



KRANKENHAUSVERSORGUNGS- VERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 13. MÄRZ 2024

26. APRIL 2024

INHALT

<hr/>		
ZUR KOMMENTIERUNG	3	
<hr/>		
ZUSAMMENFASSUNG	3	
<hr/>		
KOMMENTIERUNG	4	
<hr/>		
1	ART. 1 NR. 5, §§ 115G SGB V UND 115H SGB V IN V.M. ART. 3 NR. 3	4
<hr/>		
2	ART. 1 NR. 6, § 116A SGB V	5
<hr/>		
3	ART. 1 NR. 7, § 121, ABS. 7 SGB V	6
<hr/>		
4	ART. 1 NR. 9, § 135E SGB V	6
<hr/>		
5	ART. 1 NR. 9, § 135F SGB V	7
<hr/>		
6	ART. 1 NR. 10, § 136 SGB V	7
<hr/>		
7	ART. 1 NR. 23, § 299 SGB V	8
<hr/>		
8	ART. 3 NR. 6, § 12B KHG	8

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

In Anbetracht des heute schon eingetretenen Fachkräftemangels und der erwartbaren, aus der Demographie resultierenden Veränderungen ist eine Reform der Krankenhausversorgung überfällig. Die Fokussierung auf eine Krankenhausversorgung an gut erreichbaren Standorten, die sowohl personell als auch instrumentell über eine ausreichende Ausstattung verfügen, wurde in anderen vergleichbaren Ländern schon deutlich früher in Angriff genommen. Die Erfahrungen dieser Länder, beispielsweise Dänemark, zeigen aber auch, dass eine isolierte Reform der Krankenversorgung zu Verwerfungen führt und dies insbesondere im ambulanten Bereich der Versorgung. Umso wichtiger ist deshalb die zukunftsste Befähigung der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung zur umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet, dass es kein „weiter so“ oder „mehr vom Gleichen“ geben kann, sondern die ambulante Versorgung konsequent für die Behandlung von Patientinnen und Patienten insbesondere mit komplexem Versorgungsbedarf weiterentwickelt wird. Diese ausstehende Investition ist zu kritisieren.

In keiner Weise ist die Ermächtigung von Krankenhäusern nach § 115g SGB V als eine sinnvolle Investition in die zukünftige hausärztliche Versorgung zu verstehen. Heute schon können Krankenhäuser überall dort, wo keine Niederlassungsbeschränkungen bestehen, mit einer MVZ-Gründung vollumfänglich an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Gleiches trifft insbesondere für Gebiete mit drohender oder schon festgestellter eingetretener Unterversorgung oder festgestelltem zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf zu. Dennoch ist nicht zu erkennen, dass hiervon in nennenswertem Umfang durch Krankenhäuser Gebrauch gemacht wird. Wichtiger ist die Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten in der ambulanten Versorgung insbesondere in Selbstständigkeit, da diese mit einem wesentlich höheren ambulanten Wirkungsgrad tätig werden als in Anstellung in einer Klinik. Die Weiterbildung in einer solchen Einrichtung kann mitnichten mit der in einer Hausarztpraxis verglichen werden. Die Ermächtigung zur Erbringung ambulanter Leistungen verändert im Grundsatz nichts an der stationären Ausrichtung der Weiterbildungsstätte. Sowohl im Hinblick auf die Unterschiede in der Prävalenz anzutreffender Erkrankungen als auch des vorgehaltenen Leistungsspektrums (z.B. hinsichtlich der Durchführung von Hausbesuchen) ist die allgemeinmedizinische Weiterbildung in einer § 115g SGB V Einrichtung allenfalls als kurzzeitige Ergänzung, keinesfalls aber als Ersatz einer Weiterbildung in einer Hausarztpraxis möglich.

Mit Sorge wird zudem die Entwicklung gesehen, wonach immer mehr finanzielle Verpflichtungen der Länder der GKV zugeordnet werden. Die Finanzierung des Transformationsfonds mit GKV-Geldern widerspricht fundamental der dualen Finanzierung, die eine Kostenbeteiligung der GKV bei Strukturkosten nicht vorsieht.

Nicht nachvollziehbar ist zudem die Einrichtung eines Ausschusses im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Schaffung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien der Krankenhausbehandlung. Die Etablierung einer Parallelstruktur zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stellt die Abkehr von dem Organisationsprinzip der Selbstverwaltung dar, das unter Beteiligung aller

relevanten Akteure im gesetzlichen Auftrag die Ausgestaltung von Details der Versorgung sicherstellt. Auch aufgrund der Erfahrung staatlicher Gesundheitssysteme darf bezweifelt werden, dass diese Verstaatlichung von Prozess-Schritten der Verbesserung der Versorgung dient.

