

# STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf für ein  
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)  
vom 13. März 2024

25. April 2024

## GRUNDSÄTZLICH

Der BMC unterstützt das mit dem KHVVG verbundene Ziel, die Krankenhausstrukturen zukunftsfest auszugestalten. Stationäre Überkapazitäten, Personalengpässe, die sich demografisch bedingt noch verschärfen werden, Fehlversorgung durch ausbleibende Koordination der Versorgung und unausgeschöpfte Potenziale für Ambulantisierung sind nur einige Beispiele, die den Handlungsbedarf verdeutlichen.

Es ist jedoch zu bezweifeln, dass sich diese Probleme allein durch Reformen im stationären Bereich lösen lassen. Krankenhäuser können ihre Stärken erst dann ausspielen, wenn sie Teil einer regionalen, bedarfsgerechten, digital-ambulant-stationären Versorgungsstruktur sind. Dazu braucht es einen kooperativen, vernetzenden Ansatz, der Akteure der Versorgung verbindet. Zwar sind Bemühungen in diese Richtung erkennbar – etwa die Pläne zur Neueinführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen – allein aus Krankenhausperspektive konzipiert bleiben diese jedoch Stückwerk und sind und nicht zu Ende gedacht.

Insgesamt bleibt der Referentenentwurf im alten Sektorendenken gefangen. Besonders negativ zu werten sind die Unmengen neuer bürokratischer Anforderungen und das weitgehende Fehlen innovativer Versorgungsinstrumente. Eine Umsetzung des KHVVG in dieser Form würde die Akteure jahrelang belasten, ohnehin knappe Ressourcen an den falschen Stellen binden und an den bestehenden Versorgungsdefiziten kurz- und mittelfristig nichts ändern.

Der BMC setzt sich für Nachbesserungen an mehreren Stellen ein:

1. Die Reform muss Versorgungskooperationen fördern und die bisher getrennt agierenden Sektoren verknüpfen. Die geplanten sektorenübergreifenden Einrichtungen bieten einen Ansatz für wohnortnahe, vernetzte und interprofessionelle Versorgung. Sie müssen aber für beide Sektoren zugänglich und bereits als Netzwerke angelegt sein. Koordinationsaufgaben und telemedizinische Kooperationen müssen als verbindendes Zugangs-, Steuerungs- und Koordinierungsinstrument in allen Versorgungsbereichen eingesetzt werden können. Die Finanzierung muss krankenhausesübergreifend einheitlich sein (statt krankhausindividuell zu vereinbarenden Tagessätzen) und für alle Leistungserbringer Anreize zur Beteiligung bieten.
2. Die Zukunft der Krankenhäuser liegt in einer klugen Aufgabenteilung mit regionalen Versorgungspartnern. Der geplante Transformationsfonds sollte dies aktiv fördern, indem er die Integration von Krankenhäusern in regionale, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle unterstützt. Ein Zusammenwirken mit ambulanten Strukturen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sollte Teil der Anreizstruktur für Krankenhäuser sein, etwa im Rahmen regionalisierter Vorhaltebudgets.
3. Umfassende Berichtspflichten, Prüfungen und verpflichtende Gutachten verbessern kaum die Behandlungsqualität, sondern erzeugen vor allem neue Bürokratie. Statt fortwährender Kontrolle sollte die Reform auf positive Anreize setzen, die messbare Ergebnisqualität honorieren, z.B. durch Ausweitung der Qualitätsverträge auf weitere Indikationen. Das schließt prä- und poststationäre Phasen ein und misst patientenrelevanten Indikatoren eine zentrale Bedeutung zu.

## IM EINZELNEN

### Art. 1 Nr.5 §§ 115g/h SGB V i. V. m. Art. 3 Nr. 3 § 6b KHG:

Die Länder sollen bestimmen, welche Krankenhäuser künftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden und medizinisch-pflegerische Versorgung bei Patienten übernehmen, für die eine ambulante ärztliche Behandlung nicht ausreichend ist.

