

# Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige

# Schriftliche Stellungnahme

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**



*Das Bündnis Klinikrettung entstand im Jahr 2020 auf Initiative von Krankenhausbeschäftigten und aktiven Bürger\*innen aus ganz Deutschland. Rund 20 Vereine und Initiativen versammeln sich unter seinem Dach. Das Bündnis Klinikrettung klärt über die verheerenden Folgen des grassierenden Krankenhausahlschlags für die betroffenen Kommunen auf und setzt sich für den flächendeckenden Erhalt und Wiederaufbau der stationären klinischen Versorgung in Deutschland ein. Nicht zuletzt angesichts der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie ist das Bündnis davon überzeugt, dass die aktuelle Zahl der Krankenhausbetten auf keinen Fall weiter reduziert werden darf.*

Das Bündnis Klinikrettung begrüßt das Bestreben der Bundesregierung, eine Krankenhausreform umzusetzen. Denn die Lage der Krankenhausversorgung ist von Unter- und Fehlfinanzierung, einer gravierenden Personalnot und immer mehr Versorgungsengpässen geprägt. Das bereits verabschiedete Krankenhaustransparenzgesetz und das aktuell zur Debatte stehende Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz werden die Lage jedoch verschlimmern. Denn eine der wichtigsten Zielsetzungen der Reform ist die Zentralisierung der Krankenhauslandschaft, das bedeutet weitere Schließungen, vor allem von Krankenhäusern der Allgemeinversorgung in ländlichen Regionen. Gesundheitsminister Lauterbach hat seine Schließungsabsichten sehr deutlich dargelegt: „Wir haben derzeit 1.720 Krankenhäuser. Dafür haben wir weder den medizinischen Bedarf noch das Personal oder die finanziellen Mittel.“<sup>1</sup> Entgegen weit verbreiteten anderslautenden Aussagen leisten die kleinen Allgemeinkrankenhäuser eine qualitativ hochwertige und für die örtliche Bevölkerung unverzichtbare Versorgung.<sup>2</sup> Es herrscht nicht etwa Überversorgung, sondern vielerorts Unterversorgung<sup>3</sup> und flächendeckend eine Überlastung der Beschäftigten. Die Notwendigkeit eines Bettenabbaus wird häufig mit einer zu geringen Bettenauslastung der vorhandenen Kapazitäten begründet – diese Schlussfolgerung ist allerdings sehr oberflächlich. Die aktuelle Bettenauslastung ist verursacht durch das Fallpauschalensystem, in dem Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag in die Statistik eingehen, sowie durch notwendige Einschränkungen der Bettenbelegung aufgrund eklatanter Personalengpässe, die vorübergehende Bettensperrungen unausweichlich machen. Bettenabbau und Krankenhausschließungen sind ein gesundheitspolitischer Irrweg. Daher lehnt das Bündnis Klinikrettung die

1 Bundesgesundheitsministerium, Lauterbach: „Wir werden alle Krankenhäuser retten, die wir benötigen.“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/main-echo-060424.html>

2 „Worüber wir reden, wenn wir über die Qualität der Krankenhausversorgung reden“, Interview mit Bernd Hontschik, <https://www.gemeingut.org/worueber-wir-reden-wenn-wir-ueber-die-qualitaet-der-krankenhausversorgung-reden/>

3 Aktionsgruppe 'Schluss mit Kliniksterben in Bayern' sieht dramatische Entwicklung bei den Klinikinsolvenzen, <https://medinfoweb.de/detail.html/aktionsgruppe-schluss-mit-kliniksterben-in-bayern-sieht-dramatische-entwicklung-bei-den-klinikinsolvenzen.88833>

Krankenhausreform in der vorgesehenen Form ab. Eine Reform der Krankenhausstruktur und -finanzierung muss flächendeckend eine innerhalb von 30 Fahrminuten erreichbare, bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung mit kommunalen Krankenhäusern gewährleisten.

## **Die deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangslage**

Die Krankenhausreform kommt zu einem Zeitpunkt, an dem die Krankenhäuser und damit die Gesundheitsversorgung in Deutschland, bereits in akuter Gefahr sind. Fehlanreize durch die DRG-Fallpauschalen, die systematische Unterfinanzierung des Krankenhausesektors sowie der über Jahre aufgebaute Investitionsstau bewirken flächendeckend Versorgungsengpässe und Überlastung. Patient\*innen werden dadurch nicht oder nicht rechtzeitig behandelt, das Personal leidet unter chronischer Überarbeitung. Die prekäre finanzielle Lage der Krankenhäuser hat sich mittlerweile durch Preis- und Zinssteigerungen so dramatisch verschlechtert, dass aktuell eine Pleitewelle über die deutsche Krankenhauslandschaft hinwegrollt.

