

30. April 2024

## **Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen**

**(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-KHVVG, Bearbeitungsstand 13. März 2024)**

Der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK) vertritt die Interessen der leitenden ärztlichen Mitarbeiter der Krankenhäuser in Deutschland. In dieser Funktion begleitet er die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern fachübergreifend zu Fragen der stationären Versorgung.

Krankenhäuser haben eine verfassungsrechtlich vorgesehene zentrale Aufgabe in der Daseinsvorsorge. Diese bedarfsgerecht, effektiv und qualitativ hochwertig mit angemessenen Rahmenbedingungen für Patienten und Mitarbeiter zu gestalten, erachten wir als eine unserer wichtigsten Aufgaben. In diesem Sinne findet die Zielsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung sowie Entbürokratisierung unsere volle Unterstützung. Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es aber in dem aktuellen Referentenentwurf einiger Änderungen bzw. Ergänzungen:

### **Finanzsituation der Kliniken**

Über 80% der Krankenhäuser befinden sich nach dem aktuellen Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts in einer finanziellen Schieflage bis hin zur Insolvenzgefahr, da ihre erhöhten Betriebskosten durch Inflation und Tarifsteigerungen nicht entsprechend durch Steigerung des Landesbasisfallwertes ausgeglichen werden. Durch bundesrechtliche Regelungen muss eine Anpassung des Landesbasisfallwertes ermöglicht werden, die noch rückwirkend im Jahr 2024 wirksam wird und die Kostensteigerungen vollständig berücksichtigt. Eine Strategie Krankenhausstrukturveränderungen durch einen anhaltenden finanziellen Druck auf die

Krankenhäuser bis hin zur Insolvenz zu katalysieren, gefährdet bereits jetzt die Qualität der Patientenversorgung. Dadurch ausgelöste Sparmaßnahmen - unter anderem beim ärztlichen Personal - sind versorgungskritisch.

### **Ausnahmemöglichkeiten für die Krankenhausplanungsbehörden der Länder**

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bedarf es im Gesetz dauerhafter Regelungen zu Ausnahmen für Einrichtungen, die die Strukturkriterien der Leistungsgruppen nicht vollumfänglich erfüllen, aber für die Sicherstellung der Versorgung notwendig sind. Die Erteilung muss in der Entscheidungshoheit der Länder liegen. Ebenso sind Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser festzuschreiben. Es gilt Einrichtungen, die aktuell in hoher Qualität Leistungen erbringen und zur Versorgungssicherheit beitragen, nicht vom Netz zu nehmen. Sonst droht, dass aus einer Versorgung unter strukturellen, aber vertretbaren Einschränkungen eine Nichtversorgung wird. Dies ist bereits jetzt in einigen Bundesländern der Fall. Für solche Entscheidungen sind regionale Kenntnisse der Versorgungssituation eine Grundvoraussetzung und begründen auch rein operativ eine Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes durch die Länder und nicht nur für die geplanten Rechtsverordnungen.

### **Leistungsgruppen § 135e SGB V, § 6a KHG**

Eine Zuordnung von Leistungsgruppen muss sich aufgrund des politischen Kompromisses an die Vorgaben aus Nordrhein-Westfalen halten. Das InEK darf nicht nach Gutdünken Leistungen anderen Leistungsgruppen als denen aus NRW zuteilen. Die Entscheidungen müssen transparent sein. Die Beratung durch die AWMF gestaltet sich wie erwartet schwierig, da die Interessenlagen verschiedener betroffener Fachgesellschaften sich verständlicherweise überschneiden. Solche Überschneidungen wird es auch in Zukunft nach einer Erweiterung der Anzahl der Leistungsgruppen durch Rechtsverordnung geben. Besonders zeigt sich das an den neu hinzugenommenen Leistungsgruppen Infektiologie und Notfallmedizin, denen alleine keine Leistungen zugeordnet werden können, ohne dass andere Fachgesellschaften betroffen sind. Leistungen, die Fachbereiche betreffen, die bisher nicht abgebildet sind (z.B. Dermatologie) müssen grundsätzlich weiter erbracht werden dürfen. Leistungen einer Leistungsgruppe müssen auch von verschiedenen Fachbereichen erbracht werden können.