- Aus BMC-Sicht bieten die sektorenübergreifenden Einrichtungen Chancen für eine regionale, wohnortnahe, kooperative und multiprofessionelle Versorgung. Die geplante Einbeziehung von Leistungen der Übergangs-, Kurzzeit-, Tages-, und Nachtpflege ist vor diesem Hintergrund ebenso zu begrüßen, wie die Möglichkeit, Leistungen unter pflegerischer Leitung zu erbringen. Die Option der telemedizinischen Zusammenarbeit mit kooperierenden Krankenhäusern ist ebenfalls sinnvoll, im Sinne einer ambulanz-stationären Verzahnung wären gemeinsame Netze mit ambulanten Versorgern jedoch noch wichtiger.
- Kritisch ist die reine Krankenhausperspektive, die der Regelung innewohnt und die nötigen Kooperationen mit anderen Versorgungsbereichen erschwert. Ob die neuen Einrichtungen mit ihrem eingeschränkten Leistungsspektrum für Krankenhausärzte attraktiv sind, muss bezweifelt werden. Hinzu kommt die bauliche Infrastruktur von Krankenhausgebäuden, die für sektorenübergreifende Einrichtungen mit anderen Abläufen und Strukturen ungeeignet ist, so dass diese kaum wirtschaftlich betrieben werden können.
- Sektorenübergreifende Einrichtungen sollten auch auf ambulante Initiative hin errichtet und betrieben werden können, und zwar unabhängig von bisherigen Krankenhausstandorten dort, wo tatsächlich Bedarf besteht. Der Zugang zu den Strukturen muss auch Vertragsärzten in Kooperation mit Krankenhäusern möglich sein. Nicht zuletzt sollten die Einrichtungen Aufgaben zur regionalen Vernetzung und Koordination der Versorgung übernehmen, die über den stationären Bereich hinausgeht. Dies erfordert, u. a. ein Care und Case Management im Leistungsspektrum zu ergänzen.
- Ob die Option für Kooperationsvereinbarungen zwischen den Einrichtungen und Vertragsärzten zur Erbringung medizinisch-pflegerischer Versorgung praktische Relevanz entfaltet, ist ebenfalls fraglich. Der hohe administrative Aufwand für die geplante standortindividuelle Vereinbarung von Gesamtbudget und Tagessätzen stellt jedenfalls für Krankenhäuser eine Hürde dar. Die vorgesehene Vergütung für Vertragsärzte nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs berücksichtigt zudem nicht den höheren zeitlichen Aufwand, der mit einer Tätigkeit in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung einher geht.
- Dringend ergänzt werden müssen Bezüge der sektorenübergreifenden Einrichtungen zu Primärversorgungszentren und regionalen Gesundheitszentren, die in den Ländern zunehmend etabliert werden, um eine flächendeckende wohnortnahe Grundversorgung anzubieten. Der Aufbau redundanter Strukturen ist hier zu vermeiden.

### Art. 1 Nr. 6 § 116a SGB V:

Krankenhäuser sollen in Gebieten mit eingetretener Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Bei sektorenübergreifenden Einrichtungen gilt dies auch bei drohender Unterversorgung sowie in Planungsbereichen ohne Zulassungsbeschränkungen für die hausärztliche Versorgung.

- In unterversorgten Regionen oder dort, wo Arztsitze nicht besetzt werden können, ist es sinnvoll, andere zur Verfügung stehende Einrichtungen und neue Versorgungsformen für die Aufrechterhaltung der Versorgung zu nutzen.

- Eine einseitige Ambulantisierung von Leistungen zulasten von Vertragsärzten, die vorliegt, wenn diese nicht ebenfalls Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen übernehmen bzw. zu den gleichen Bedingungen Leistungen in Praxen und MVZ erbringen dürfen, lehnt der BMC ab. Vorrang vor dem Ausbau neuer Versorgungsstrukturen muss die Vertiefung der Kooperation zwischen den bestehenden haben. Dafür ist auch an dieser Stelle ein Bezug zu anderen Formen der Zusammenarbeit wie in Primärversorgungszentren herzustellen.

#### **Art. 1 Nr. 9 § 135e SGB V i. V. m. Nr. 11 § 136c SGB V, Nr. 15 § 275a SGB V sowie Art. 3 Nr. 2 § 6a KHG:**

Im Zuge der Krankenhausplanung können die Länder den Krankenhäusern standortbezogene Leistungsgruppen zuweisen. Es werden bundeseinheitliche Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser eingeführt, deren Einhaltung Voraussetzung für die Zuteilung von Leistungsgruppen durch die Länder sein soll. Ein aus Stakeholdern zusammengesetzter Ausschuss soll dem Bundesministerium Empfehlungen für die Ausgestaltung einer konkretisierenden Rechtsverordnung aussprechen.

