

## **Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt\*innen (BVKJ) vom 30. April 2024 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-KHVVG) vom 13. März 2024**

30.4.2024

### **Vorbemerkung**

Mit vorliegendem Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) wird eine grundlegende Krankenhausreform beabsichtigt, welche insbesondere folgende Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Versorgungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden stationären Versorgung sowie eine engere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors.

Durch Einführung einer Vorhaltevergütung für die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern soll künftig eine neue Honorierungssystematik eingeführt werden, die unabhängig von der Leistungserbringung erfolgt und so den Anreiz der Krankenhäuser, Fallmengen auszuweiten, deutlich senkt. Die bestehenden Fallpauschalen werden abgesenkt und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe ermittelt. Die Zahlung der Vorhaltevergütung soll zeitnah erfolgen und durch weitere Maßnahmen, insbesondere einem unterjährigen Zuschlag und einem vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich flankiert werden, um den Krankenhäusern eine schnelle finanzielle Absicherung ihrer Vorhalteaufwände zu ermöglichen. Zudem soll durch die Konzentration von Leistungen eine qualitativ hochwertige Versorgung sowie weitere Maßnahmen eine Steigerung der Versorgungsqualität erreicht werden, indem die Vorhaltevergütung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der betreffenden Qualitätskriterien bzw. Mindestvorhaltezahlen verknüpft wird.

Daneben soll die wirtschaftliche Situation und die Liquidität der Krankenhäuser durch eine vollständige und umfassende, frühzeitige Tariffinanzierung als auch durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes wesentlich und nachhaltig verbessert werden.

Weiterhin ist vorgesehen, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu etablieren, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verknüpfen.

### **BVKJ-Petition:**

Es ist unbestritten, dass Deutschland eine umfassende Reform der stationären Krankenhausversorgung benötigt, um auch in der Zukunft eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Dabei ist es für eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen und -vergütung nach Ansicht des BVKJ notwendig, nicht nur auf die stationäre Versorgung zu fokussieren, sondern zugleich die Potenziale der ambulanten Versorgung zu erkennen und zu stärken.

Der vorliegende Referentenentwurf lässt eine solche, bedarfsnotwendige Stärkung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte leider vermissen. Vielmehr wird das Gegenteil bewirkt, indem eine einseitige Ausweitung des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser auf die ambulante Versorgung erfolgt. Diese erfolgt zu Lasten der originären vertragsärztlicher Strukturen, insbesondere der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ist aus gesundheitsökonomischer Sicht, insbesondere hinsichtlich der Kosteneffizienz nicht zu begründen. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird sich mit diesem Reformschritt nicht stabilisieren lassen.

Vertragsärztliche Strukturen, die für eine hochwertige, sektorenverbindende Patientenversorgung genauso notwendig sind wie eine personell gut ausgestattete, bedarfsgerechte stationäre Versorgung, müssen aus Sicht des BVKJ über die bisherigen Pläne hinaus gestärkt werden. Hierzu sind ergänzende Regelungen zur Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten einerseits sowie Krankenhäusern andererseits, vorzusehen.

Obwohl seitens des BMG häufig dargelegt wurde, die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte bei seinen Reformvorhaben nicht aus den Augen zu verlieren, suggeriert der vorliegende Reformvorschlag genau das Gegenteil. Der BVKJ fordert sicherzustellen, dass die ärztliche Weiterbildung auch weiterhin praxisnah und durch aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte erfolgt. Dies ist in den ermächtigten sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend sichergestellt.

Parallel zu diesem Gesetzentwurf hält es der BVKJ für notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, die bis zum Wirken der beabsichtigten Reform der Krankenhausstrukturen die wirtschaftliche Sicherheit bedarfsnotwendiger Krankenhäuser gewährleisten. Ein kalter Strukturwandel, der derzeit auch bedarfsnotwendige Krankenhäuser akut gefährdet, ist abzuwenden. Der hierfür u.a. vorgesehene Transformationsprozess darf nach Ansicht des BVKJ nicht auf Kosten der Beitragszahlerinnen und -zahler vollzogen werden, was unweigerlich die finanziellen Mittel der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gefährdet.

Im Einzelnen:

### **1. Art. 1, Nr. 6 Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser (Neufassung §116a)**

Die beabsichtigte Neufassung des §116a zur ambulanten Behandlung von Krankenhäusern sieht vor, dass der Zulassungsausschuss zukünftig neben zugelassenen Krankenhäusern sektorenübergreifende Versorgungsreinrichtungen bei eingetretener Unterversorgung auf deren Antrag hin zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen hat. Die bisherige Regelung, diese Ermächtigung nach zwei Jahren zu überprüfen, wird gestrichen.

Darüber hinaus sieht die Neufassung in Abs. 3 vor, dass der Zulassungsausschuss die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen die Versorgung keiner Zulassungsbeschränkung unterliegt, auf Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen muss. Hierbei wird im Gegensatz zu den Abs. 1 und 2 nicht eingeschränkt, dass die Ermächtigung nur soweit und solange besteht, wie eine drohende Unterversorgung besteht.