KOMMENTIERUNG

1 ART. 1 NR. 5, §§ 115G SGB V UND 115H SGB V IN V.M. ART. 3 NR. 3

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser können als sektorenübergreifende Einrichtungen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, insbesondere ambulante Leistungen anbieten. Entsprechende Einrichtungen können auch neu gegründet werden und sind auf Antrag umfassend und dauerhaft zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen, sofern keine Zulassungsbeschränkungen für den Planungsbereich angeordnet sind.

Bewertung

Die begrüßenswerte ursprüngliche Idee, bestehende, nicht mehr erforderliche stationäre Einrichtungen in sektorenübergreifende Einrichtungen zu überführen, wird immer mehr verlassen. Nunmehr können auch Neugründungen solcher Einrichtungen – bei denen es sich weiterhin um Krankenhäuser handelt – erfolgen (Art. 3 Nr. 3), zudem sind diese auf Antrag ohne zeitlich Begrenzung für die hausärztliche Versorgung zu ermächtigen (Art. 1 Nr. 6, s. dazu die gesonderte Kommentierung) und dies auch dann, wenn kein Versorgungsproblem vor Ort vorliegt. Diese Entwicklung, in denen Aspekte der ambulanten Bedarfsplanung durch den G-BA und Entscheidungen der Landesauschüsse der Ärzte und Krankenkassen keine Rolle spielen, läuft dem originären Ziel des Bettenabbaus diametral entgegen und führt im Gegenteil zum Aufbau neuer stationärer Versorgungsangebote in einem grundsätzlich ambulanten Bereich. Besonders kritisch – auch unter EU-beihilfenrechtlichen Aspekten – zu bewerten ist, dass nach Art. 3 Nr. 6 für Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, das krankenhauplanerisch als sektorenübergreifende Einrichtung bestimmt worden ist, Transformationsmittel in erheblicher Höhe bereitgestellt werden. Dies führt im Ergebnis zu ungleichen Wettbewerbsbedingungen. Anstelle der Perpetuierung nicht mehr erforderlicher, stationärer Angebote sollten die hierfür erforderlichen Ressourcen direkt in die ambulante Versorgung investiert werden. Gemessen an der unmittelbaren Versorgungswirkung für die Wohnbevölkerung ist von einem deutlichen höheren Wirkungsgrad aufgrund geringerer Overheadkosten der ambulanten Struktur auszugehen, die Investition also deutlich wirkungsvoller.

Gleiches gilt für die im Entwurf vorgesehene stationäre Beobachtung von hausärztlichen Patienten. Zahlreiche medizinische Versorgungsanlässe erfordern die Möglichkeit der Übernachtung, ohne dass hierfür eine vollstationäre Versorgung nötig wäre. Das Angebot von solchen Übernachtungsleistungen entlastet die vollstationäre Versorgung und ermöglicht unaufwändigere, weniger ressourcenintensive Angebote in der Fläche. Das Angebot einer solchen Behandlung sollte jedoch nicht von dem Vorhandensein oder der Neugründung eines Plankrankenhauses abhängig gemacht werden. Anstelle des Neuaufbaus von stationären Betten an Standorten, die heute schon nicht wirtschaftlich zu betreiben sind, sind Möglichkeiten der verlängerten Nachbeobachtung, auch im hausärztlichen Bereich, zu eröffnen.

Die Abrechnung von Leistungen, die durch Vertragsärzte in Einrichtungen nach § 115g SGB V erbracht werden, sollte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfolgen. Nur so ist die Transparenz über die Strukturen dieser Versorgung sichergestellt.

Ungeeignet sind Einrichtungen nach § 115g SGB V zur gleichwertigen ambulanten Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin. Die hausärztliche Tätigkeit ist von einer hohen Kontinuität der Behandlung, häufig im familiären Kontext der Patientinnen und Patienten, gekennzeichnet. Der Ort der Behandlung ist dabei nicht nur die Praxis, sondern auch die Häuslichkeit. Das Behandlungssetting bringt

zudem mit sich, dass sich die Prävalenz von Erkrankungen grundsätzlich von der von Klinikpatienten unterscheidet. Diese Art der Versorgung - unterschiedliche Orte der Versorgung, andere Erkrankungshäufigkeiten sowie die Betreuung von Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum - macht die Besonderheit allgemeinmedizinischer Tätigkeit aus und kann schwerlich in einer stationären Einrichtung mit Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung vermittelt werden. Zeitabschnitte in diesen Einrichtungen sind deshalb konsequenterweise den stationären Anteilen der Weiterbildung zuzurechnen und können Zeiten in Hausarztpraxen nicht ersetzen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Überführung nur von bestehenden Krankenhäusern bzw. Abteilungen in Einrichtungen nach § 115g SGB V
 - Abrechnung ambulanter Leistungen durch Vertragsärzte über die örtliche KV
 - Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Beteiligten
-

2 ART. 1 NR. 6, § 116A SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V ist die Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung in Planungsbereichen ohne Zulassungsbeschränkungen zu erteilen.