- Der BMC begrüßt, dass mit den Leistungsgruppen ein Instrument für eine bedarfs- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung bundesweit verankert wird. Damit diese tatsächlich positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität entfalten, sollten Ausnahmetatbestände zur Abweichung von Vorgaben durch die Länder eng begrenzt werden.
- Sowohl der Umfang, als auch der Prozess zur Erstellung und Prüfung der Qualitätsvorgaben ist in der aktuellen Form unzureichend. Neben Struktur- und Prozessparametern sollte auch die Ergebnisqualität (z. B. durch das Erfassen von PROMs) einbezogen werden. Dass ein neuer Ausschuss in absehbarer Zeit besser als der G-BA Empfehlungen zur Qualitätssicherung erarbeiten kann, obwohl dies in der Vergangenheit mit ähnlichen Beteiligten nicht möglich war, ist zweifelhaft. Zügige Qualitätsverbesserungen sind durch die Anlaufzeit neuer Gremien jedenfalls nicht zu erwarten.
- Vor allem die umfangreichen Regelungen zu MD-Prüfungen und -Nachweisen der Strukturqualität, übergangsweisen Selbsteinschätzungen der Krankenhäuser, zu Abrechnungsprüfungen und zum Austausch zwischen Landesbehörden und InEK erzeugen ein Ausmaß an Bürokratie, das der Versorgung auf Jahre knappe Ressourcen entziehen und erhebliche Kosten erzeugen wird, denen absehbar kein Qualitätszuwachs gegenübersteht.

#### **Art. 1 Nr. 9 § 135f SGB V i. V. m. Art. 3 Nr. 8d) § 17b KHG:**

Ab 2025 soll ein Teil der bisherigen DRG-Vergütung der Krankenhäuser in eine mengenunabhängige Vorhaltevergütung ausgegliedert werden. Als Voraussetzung dafür müssen Standorte eine Mindestzahl an erbrachten Behandlungsfällen für die entsprechende Leistungsgruppe erreichen.

- Die Reduzierung von immanenten Mengenanreizen des DRG-Systems ist ein sinnvolles Anliegen, das durch die teilweise Ausgliederung in eine Vorhaltevergütung unterstützt werden kann. Dabei sollte die effizienzsteigernde Wirkung, die DRGs als positiven Effekt mit sich bringen, jedoch nicht aus dem Blick geraten.
- Während Mindestmengen als Qualitätsinstrument für die Zuteilung von Leistungsgruppen grundsätzlich zu begrüßen sind, ist die gleichzeitige Kopplung an die Vorhaltevergütung fragwürdig. Sie ist nicht nur unnötig, da Vorhaltevergütung ohnehin nur für zugewiesene Leistungsgruppen gezahlt wird, für die Krankenhäuser vorab Qualitätsvorgaben erfüllen müssen. Das Vorgehen schafft auch einen erneuten Mengenanreiz für Kliniken und kann damit kontraproduktiv wirken. Nicht zuletzt ist auch diese Regelung, die neue Prozesse zwischen Landesbehörden, Krankenhäusern, IQWiG, InEK und BMG erfordert, hochgradig bürokratisch ausgestaltet und wird absehbar keine Versorgungsverbesserungen erzeugen.

#### **Art. 1 Nr. 14 § 271 SGB V i. V. m. Art. 3 Nr. 6 § 12b KHG:**

Um den Umbau der Krankenhausstrukturen zu fördern, wird ein von Ländern und Gesundheitsfonds je zur Hälfte finanzierter Transformationsfonds eingerichtet.

- Der BMC unterstützt die Ziele des Fonds, akutstationäre Kapazitäten zu konzentrieren, Standorte umzustrukturieren und Verbundstrukturen aufzubauen. Diese sollten jedoch nicht auf den stationären Bereich begrenzt sein. Krankenhäuser können ihre Stärken vor allem im Netzwerk mit anderen Leistungserbringenden in einer Region ausspielen. Daher sollte die Integration von Kliniken in regionale Versorgungsmodelle als Fördertatbestand des Transformationsfonds ergänzt werden.
- Die Teilfinanzierung des Fonds aus dem Gesundheitsfonds ist aus BMC-Sicht nicht sachgerecht. Da es sich bei Strukturveränderungen um investive Aufgaben handelt, dürfen hierfür keine Mittel der Beitragszahler herangezogen werden.

#### **Art. 3 Nr. 2 § 6a (5) KHG i. V. m. Nr. 12 § 38 (1) KHG:**

Die Länder sollen großen Krankenhäusern insb. Universitätskliniken Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen können, für die diese jährliche Zuschläge erhalten.

- Die geplante Regelung bleibt deutlich hinter den Möglichkeiten zurück. Bessere Koordination und Vernetzung ist ein entscheidender Hebel, um Versorgungsprozesse, Qualität und Patientenpfade zu verbessern. Dafür muss sie jedoch über die Zusammenarbeit von Krankenhäusern hinausgehen und regional zwischen allen an der Versorgung Beteiligten erfolgen.
- Universitätskliniken mögen für Großschadensfälle als koordinierende Stelle geeignet sein, für die Grundversorgung in der Breite sind sie jedoch nicht die richtigen Akteure. Fallbezogene Koordination, telemedizinische Netzwerke und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit muss bedarfsspezifisch vor Ort in allen Versorgungseinrichtungen erfolgen können.