#### **BVKJ-Petition:**

**Der BVKJ lehnt die beabsichtigten Regelungen ausdrücklich ab.**

**§ 116a Absatz 3 SGB V ist zu streichen.**

**Die Sektorenübergreifende Versorgung nach § 116a Absatz Abs. 2 ist an Bedingungen zu knüpfen.**

Die vorgesehene Regelung schwächt die originär ambulant vertragsärztlichen Strukturen und leistet keinen Beitrag für eine Stärkung der sektorenverbindenden, bedarfsgerechten Patientenversorgung. Das Ziel, Fachkräfte durch eine engere Verzahnung des ambulanten und

stationären Sektors ressourcenschonender einzusetzen, wird verfehlt, wenn auch in ausreichend versorgten Regionen eine Parallelstruktur durch die Krankenhäuser aufgebaut wird.

Dabei stellt sich der BVKJ nicht grundsätzlich dagegen, dass partiell und zeitweise, im Rahmen einer Ermächtigungsregelung für Krankenhäuser, die ambulante Versorgung bei bestehenden Versorgungslücken durch Krankenhäuser unterstützt wird. Dabei muss jedoch klar sein, dass, im Sinne einer patienten- und qualitätszentrierten, ökonomisch sinnvollen Patientenversorgung, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die sich niederlassen wollen, ein eindeutiger gesetzlicher Vorrang gegenüber stationären Einrichtungen eingeräumt wird, die sich zur ambulanten Versorgung ermächtigen lassen wollen oder bereits ermächtigt sind.

Aufgrund der niedrigeren Struktur- und Verwaltungskosten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und ihrer besonderen Befähigung, wohnortnah Patienten direkt und mit hoher Kontinuität und Qualität zu behandeln, sollten die vorhandenen finanziellen Mittel dort eingesetzt werden, statt weiterhin in stationäre Angebote zu investieren, die nicht mehr benötigt und daher umstrukturiert werden sollten.

**Demzufolge muss eine Ermächtigung jederzeit zurückgenommen werden können.** Um zu gewährleisten, dass Krankenhäuser die notwendige Planungssicherheit haben, kann gegebenenfalls festgelegt werden, dass das Ende der Ermächtigung erst nach einer festzulegenden Frist zu erfolgen hat. Das Verfahren zur Erteilung von Zulassungen sollte einen höheren Grad von Harmonisierung, Transparenz und Standardisierung als bisher aufweisen.

**Entscheidend ist aus Sicht des BVKJ außerdem, dass die Finanzierung ambulant erbrachter Leistungen ausschließlich abhängig vom Leistungsumfang zu erfolgen hat: Gleiche Leistung gleiche Qualität, gleicher Preis.**

Entsprechend intersektoral tätige Einrichtungen können nicht zusätzlich zur Förderung der Länder über die Investitionsfinanzierung, über den Transformationsfonds, oder DRGs auch Mittel aus der vertragsärztlichen Versorgung erhalten. Eine Doppel- oder Querfinanzierung ist durch geeignete Regelungen auszuschließen. Dabei ist gesetzlich klarzustellen, dass ermächtigte Einrichtungen nicht die finanzielle Deckung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen schwächen.

Für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die in der Kinder- und Jugendmedizin tätig werden wollen, sind darüber hinaus sachliche und personelle Bedingungen an eine Ermächtigung zur Leistungserbringung zu knüpfen und gesetzlich entsprechend festzulegen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich pädiatrischer Leitung steht. Die Leistungen in den schwerpunktpädiatrischen Institutsambulanzen sind von in den jeweiligen Schwerpunkten weitergebildeten Ärzten und Ärztinnen zu verantworten.

Die ambulante schwerpunktpädiatrische Versorgung sollte sich an diejenigen Kinder und Jugendlichen richten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch Kliniken angewiesen sind.

Daher sollten Schwerpunktambulanzen nur auf Überweisung von Kinder- und Jugendärzten bzw. Kinder- und Jugendchirurgen tätig werden können.

## **2. Art. 1, Nr. 7 Belegärztliche Leistungen (Änderung §121)**

Durch die Ergänzung im Absatz 7 sollen, sofern ärztliche Leistungen nicht anderweitig vergütet werden, zukünftig diese Leistungen, sofern sie durch eine Vertragsärztin oder -arzt erbracht werden, nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden.

### **BVKJ-Petition:**

Wie bereits in den Vorbemerkungen dargestellt, bedarf es aus Sicht des BVKJ im Zuge der grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen einer Stärkung und Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit den Krankenhäusern.

Diesbezüglich schlagen wir vor, den § 108 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass zukünftig Krankenhausbehandlung auch in Kooperation mit zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärztinnen und Ärzten gemäß § 95 Abs. 1 erbracht werden können wobei dies als vertragsärztliche Tätigkeit gilt, sofern diese den Umfang von 13 Wochenstunden nicht überschreitet.