Das DRG-System bedroht vor allem die Grundversorgung: (Kleinere) Allgemeinkrankenhäuser, Geburtshilfe und Kinderkliniken rechnen sich innerhalb des bestehenden Finanzierungsmodells nicht und müssen deshalb schließen. Andererseits besteht Überversorgung in den lukrativen Fachbereichen. So stieg beispielsweise die Zahl der orthopädischen Behandlungen seit 2005 um 54 Prozent.<sup>4</sup> Überwiegend private Fachkliniken treiben diese Entwicklung voran und untergraben damit auch die fachübergreifende stationäre Versorgung. Ihnen fehlt insbesondere die dringend benötigte klinische Notfallversorgung für eskalierende Krankheitsverläufe.

Seit 1991 wurden fast 550 Krankenhäuser geschlossen.<sup>5</sup> Im letzten Jahr erreichten die Schließungen die Rekordzahl von 24, aktuell sind rund 100 Krankenhäuser von Schließung bedroht. Die Zahl der Kreißsäle hat sich in den letzten 30 Jahren fast halbiert.<sup>6</sup> Zu Kinderkliniken schrieb die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung schon in ihrer ersten Stellungnahme im Juli 2022: „Mit den genannten 334 Standorten hat die Pädiatrie ein Konzentrationsniveau erreicht, das weit über das in der Erwachsenenmedizin hinausgeht.“<sup>7</sup> Es ist absehbar, dass im Zuge der Reform die Kapazitäten hier weiter abgebaut werden, trotz der versprochenen Zuschläge für diese medizinischen Bereiche. Eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragte Auswirkungsanalyse zeigt auf, dass nach der Reform noch 227 Standorte mit Geburtshilfe

4 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Klaus Ernst, Harald Weinberg, Kathrin Vogler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/14451 und Daten aus „Implantationen künstlicher Kniegelenke in deutschen Krankenhäusern nach Alter 2022“, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/785126/umfrage/implantationen-kuenstlicher-kniegelenke-in-deutschen-krankenhaeusern-nach-alter/>

5 Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2022, [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile), sowie für 2023 die Recherchen des Bündnis Klinikrettung.

6 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. N 009 vom 15. Februar 2023, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23\\_N009\\_231.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html)

7 „Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“

verbleiben würden<sup>8</sup>, also lediglich 12 Prozent. In den geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, in die ungefähr ein Fünftel beziehungsweise rund 360 der Häuser umgewandelt werden sollen, wird es weder Kreißsäle noch Kinderkliniken geben, ebenso wenig wie eine klinische Notfallversorgung.

Die kontinuierliche Ausdünnung der Krankenhauslandschaft geht einher mit der Privatisierung des Krankenhaussektors. So ist die Zahl der Krankenhäuser, die von privaten Trägern betrieben werden, gestiegen, während die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand abgenommen hat. Schon im Jahr 2022 befand sich mit 40 Prozent der größte Teil der Krankenhäuser in privater Hand, im Vergleich zu 28,5 Prozent in öffentlicher Hand und 31,5 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die öffentlichen Kliniken stellen allerdings nach wie vor die meisten Betten zur Verfügung – fast 50 Prozent –, während die privaten Träger, obwohl sie in der Mehrzahl sind, die wenigsten Betten anbieten.

### **Die Auswirkungen des geplanten Gesetzes**

Das sogenannte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz setzt dem Krankenhaussterben nichts entgegen. Im Gegenteil, mit dem Gesetz strebt das Bundesgesundheitsministerium eine starke Verringerung der Zahl der Krankenhäuser an. Damit wird der bestehende Kahlschlag systematisiert, und zwar auf folgende Weise:

1. Mit der Herabstufung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Level 1i) werden rund 350 Krankenhäuser als Häuser durchgehender stationärer Versorgung und Notfallversorgung nicht mehr existieren.<sup>9</sup> Andere Berechnungen, vgl. auch Seite 7, gehen von bis zu rund 360 Häusern aus.
2. Zahlreiche weitere Kliniken werden durch die Verteilung beziehungsweise den Entzug von Leistungsgruppen Abteilungen abbauen oder ganz schließen müssen.
3. Die Vorhaltepauschalen werden genauso wie die bisherigen DRG-Fallpauschalen Kliniken keine Kostendeckung gewährleisten. Das wird zu weiteren Insolvenzen und damit auch insolvenzbedingten Schließungen und Privatisierungen führen. Die aktuell unzureichende Krankenhausvergütung wird lediglich umverteilt, nicht erhöht.