Bewertung

Der Regelungsvorschlag wird als ungeeignet für eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen angesehen und benachteiligt die niedergelassenen Vertragsärzte. Mit dieser Regelung wird der Vorrang der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte im hausärztlichen Bereich in der großen Mehrheit der Planungsbereiche abgeschafft. Dies ist in ausreichend versorgten Regionen weder mit Sicherstellungsaspekten noch mit der Ermöglichung der Weiterbildung „aus einer Hand“ zu rechtfertigen. Diese Regelung wird zur weiteren Verunsicherung bei niederlassungswilligen Allgemeinmedizinerinnen beitragen mit dem Ergebnis, eine bislang beabsichtigte Niederlassung nicht anzustreben. Zugleich droht eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für bereits niedergelassene Allgemeinmediziner in den Regionen, wenn sich ein Krankenhaus – dauerhaft und ohne jede inhaltliche Beschränkung – zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ermächtigen lässt.

Sollte an der institutionellen Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung festgehalten werden, ist jedenfalls sicherzustellen, dass die tätig werdenden Ärzte mit der Krankenhausarzt Nummer und arztindividuell mit der LANR der vertragsärztlichen Versorgung kenntlich gemacht werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Streichung Absatz 3 § 116a SGB V
-

3 ART. 1 NR. 7, § 121, ABS. 7 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen von Vertragsärzten in den Einrichtungen nach § 115g SGB V werden nach Einheitlichem Bewertungsmaßstabes (EBM) bemessen und durch die Krankenkassen direkt vergütet.

Bewertung

Es handelt sich bei diesen Leistungen zweifellos um ambulante Leistungen, die nach den Grundsätzen des EBM vergütet werden. Die Abrechnung dieser Leistungen direkt mit der Krankenkasse führt zu einer Vergrößerung der Versorgungsintransparenz, wie sie heute schon in den ermächtigten Einrichtungen zu verzeichnen ist, die direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Im Ergebnis ist es beispielsweise dem G-BA bisher nicht möglich, den Anteil ambulanter, mit dem vertragsärztlichem Spektrum vergleichbarer Leistungen dieser Einrichtungen zu quantifizieren und in die ambulante Versorgungsbetrachtung einzubeziehen. Aus diesem Grund sollte die Abrechnung dieser Leistungen, gerade weil es sich um eine sektorenübergreifende Einrichtung handelt, über die KV erfolgen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Abrechnung der Leistungen von Vertragsärzten in Einrichtungen nach § 115g SGB V durch die jeweilige KV
-

4 ART. 1 NR. 9, § 135E SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Das stationäre Behandlungsspektrum wird künftig anhand von Leistungsgruppen gegliedert. Als Voraussetzung für die Erbringung der Leistung gelten bestimmte bundeseinheitliche Qualitätskriterien. Das BMG wird ermächtigt, hierzu per Rechtsverordnung entsprechende Festlegungen zu treffen und diese weiterzuentwickeln. Ein Ausschuss wird errichtet, um unter Beteiligung verschiedener Akteure entsprechende Inhalte zu empfehlen.

Bewertung

Sachlich und personell gut ausgestattete Krankenhäuser sollten eine Selbstverständlichkeit sein. Hierfür Leistungsgruppen und bestimmte Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale festzulegen, erscheint zielführend, ist im Grunde aber nicht neu. Diese Aufgabe wird in ähnlicher Weise bereits durch den G-BA wahrgenommen. Es ist daher fragwürdig, einen zusätzlichen Ausschuss in der Geschäftsführung des BMG einzurichten, da dies eine Abkehr vom in vielen Krisen bewährten System der Selbstverwaltung darstellt. Ohne Not werden staatliche Parallelstrukturen zur Vorgabe unmittelbarer Qualitätskriterien errichtet, die zur weiteren Fragmentierung des Organisationsaufbaus der GKV-Versorgung beitragen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Beauftragung des G-BA mit der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Krankenhausbehandlung
-

5 ART. 1 NR. 9, § 135F SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Festlegung von Mindestvorhaltezahlen soll durch Leistungsverlagerungen die Konzentration von Versorgungsstrukturen gefördert, die Qualität der stationären Versorgung gesichert und patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausgeschlossen werden. Das IQWiG gibt Empfehlungen für die Mindestvorhaltezahlen in Form von Perzentilen der gesamten Behandlungsfälle eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe ab und das InEK wird beauftragt, deren Auswirkungen zu untersuchen. Das BMG legt die Mindestvorhaltezahlen abschließend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest.