### **Mindestvorhaltezahlen § 135f DGB V**

In der vorgesehenen Form bilden Mindestvorhaltezahlen einen gerade nicht gewünschten Fehlanreiz für Leistungssteigerungen in dem Fall, dass geforderte Mindestmengen verfehlt werden. Eine Indikationsaufweichung ist dann vorprogrammiert, um die Hürde nehmen zu können. Der Leistungsanreiz ist bei weitem größer als bei der bisherigen DRG-Abrechnung, da es nicht mehr nur um einzelne Fälle, sondern dann um einen gesamten Leistungsbereich geht. Das konterkariert alle Bemühungen, um gerade Fehlanreize zur Leistungsausweitung im Rahmen der Entökonomisierung durch Vorhaltepauschalen zu

beseitigen. Eine Beschränkung der Bezahlung für solche Fälle lediglich auf die Rest DRG ist nicht akzeptabel.

Mindestvorhaltezahlen für Leistungen sollten deshalb ganz entfallen. Anderenfalls bedarf es der Festlegung von Korridoren, die sowohl krankenhausspezifische Fallzahlschwankungen als auch systematische Benachteiligungen von Regionen mit bevölkerungsbedingt niedrigen Fallzahlen ausschließen und den Fehlanreiz der Leistungssteigerung im Grenzbereich der Menge abschwächt. Für jede Mindestmenge muss es eine wissenschaftliche Evidenz geben, ab wann und in welchem Ausmaß sich die Behandlungsqualität verbessert. Eine solche Evidenz gibt es für viele, aber bei weitem nicht für alle Eingriffe. Die Festlegung von Vorhaltezahlen durch das IQWiG und IQTiG muss transparent sein und Stellungnahmen der Fachgesellschaften und Verbände müssen bei den Entscheidungen berücksichtigt werden. Die Angaben in Perzentilen der gesamten Behandlungsfälle eines Kalenderjahres benachteiligt kleine und mittlere Standorte sowie Kliniken in Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte. Hier ist stattdessen eine Festlegung auf absolute Zahlen mit einem Korridor ähnlich den Angaben für Mindestmengen durch den G-BA vorzunehmen.

Mindestvorhaltezahlen im Bereich des ärztlichen Personals (§ 135f Abs. 1 SGB V „Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards“) dürfen nicht zu einer Überforderung der Kliniken bzw. der Mitarbeiter führen. Bereits jetzt ist das im Rahmen der OPS 8-98f (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) eingeführte Strukturmerkmal: „Außerhalb der Anwesenheitszeit (reguläre Arbeitszeit) muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein“ auch für Maximalversorger nicht mehr regelhaft zu erfüllen. Dadurch wird der Bestand für die Versorgung zwingend notwendiger Intensiveinheiten gefährdet. Die Strukturvorgaben müssen deshalb auch jetzt im KHVG Rufbereitschaftsregelungen außerhalb der regulären Arbeitszeit zulassen. Dadurch sind einerseits die möglichen Zeiten für Hintergrunddienste - insbesondere für Fachärzte mit Zusatzbezeichnung – deutlich länger, andererseits führt dauerhafter Bereitschaftsdienst bei diesen hochspezialisierten Ärzten zu einer erheblichen Fluktuation aus der stationären Versorgung heraus.