Seit mindestens zehn Jahren bewirbt Karl Lauterbach mit den immer gleichen Argumenten die Verringerung der Zahl von Krankenhäusern. Angeblich verbessert Zentralisierung die Qualität und soll zudem den Personalmangel beheben. Aus dem Blickwinkel eines Gesundheitsökonomen versprechen Krankenhausschließungen finanzielle Einsparungen und Entlastungen der Krankenkassen und der öffentlichen Haushalte, darunter auch der Haushalte der Bundesländer. Aus der Sicht einer Gesellschaft, die auf die Krankenhausversorgung als Daseinsvorsorge angewiesen ist und dafür Steuern und Krankenkassenbeiträge zahlt, ist der mit dem Gesetz eintretende Krankenhauskahlschlag eine Missachtung ihrer Grundrechte. Zudem greift die Sichtweise der Gesundheitsökonomie auch nach ökonomischen Kriterien zu kurz. Denn die DRG-Fallpauschalenfinanzierung führt zu einer Explosion der Kosten für

---

8 Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke, vebeto GmbH: Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. zur 3. Stellungnahme der Regierungskommission bzgl. einer Reform der Krankenhausvergütung, [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/Kurzversion\\_DKG\\_Auswirkungsanalyse\\_Basisszenario\\_von\\_Vebeto\\_und\\_hcb.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf)

9 „Krankenhausreform: Rund 350 Kliniken könnten dem Level 1i zugeordnet werden“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>



Bürokratie – die Gelder fließen also nicht in die Versorgung von Patient\*innen, sondern in überbordende Verwaltungsarbeit<sup>10</sup>. Auch überhöhte Renditeerwartungen von privaten Krankenhauskonzernen bedeuten im gegenwärtigen System, dass öffentliche Gelder nicht in Gesundheit, sondern in private Profite fließen.

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung und -struktur ist notwendig, aber die aktuellen Gesetzesentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums beheben die Ursachen der Misstände im Krankenhauswesen in keiner Weise. Dafür müsste die geplante Reform eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen, statt weiter auf Wettbewerb und Leistungsdruck zu setzen. Sie müsste sich außerdem mit den Themen Renditebeschränkung und Wiedereinführung der Gemeinnützigkeit im Krankenhausbereich befassen. Die Krankenhausreform von 1985, im Rahmen derer die Erlaubnis eingeführt wurde, mit dem Betrieb von Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften, und die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 sind aus heutiger Sicht klare Fehlentscheidungen, die zurückgenommen werden müssen.

### **Die sogenannte Vorhaltevergütung und das System der Leistungsgruppen**

Die Bezeichnung Vorhaltevergütung verspricht, dass Krankenhäusern diejenigen Kosten finanziert werden, die ihnen unabhängig von der Anzahl getätigter Behandlungen für das Vorhalten von Personal und Ausstattung entstehen. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird im Gesetzesentwurf damit begründet, dass diese Kosten innerhalb des DRG-Systems, das ausschließlich Fälle vergütet, nicht angemessen berücksichtigt werden. Ein weiteres Ziel der Vorhaltevergütung ist die Senkung des Anreizes zur medizinisch nicht notwendigen Mengensteigerung, einem der vielen Fehlanreize des DRG-Systems.

Die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung im vorliegenden Gesetzesentwurf gewährleistet jedoch keine kostendeckende Finanzierung von tatsächlichen Vorhaltekosten. Tatsächlich ist es irreführend, dieses neue Pauschalensystem als Vorhaltevergütung zu bezeichnen. Treffender ist der Begriff Leistungsgruppen-Budgets.

Das Leistungsgruppen-Budget beziehungsweise die Vorhaltevergütung wird, so der Gesetzesvorschlag, für jedes Bundesland ermittelt. Das Volumen dafür ist limitiert und nicht kostendeckend. Es beträgt insgesamt bis zu 60 Prozent des Erlösvolumens aus allen DRGs, kurz gesagt: Es ist insgesamt gedeckelt, also ein Festbudget. Dieses wird auf die einzelnen Leistungsgruppen aufgeteilt. Für jede Leistungsgruppe steht also pro Bundesland ein bestimmtes, gedeckeltes Budget zur Verfügung, das auf die Krankenhäuser aufgeteilt wird, welche die entsprechende Leistungsgruppe anbieten dürfen sollen. Es handelt sich hierbei um einen klassischen Fall der Kostensteuerung. Das Budget ist vorab festgelegt und ergibt sich nicht aus den Bedarfen. Seine Festlegung geschieht auf der Grundlage der DRG-Fallpauschalen, genau der Finanzierungsweise, von der seit Jahren bekannt ist, dass sie medizinische Bedarfe nur unzureichend vergütet, besonders die Grundversorgung.

Folgende Punkte kritisiert das Bündnis Klinikrettung an der geplanten Vorhaltevergütung und an den geplanten Leistungsgruppen:

---

<sup>10</sup> „DKI-Umfrage: Drei Stunden werden täglich für Dokumentationen benötigt“, <https://www.bibliomedmanager.de/news/51167-drei-stunden-werden-taeglich-fuer-dokumentationen-benoetigt>