Bewertung

Die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen erinnert in ihren Grundzügen an das Vorgehen zur Festlegung von Mindestmengen durch den G-BA. Der G-BA beauftragt dabei das IQWiG mit Analysen zum Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnis sowie das IQTIG mit Auswirkungsanalysen. Es erschließt sich nicht, weshalb nunmehr parallel dazu das BMG ähnliche Festlegungen durch eine Rechtsverordnung treffen soll.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Beauftragung des G-BA mit der Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung
-

6 ART. 1 NR. 10, § 136 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Ergänzungen in § 136 SGB V soll festgelegt werden, dass der G-BA nur dann Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen darf, soweit diese die Qualitätskriterien nach § 135e ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen. Die Richtlinien nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 sind vom G-BA aufzuheben, wenn sämtliche Anforderungen der Richtlinie in den Qualitätskriterien nach § 135e normiert werden, nicht jedoch, wenn die Qualitätskriterien auf ebendiese Richtlinien des G-BA verweisen.

Bewertung

Die beabsichtigte Regelung ist zu begrüßen, da dadurch eine doppelte Regulierung vermieden wird. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die im § 135e vorgesehene Festlegung von Qualitätskriterien per Rechtsverordnung abgelehnt wird. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat bereits jahrelange Erfahrungen bei der Festlegung von Mindestanforderungen. Es könnten deutlich mehr Synergien genutzt werden, um unnötige bürokratische Aufwände zu vermeiden, wenn die Qualitätskriterien nicht per Rechtsverordnung durch das BMG, sondern durch den G-BA festgelegt würden. Die hier vorgesehene Regelung würde sich dann erübrigen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Kein Änderungsvorschlag
-

7 ART. 1 NR. 23, § 299 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Übermittlung nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten soll auch zum Zweck der Risikoadjustierung und wissenschaftlichen Begleitung ermöglicht werden. Die Versendestelle wird verpflichtet und ermächtigt, personen- oder einrichtungsbezogene Daten an die in den Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.

Bewertung

Die Risikoadjustierung und wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen sind wichtig, um dadurch belastbarere Auswertungen zu erhalten und die Aussagekraft der Patientenbefragung zu beurteilen. Auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse der Patientenbefragung lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt das Erfordernis einer so umfangreichen Befugnis zur Datenübermittlung nicht beurteilen. Insbesondere ist der mit der fallbezogenen Dokumentation verbundene hohe Aufwand stets dem Nutzen gegenüberzustellen und vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Aufwände in der datengestützten Qualitätssicherung reduziert werden sollen. Den Ausführungen in der Gesetzesbegründung, dass auffällige Qualitätsergebnisse dem konkreten Leistungserbringer zur Kenntnis gegeben werden sollten, um insbesondere qualitätsverbessernde Maßnahmen einleiten zu können, ist grundsätzlich zuzustimmen. Die Zuordnung der Ergebnisse der Patientenbefragung zu einer Einrichtung ist jedoch bereits möglich und erfolgt einrichtungsbezogen, es besteht jedoch kein Fallbezug. Es erschließt sich somit nicht, zu welchem Zweck die Daten übermittelt werden sollen, da keine fallbezogene Zuordnung der Daten stattfindet.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Streichung.
-

8 ART. 3 NR. 6, § 12B KHG

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Diesem werden in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt, von denen jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro (zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel) abgerufen werden können. Mit diesen Mitteln können u.a. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses finanziert werden, nachdem dieses nach § 6b KHG als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden.

Bewertung

Diese Regelung sieht eine direkte und gezielte Fördermöglichkeit für die Schaffung der Voraussetzungen zur Erbringung ambulanter Leistungen dieser Krankenhäuser vor, bei denen sie in Konkurrenz zu vertragsärztlichen Leistungserbringern stehen, denen diese Fördermöglichkeiten aber verschlossen sind. Abgesehen von der nicht nachvollziehbaren Aufbringung der Fondsmittel durch das für die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur nicht zuständige GKV-System handelt es sich um eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung von Vertragsärzten gegenüber Krankenhäuern.

Der Einsatz der Mittel aus dem Fonds soll zudem keinen materiellen Bindungen unterliegen, sondern diese können flexibel eingesetzt werden. Dies widerspricht den Grundprinzipien des EU-Beihilferechts, namentlich den Vorgaben des DAWI-Freistellungsbeschlusses.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Streichung § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHG.
-

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.