Damit wäre aus Sicht des BVKJ klargestellt, dass Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern im Status der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Damit wird in Bezug auf die Zulassungsverordnung und den Regelungen

im Bundesmantelvertrag Klarheit dahingehend geschaffen, wie und in welchem Umfang eine Tätigkeit in Kooperation mit Krankenhäusern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

### **3. Art. 1, Nr. 9 Leistungsgruppen (§§ 135 und 135e-neu):**

Nach den beabsichtigten Regelungen sollen zukünftig für Leistungen der Krankenhausbehandlung bundeseinheitliche Qualitätskriterien gelten, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität beinhalten. Hierzu werden die Krankenhausleistungen in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistung sie erbringen, zu erfüllen, wobei für jede Leistungsgruppe Qualitätskriterien nach den entsprechenden Anforderungsprofilen zu erfüllen sind.

Zudem enthält §135e Absatz 2 die Ermächtigung für das BMG, mit Zustimmung des Bundesrates im Wege einer Rechtsverordnung Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, die Regelung zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperation und Verbänden, die Regelungen für welche Leistungen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen diese ausgeschlossen sind, festzulegen und weiterzuentwickeln.

In Absatz 4 ist geregelt, dass bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung (nach Absatz 2) die mit dem Gesetz zur Förderung der Qualität in der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) eingeführten Leistungsgruppen, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 festgelegten Qualitätskriterien ohne die auf Landesebene festgelegten sonstigen Struktur- und Prozesskriterien gelten sollen.

#### **BVKJ-Petition:**

Grundsätzlich sieht der BVKJ in der beabsichtigten Festlegung leistungsbezogener Qualitätskriterien auf der Grundlage von Leistungsgruppen auch ohne Versorgungsstufen einen nachvollziehbaren Versorgungsansatz.

Der BVKJ fordert aber, die Festlegung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens abzubilden und nicht erst im Wege einer Rechtsverordnung des BMG weiter auszudifferenzieren.

Bezüglich der pädiatrischen Leistungsgruppen begrüßen wir ausdrücklich, die für die Kinder- und Jugendmedizin gefundene Differenzierung. Wir empfehlen darüber hinaus, die in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung aufgeführten Schwerpunkte und Zusatzqualifikationen zu enumerieren.

#### **4. Art. 4, Nr. 3 Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (§ 5 Abs 3k)**

Der Entwurf regelt die Zuschläge für die Pädiatrie allen Kliniken, die Kinder und Jugendliche älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre behandeln, gewährt werden sollen.

##### **BVKJ-Petition:**

Wie schon in früheren Stellungnahmen weisen wir darauf hin, dass dieser Regelung die gezielte Ausrichtung auf Kinder und Jugendliche fehlt. Statt die Förderung breit gestreut zu verteilen, sollte eine gezielte Förderung der Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin bzw. -chirurgie erfolgen, denn nur sie halten kindgerechte Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten vor.

Die Altersgrenze von 16 Jahren ist nicht sachgerecht. Auch im internationalen Kontext sind pädiatrische Bedarfe bis zum Alter von 18 Jahren vorzuhalten.

#### **5. Art. 4 Nr. 9 Buchstabe c Orientierungswert (Änderung § 9 Abs. 1b Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz)**

Durch die beabsichtigten ergänzenden Regelungen werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den vereinbarten Veränderungswert zum Orientierungswert für das Jahr 2025 bis 2 Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes neu zu verhandeln.

##### **BVKJ- Petition:**

Der BVKJ begrüßt grundsätzlich diese Regelung. Jedoch ist es nach Auffassung des BVKJ für die Krankenhäuser essenziell, dass die stattgefundenen Betriebskostensteigerungen bereits unterjährig im Jahr 2024 Berücksichtigung finden. Der BVKJ fordert insofern nachdrücklich, eine Kompensation der erfolgten Betriebskostensteigerungen für das Jahr 2024 noch im laufenden Jahr 2024 umzusetzen.

## 6. Nr.10 (Änderung § 10 Abs. 4-6 und zehn)

Zukünftig soll eine vollständige Tariflohnrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigungsgruppen im Krankenhaus eingeführt werden. Dazu werden auf Bundesebene die Vertragsparteien verpflichtet, die Erhöhungsrate innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der tariflichen Vereinbarungen, zu vereinbaren. Um sicherzustellen, dass die Liquidität der Krankenhäuser auch in dem Fall verbessert werden kann, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene keine zügige Einigung über die Erhöhungsrate erzielen, wird zudem vorgesehen, dass eine Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällt.

### 6.1. BVKJ-Petition:

Der BVKJ begrüßt die Regelung als sachgerecht, um unterjährig erstmals im Jahr 2024 eine Abbildung der Kostensteigerung im Landesbasisfallwert abzubilden und so die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu verbessern.

#### **Kontakt:**

**Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. (BVKJ)**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

**Telefon:** 0221/68909-0

**E-Mail:** [info@bvkj.de](mailto:info@bvkj.de)

**Internet:** [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

#### **Präsident:**

Dr. Michael Hubmann

#### **Vizepräsident\*innen:**

Angela Schütze-Buchholz

Dr. med. Stefan Trapp

#### **Erstellt durch:**



Tilo Radau, Hauptgeschäftsführer

Simon K. Hilber, Referent Gesundheitspolitik