- Anhand rigider Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen<sup>11</sup>, zum Beispiel Mengenvorgaben, Vorgaben zur Ausstattung oder Vorgaben zur Bereitstellung weiterer Leistungsgruppen, sollen den Krankenhäusern bestimmte Leistungsgruppen und damit die Möglichkeit, bestimmte Behandlungen durchzuführen, entzogen werden. Aber Mengen sind kein Kriterium für Qualität. Will man die Qualität von Krankenhäusern steigern, muss man das Personal gut ausbilden und entlasten, die Kliniken finanziell und von der Ausstattung her ertüchtigen, und es müssen Bedingungen geschaffen werden, dass die Kliniken bedarfsgerecht arbeiten können und nicht profitorientiert vorgehen müssen.
- In ihrer aktuellen Ausgestaltung dienen die Leistungsgruppen also nicht als Instrument der Qualitätssteigerung, sondern als Schließungsinstrument. Denn je weniger Krankenhäuser eine Leistungsgruppe anbieten, desto mehr Geld gibt es über die Vorhaltepauschalen pro Leistungsgruppe für die verbleibenden Krankenhäuser. Die Bundesländer können sich in ihrer Krankenhausplanung also zwischen Pest und Cholera entscheiden: Verteilen sie die Leistungsgruppen auf möglichst wenige Häuser, müssen die anderen schließen oder ihr Behandlungsangebot einschränken. Verteilen sie die Leistungsgruppen wiederum an viele Krankenhäuser, gibt es pro Haus zu wenig Geld – auch so sind Schließungen vorprogrammiert. Die Rede von der Qualitätssteigerung durch Leistungsgruppen ist daher bloß ein weiterer Euphemismus für Krankenhauskahlschlag.
- Auch die Vorgabe, bestimmte weitere Leistungsgruppen als Bedingung für die Zuteilung einer Leistungsgruppe anzubieten, wird Schließungen bewirken. Ein Beispiel: Die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“, die das Gros der Krankenhausbehandlungen umfassen, benötigen beide laut Qualitätskriterien zwingend auch die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ mit Notfall-Labor, einen Facharzt mit Weiterbildung Intensivmedizin, drei intensivmedizinisch erfahrene Fachärzte in Rufbereitschaft und die Möglichkeit einer CT-Nutzung rund um die Uhr. Weitere Kriterien sollen folgen. Diesen Standard werden die meisten Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung nicht erreichen. In Folge werden sie keinen Versorgungsauftrag für die „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ erhalten und daher schließen müssen. Dies ist eine gravierende Bedrohung für die Häuser der Grundversorgung im ländlichen Raum.
- Um die Qualitätskriterien zu erfassen, sollen komplexe und technisch anspruchsvolle Verfahren entwickelt werden. Das Bündnis Klinikrettung sieht darin nicht nur eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für die Krankenhäuser, sondern auch die Tendenz, dass vor allem große Klinikketten in der Lage sein werden, solch ein Messsystem zu managen. Die kleineren Kliniken werden die Erfordernisse an benötigter Technik und personellem Aufwand nicht so einfach stemmen können. In Folge wird ihnen die Qualität abgesprochen, ihnen werden die Leistungsgruppen abgezogen, und das Krankenhaus wird teilweise oder vollständig schließen. Große Kliniken hingegen können ganze Abteilungen für Qualitätsmanagement aufbauen und werden die Gewinner der Reform sein.

---

11 [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/KHVVG\\_GE\\_Kabinett.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf)

Ein Blick auf die Schweiz, wo im Jahr 2011 Leistungsgruppen für die Krankenhausplanung eingeführt wurden, zeigt, wie dieses Instrument zu Schließungen führt. Der regelmäßig drohende Entzug der Leistungsgruppen bewirkt enorme Unsicherheit bei den Krankenhausträgern in Bezug auf die Patient\*innen- und Personalplanung. Im Ergebnis ziehen etliche Träger vor Gericht, um den Entzug von Leistungsgruppen rückgängig zu machen. Die jahrelangen Gerichtsverfahren erschweren die Planungen im Krankenhaus zusätzlich.

### **Die Folgen der Reform für die Gesundheitsversorgung**

In der Debatte um den Gesetzesentwurf verspricht das Bundesgesundheitsministerium der Bevölkerung, dass die geschlossenen Krankenhäuser ersetzt werden, und sichert sogar zu, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mit der Zentralisierung steigen wird. Um diese Versprechen auf ihre Haltbarkeit zu überprüfen, hat das Bündnis Klinikrettung die Krankenhausschließungen der vergangenen vier Jahre in Hinblick auf zustande gekommene Nachfolge- und Ersatzlösungen untersucht. Diese Untersuchung zeigt, dass die entstandenen Versorgungslücken kaum kompensiert werden. Bei 77 Prozent der Schließungen gingen die stationären Kapazitäten vollständig verloren, nur in 5 Prozent der Fälle wurden alle Betten erhalten – aber nicht vor Ort. Bei 32 Prozent der Schließungen wurde der Verlust der medizinischen Versorgung auch durch keine andere Ersatzmaßnahme – wie beispielsweise eine ambulante Einrichtung – ausgeglichen. In einem Drittel der Fälle fiel die Versorgung also nach den Schließungen komplett weg.<sup>12</sup>

Die im Juni 2023 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlichten Berechnungen der Unternehmensberatung Oberender und der Softwareentwickler Bindoc zeigen, dass bis zu 358 Krankenhäuser von einer Schließung und einer darauffolgenden Umwandlung betroffen wären.<sup>13</sup> Setzt man den Trend der bisherigen Schließungen fort, bei dem in nur 14 Prozent der Fälle Ersatzangebote zustande kamen, würde an lediglich 50 der 358 betroffenen Standorte eine, in aller Regel zudem unzureichende, Nachfolgelösung eingerichtet, die restlichen 300 Häuser fielen ersatzlos weg.