### **Entbürokratisierung**

Die Entbürokratisierung soll ein wesentliches Ziel des Gesetzes sein. Sie wird im Text immer wieder angesprochen, aber konkrete gesetzliche Regelungen für eine Umsetzung fehlen. Vielmehr führen eine Reihe von Vorschlägen wie z.B. die verpflichtende Meldung von Personalbesetzungen bzw. die Prüfung neuer Qualitätskriterien (Strukturvoraussetzungen) der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst zu einem massiven Bürokratieaufbau. Konkret müssen die Prüfintervalle des medizinischen Dienstes auf mindestens 3 Jahre verlängert werden. Das Nebeneinander verschiedener nicht abgestimmter Regelungen wie z.B. unterschiedliche Strukturvoraussetzungen für OPS-Ziffern der Komplexpauschalen und für Leistungsgruppen müssen harmonisiert werden. Prüfungen müssen konsequent vereinfacht und vereinheitlicht werden (§ 275a

SGB V). Dem Bürokratieabbau muss ein herausgehobener Stellwert eingeräumt werden, da er kurzfristig die einzige Chance bietet, unser Personal entscheidend zu entlasten und wieder mehr versorgende Tätigkeit am Patienten zu ermöglichen. Auch in Anbetracht des kommenden Bürokratieentlastungsgesetzes macht es wenig Sinn, durch das KHVVG Bürokratie massiv aufzubauen.

### **Vorhaltefinanzierung § 17b Absatz 4b und 4c KHG**

Die geplante Vorhaltefinanzierung verfolgt das Ziel, den ökonomischen Druck auf medizinische Entscheidungen deutlich zu reduzieren. In der vorliegenden Form wird sie diesem Ziel allerdings weder für kleine Krankenhäuser noch für große Kliniken gerecht, da sie deren wirtschaftliche Situation nicht stärkt. So verlieren kleine Kliniken Vorhaltekosten bei Wegfall von Leistungsgruppen. Es besteht weiter ein zu enger Leistungsbezug. Der individuelle Fallzahlkorridor ist äußerst strategiefähig. Insgesamt führen die Vorschläge zu einer systematischen Unterfinanzierung von Krankenhausleistungen. Der geplante Leistungskorridor von plus/minus 20% führt zu einem Fehlanreiz für Minderleistungen im unteren Bereich und verzögert die Vergütungsanpassung bei Leistungssteigerungen. Letztere sind aber zur Kompensation von Fallzahlverlagerungen durch die angestrebte Zentralisierung komplexer Leistungen zwingend notwendig und müssen auch zeitnah gegenfinanziert werden. Eine komplette Überarbeitung der Regelungen zur Vorhaltefinanzierung ist zwingend erforderlich.

### **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen § 115g SGB V**

In den Krankenhäusern sollen auch ambulante Operationen nach § 115b erbracht werden können. Hierfür müssen aber die gleichen Strukturvoraussetzungen gelten wie für entsprechende Eingriffe in der stationären oder sonstigen ambulanten Versorgung. Das schließt auch die ärztliche Versorgung von Komplikationen nach Entlassung ein. Da es sich bei Hybrid-DRG in aller Regel um komplexere Eingriffe handelt, sind solche Krankenhäuser hierfür nicht geeignet.

### **Weiterbildung**

Die Auswirkungen auf die Weiterbildung und Ausbildung von ärztlichem und pflegerischem Personal sind durch den Wegfall von Weiterbildungsstätten besonders im ländlichen Raum erheblich. Es ist fraglich, ob sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für eine Weiterbildungsbefugnis für Ärztinnen und Ärzte durch die Landesärztekammern überhaupt erfüllen. Dies wird die ohnehin schwierige Stellenbesetzung dieser Einrichtungen weiter belasten. Es bedarf eines Konzeptes für eine sektorenübergreifende ärztliche Weiterbildung mit einer entsprechenden Gegenfinanzierung. Wir unterstützen die Einführung eines ärztlichen

Personalbemessungssysteme wie z.B. das der Bundesärztekammer, bei dem die Validierung für viele Fachbereiche aber noch aussteht.



PD Dr. Michael A. Weber

- Präsident VLK -



RA Normann Johannes Schuster

- Hauptgeschäftsführer VLK -