz unseres Gesundheitswesens eine besondere Bedeutung zu. Schwere Verletzungen im Kopf-, Hals- und Gesichtsbereich machen einen hohen Anteil der Schadensbilder bei Großunfällen, Terrorattentaten oder Kampfhandlungen aus.



Diese Faktoren sind bei der bisherigen Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung unberücksichtigt geblieben. Wir sprechen uns deshalb für die Einführung einer fallzahlunabhängigen, bedarfsorientierten Vorhaltevergütung aus, welche obigen Aspekte Rechnung trägt.

## 5. Hybrid-DRG's

Die derzeitige Ausgestaltung der speziellen sektorengleichen Vergütung basiert auf einem Änderungsantrag der seinerzeitigen Regierungsfraktionen zum KHVVG. Das Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung der Krankenhausreform böte die Gelegenheit, die Regelungen in § 115f SGB V auf den Prüfstand zu stellen.

Bereits die geplante Ausweitung der Hybrid-DRG's auf 1 Million bisher stationärer Eintagesfälle in 2026 erscheint ambitioniert. Die Ausdehnung auf mindestens 2 Millionen Fälle bis 2030 halten wir unter den gegebenen Rahmenbedingungen für unrealistisch. Als Hemmschuh der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen erweist sich auch weiterhin die Nicht-Finanzierung der variablen Sachkosten. Hierneben müssten die "schrittweise Anpassung der Vergütung auf die Höhe der Vergütung der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen bis 2030", der generelle Ausschluss von Kindern, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen sowie die fehlende Beteiligung der Fachgesellschaften bei der Auswahl geeigneter Leistungen die der speziellen sektorengleichen Vergütung unterworfen werden sollen, überdacht werden.