### **Die Folgen der Reform für die gesetzlich Versicherten**

Das Bundesgesundheitsministerium beziffert die Kosten für den Strukturumbau im Rahmen der Krankenhausreform auf 50 Milliarden Euro. Diese Summe soll zur Hälfte von den Bundesländern, zur anderen Hälfte von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Die hälftige Übernahme der Kosten durch gesetzlich Versicherte kritisierte der Bundesrechnungshof jüngst als unzulässig und stellte fest: „Die Finanzierung soll über eine Minderung der Zuweisungen an Krankenkassen erfolgen, was zu einem sprunghaften Anstieg der Deckungslücke führen würde.“ Das bedeutet, dass dadurch den gesetzlichen Krankenkassen noch weniger Gelder für die Finanzierung ihrer Ausgaben, wie zum Beispiel für Krankenhausleistungen zur Verfügung stehen wird. Die Reform ist somit eine Doppelbelastung für die gesetzlich Versicherten. Sie werden diejenigen sein, die unter der Erosion der

---

12 „Bilanz über Ersatzeinrichtungen nach Krankenhausschließungen im Zeitraum 2020-2023. Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen“ 19. März 2024, [https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2\\_Ersatz-Krankenhausschliessungen\\_Kurzbilanz\\_BKR.pdf](https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2_Ersatz-Krankenhausschliessungen_Kurzbilanz_BKR.pdf)

13 „Krankenhausreform: Rund 350 Kliniken könnten dem Level 1i zugeordnet werden“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>

Krankenhausversorgung als Folge der Reform zu leiden haben. Außerdem müssen sie für die Zerstörung ihrer Versorgung auch noch selbst zahlen. Zudem findet eine ungerechte Besserstellung privat Versicherter statt, weil die privaten Krankenkassen nicht zur Finanzierung beitragen müssen und somit dafür keine Beitragserhöhung vornehmen müssen.

### **Die Auswirkungen der Reform für das Krankenhauspersonal**

Die Krankenhausreform wird infolge der Schließungen zahlreiche Entlassungen nach sich ziehen. Auch wenn die Reform damit beworben wird, dass das Personal in den verbleibenden Krankenhäusern konzentriert wird und damit der Personalmangel gemildert wird, ist es zunächst Tatsache, dass die Beschäftigten von den schließenden Krankenhäusern entlassen werden und sich an anderen Standorten neue Stellen suchen müssen. Damit sind längere Fahrtwege zum Arbeitsort und andere Veränderungen verbunden, die viele nicht auf sich nehmen werden, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen.<sup>14</sup> Es droht ein verschärfter Exodus vor allem im Pflegebereich, weil viele Beschäftigte den Beruf wechseln oder in den Vorruhestand gehen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) veröffentlicht regelmäßig eine Liste der von Insolvenzen bedrohten Krankenhäuser (Insolvenzmonitoring). Der Liste ist unter anderem zu entnehmen, wie viele Krankenhausstandorte mit wie vielen Betten und Beschäftigten betroffen sind. Aus dem letzten Insolvenzmonitoring der DKG vom März 2024 lässt sich errechnen, wie viele Beschäftigte kleiner, besonders von Schließung bedrohter Krankenhausstandorte mit unter 200 Betten von Entlassungen betroffen wären. In einem Krankenhaus mit einer Bettenzahl unter 200 arbeiten im Durchschnitt 279,6 Mitarbeiter\*innen. Die Zahl der Beschäftigten in den Wäschereien, Labors und anderen Zulieferbetrieben sind dabei nicht einberechnet. Bei den rund 360 Schließungen, die in Folge der Reform laut den Berechnungen von Oberender und Bindoc drohen, wären daher 100.800 Mitarbeiter\*innen akut von Entlassungen bedroht.

### **Die Forderungen des Bündnis Klinikrettung**

Nach vielen Jahren Krankenhauskollaps bedarf es einer grundlegenden Reform der Krankenhausversorgung. Die aktuellen Reformpläne verschlimmern jedoch die Missstände. Daher darf die Krankenhausreform in dieser Form nicht beschlossen werden. Stattdessen ist ein neuer Aufschlag vonnöten. Folgende Maßnahmen müssen Bestandteil einer Krankenhausreform sein:

- Statt einer Zentralisierung der Versorgung ist ein Erhalt der bestehenden und ein Wiederaufbau verlorenen gegangener Krankenhäuser erforderlich.
- Die Bundesregierung muss finanzielle Hilfen für bedrohte Krankenhäuser zur Verfügung stellen.
- Alle geplanten Krankenhausschließungen müssen umgehend gestoppt werden.
- Für die ambulante Versorgung gilt, dass sektorenübergreifende Versorger und ähnliche Einrichtungen zwar eine sinnvolle Ergänzung ambulanter Praxen zu den Angeboten von Allgemeinärzt\*innen, Fachärzt\*innen und Therapeut\*innen sind, aber keinen angemessenen Ersatz für Allgemeinkrankenhäuser mit Notfallversorgung darstellen. Sie

---

14 <https://youtu.be/nDlf9QusdK0>

sollten daher keine Liegebetten haben, denn ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit wäre dies fahrlässig. Sektorenübergreifende Versorger gehören wie Krankenhäuser in kommunale Hand, um Fehlangebote beziehungsweise unzureichende, vor allem renditeorientierte Angebote zu vermeiden.

- Um die gravierenden Probleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung zu beheben, ist die vollständige Abschaffung des DRG-Systems zugunsten der Einführung der Selbstkostendeckung als Finanzierungsmodell erforderlich. Außerdem ist ein Renditeverbot für den Krankenhausbetrieb einzuführen.

Die Bundesgesundheitsministerium und der Regierungskommission konzentrieren sich mit ihrer Krankenhausreform auf eine klinische Mangelverwaltung mit weniger Personal, abgesenkten klinischen Leistungsangeboten und weniger Klinikstandorten.<sup>15</sup> Ihnen ist vorzuwerfen, dass sie alternative Konzepte ohne restriktive Eingriffe, beispielsweise das Finanzierungsmodell Selbstkostendeckung der Krankenhäuser<sup>16</sup> zu keinem Zeitpunkt ernsthaft diskutiert haben. Der Bevölkerung wird fahrlässig eine mögliche Absicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung mit selbstkostendeckender Vergütung und deutlich reduziertem Verwaltungsaufwand vorenthalten. Es findet ein systematischer Enteignungsprozess statt. Das Gemeingut einer flächendeckenden Krankenhausversorgung wird vernichtet.

---

15 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie Zukunft der Krankenhäuser - Wirkungsanalyse zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299277799/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+Referentenentwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1710843641>

16 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, [https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10\\_Studie\\_Selbstkostendeckung\\_Buendnis\\_Klinikrettung.pdf](https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf)

---

## **Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie**

### **zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen**

#### **(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) in der Entwurfsfassung vom 16.09.2024**

#### **(unter Berücksichtigung der Gegenäußerung der Bundesregierung an den Bundesrat vom 18.09.2024)**

**23. September 2024**

Der Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie) begrüßt ausdrücklich die gesetzgeberische Intention einer grundlegenden Krankenhausreform. Damit die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verfolgten Ziele zur „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ sowie „Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung“ leistungsgruppenunabhängig erfüllt werden können, müssen die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Regelungen die Besonderheiten des altersmedizinischen Versorgungsbedarfs sachgerecht abbilden.

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verändert sich durch den demografischen Wandel stetig. Insbesondere durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird es in den kommenden Jahren eine beschleunigte Veränderung in diesem Bereich geben. In der Folge steigt kurz- und mittelfristig der Bedarf an altersmedizinischer Kompetenz deutlich an. Eine zukunftsorientierte Reform der Krankenhausversorgung muss diese Entwicklungen sachgerecht und damit zukunftsorientiert aufgreifen. Ausgehend vom altersmedizinischen Versorgungsbedarf der kommenden Jahre, müssen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. prioritär fünf Themenbereiche innerhalb des KHVVG modifiziert werden, damit die Reform eine zukunftsfeste und patientengerechte geriatrische Versorgung gewährleistet:

- 1) Sachgerechte Definition der personellen Ausstattung – Dringende redaktionelle Änderung zur Berücksichtigung des gesamten Spektrums geriatrischer (fachärztlicher-)Weiterbildungen
- 2) Sachgerechte Auswahl von Kooperationspartner – Dringende Streichung des Kooperationserfordernisses mit der Leistungsgruppe Urologie
- 3) Geriatrie als Bestandteil der Grund- und Regelversorgung – Auch Leistungen der Grund- und Regelversorgung müssen auf jedem Krankenhaus-Versorgungslevel abgebildet sein
- 4) Demografiebedingte Fallzahlsteigerungen ökonomisch nicht benachteiligen – Planfallzahlen sachgerecht einsetzen
- 5) Sachgerechte Abbildung akutgeriatrischer Leistungen – Zuordnung von Behandlungsfällen außerhalb des OPS 8-550.- zur Leistungsgruppe Geriatrie

## Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

### 1) Sachgerechte Definition der personellen Ausstattung – Dringende redaktionelle Änderung zur Berücksichtigung des gesamten Spektrums geriatrischer (fachärztlicher-)Weiterbildungen

#### **Zu Anlage 1 des § 135e (neu): dringende redaktionelle Änderung**

Der neue § 6a KHG regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Gemäß § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem zugelassenen Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sollen sich dabei nach der gemäß § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu schließenden Rechtsverordnung richten. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung sollen die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten.

In der Anlage des vorliegenden Gesetzesentwurfs (Änderungsantrag der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP, Ausschussdrucksache 20(14)221.1) werden Leistungsgruppen, deren Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien definiert. Dabei ist die Ausgestaltung der Leistungsgruppe Geriatrie in der bisher vorgesehenen Form aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie nicht sachgerecht: In der Spalte „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ nicht das gesamte Spektrum geriatricspezifischer ärztlicher Qualifikationen abgebildet, die bisherige Beschränkung auf die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie entspricht somit nicht dem aktuellen Qualifikationskanon in der Geriatrie. Zwingend zu ergänzen ist in der Spalte „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ daher „Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie“ und „Schwerpunkt Geriatrie“. Anderenfalls würde mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes ein Großteil der geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzte nicht mehr für die geriatricspezifische Versorgung zur Verfügung stehen.

Die Nr. 56 der Anlage 1 des § 135e SGB V ist in den Spalten „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ wie folgt zu ergänzen:

Nr	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonst. Prozess-/Strukturkr.
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
56	Geriatrie	Mindestvoraussetzung				FA Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie mit ZW Geriatrie <u>oder Schwerpunkt Geriatrie            oder Facharzt            bzw. Fachärztin            für Innere Medizin            und Geriatrie</u>	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Neurologie oder FA Physikalische und Rehabilitative Medizin mit ZW Geriatrie <u>oder            Schwerpunkt Geriatrie            oder Facharzt            bzw. Fachärztin            für Innere Medizin            und Geriatrie</u>	



## 2) Sachgerechte Auswahl von Kooperationspartner – Dringende Streichung des Kooperationserfordernisses mit der Leistungsgruppe Urologie

### Zu Anlage 1 des § 135e (neu):

Zum anderen ist das Kriterium der Mindestvoraussetzung der Leistungsgruppe Urologie am Standort der Geriatrie kritisch zu hinterfragen. Nach Einschätzung des Bundesverbandes Geriatrie bestehen aus medizinisch-fachlicher Perspektive keine hinreichende Nähe und regelhafte Kooperationen zwischen beiden Indikationsbereichen, die die Leistungsgruppe Urologie als Mindestvoraussetzung rechtfertigen könnten. Bei einer Beibehaltung dieser Mindestvoraussetzung ist zudem zu hinterfragen, inwieweit die Aufnahme weiterer, der Geriatrie verwandter Indikationsbereiche und ihrer Leistungsgruppen als Mindestvoraussetzung – wie beispielsweise die Kardiologie – sinnvoll und erforderlich ist.

Die Nr. 56 der Anlage 1 des § 135e SGB V ist in den Spalten „Kooperation“ wie folgt zu ändern:

Nr	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonst. Prozess-/Strukturkr.
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
56	Geriatrie	Mindestvoraussetzung		<b>LG-Urologie</b>  Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin				

---

## **Artikel 2: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)**

### **3) Geriatrie als Bestandteil der Grund- und Regelversorgung – Auch Leistungen der Grund- und Regelversorgung müssen auf jedem Krankenhaus-Versorgungslevel abgebildet sein**

#### **Zu § 6a KHG:**

Die Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 20/12894) zum KHVG vom 18.09.2024 fordert eine Neufassung von § 6a KHG, mit der die Geriatrie als Bestandteil einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung explizit erwähnt wird: Demnach „kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, zuweisen, wenn dies zur Sicherstellung insbesondere einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) zwingend erforderlich ist.“

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt diesen Formulierungsvorschlag ausdrücklich und interpretiert diesen als Anerkenntnis des Bundesrates und der dort vertretenen Bundesländer, dass die Geriatrie gleichberechtigt neben den weiteren genannten Indikationsbereichen einzuordnen ist. Angesichts des demografischen Wandels und einer in allen Indikationsbereichen älter werdenden Patientenklientel – insbesondere auch in strukturschwachen Regionen – ist es im Sinne einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung essenziell, dass geriatrispezifische Versorgungsangebote konsequent, bedarfsorientiert und krankenhauplanerisch berücksichtigt werden, dies gilt insbesondere mit Blick auf mögliche Kooperationen mit benachbarten Disziplinen. Dabei muss zugleich gewährleistet sein, dass die Geriatrie auch zukünftig auf allen Versorgungsebenen abgebildet ist und nicht ausschließlich auf die Grund- und Notfallversorgung beschränkt wird.

Auch ist grundsätzlich zu begrüßen, dass mit der vorgeschlagenen Formulierung den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden Ermessensspielräume geschaffen werden sollen, die regionale und landesspezifische Besonderheiten und den Grundsatz der bundeslandhoheitlichen Krankenhausplanung berücksichtigen.

Ergänzend wird auch auf die Ausführungen zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen unter den Nummern 6 und 7 dieser Stellungnahme hingewiesen.

### **4) Demografiebedingte Fallzahlsteigerungen ökonomisch nicht benachteiligen – Planfallzahlen sachgerecht einsetzen**

#### **Zu Nr. 14, § 37 KHG (neu):**

Die gesetzgeberische Intention, mit der Neugestaltung des Krankenhauswesens die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien auszurichten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Vorhaltevergütung und die Mindestvoraussetzungen für Leistungsgruppen können bei sachgerechter Ausgestaltung Instrumente dafür sein. Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf geht jedoch nicht hervor, wie die Vergütungssystematik künftig konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt

---

werden soll. Fraglich ist insbesondere, wie die geplante Vergütungssystematik absehbare, demografiebedingte Fallzahlsteigerungen sachgerecht berücksichtigen wird. Auch das Eckpunktetpapier für die Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 liefert hierzu keine fundierten Antworten. Ohne konkrete Regelungen besteht jedoch die große Gefahr, dass sich ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung in der Praxis manifestiert.

Damit die geplante Entökonomisierung nicht mit einer Benachteiligung einzelner Leistungsgruppen einhergeht, sind bei der Vorhaltevergütung Mechanismen für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen zu bedenken. Der in § 37 Absatz 2 Satz 7 Nr. 2 KHG vorgesehene Fallzahlkorridor (+/- 20 %) zur Reduktion von ökonomisch bedingten Mengenausweitungen und Förderung der Ambulantisierung ist aus geriatricspezifischer Sicht nicht geeignet, um dem sicher steigenden Bedarf in der Geriatrie zu begegnen. Der geplante Fallzahlkorridor geht bei einem Wachstum immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem heutigen a-DRG-System einher. Nur wenn insgesamt ein Wachstum von 20 % überschritten wird, gleichen sich die Erlöse im Folgejahr an. Aufgrund dieses beachtlichen Fallzahlkorridors, müssen Krankenhäuser bei Wachstumsprozessen in Vorleistung gehen. Gleichzeitig bestehen fortlaufende Erlösnachteile, wenn die 20 %-Schwelle nicht überschritten wird. Bei Schrumpfungsprozessen im Sinne der Ambulantisierung werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung hingegen abgedeckt und der Fallerlös steigt in Abhängigkeit zum Gesamtmarkt zum Teil an. Nach der ersten Eingruppierung könnte es für die Krankenhäuser daher strategisch sinnvoll sein, ihre Leistungsmenge zu reduzieren.

Dieser Mechanismus kann eine systematische Benachteiligung der Geriatrie bedeuten, da in der Geriatrie demografiebedingt kontinuierlich über mehrere Jahre eine Fallzahlsteigerung eintreten wird (wie dies z. B. auch in NRW krankenhauplanerisch angenommen wird) und zudem das Ambulantisierungspotenzial in der Geriatrie im Vergleich zu anderen Leistungsgruppen sehr gering ist. Diese Tatsache begründet sich durch die Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten und lässt sich insbesondere mit den medizinischen Kontextfaktoren zur Abgrenzung von akutstationären und ambulanten Leistungen des AOP-Kataloges belegen (z. B. schwere motorische und kognitive Funktionseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Begleiterkrankungen).

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Fallzahlkorridor bildet die besondere Situation kontinuierlich steigender Fallzahlen damit nicht sachgerecht ab. Entsprechende Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das vorgesehene Kalkulationsmodell strukturell und systemimmanent benachteiligt, so dass die Gefahr eines leistungsgruppenbezogenen permanenten Fixkostendegressionsabschlags besteht. Durch das – ebenfalls in der Umsetzung nicht ganz unproblematische – Instrument der Planfallzahlen soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Aktuell bleiben bei der Anwendung von Planfallzahlen jedoch viele Fragen offen, da die Rahmenbedingungen der Anwendung nicht unmittelbar im Gesetz normiert sind. Insbesondere ist unklar, wie spezifisch belastbare Prognosen der Fallzahlen ermittelt werden sollen und wie längerfristig mit Differenzen zwischen Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist.

Auch die Verwendung von Planfallzahlen kann bei nicht sachgerechter Ausgestaltung zu ökonomischen Fehlanreizen im System führen. Das Vorhaltevolumen je Land und Leistungsgruppe wird jährlich auf der Grundlage der erbrachten Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres festgesetzt. Dadurch steigt bei der Verwendung von Planfallzahlen innerhalb der Leistungsgruppe nicht das Gesamtvorhaltevolumen je Land, sondern es wird lediglich der landesspezifische

„Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ angepasst. Sofern also der „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ ohne Anpassung des leistungsgruppenbezogenen Gesamtvorhaltevolumens des Landes um demografiebedingte Fallzahlsteigerungen erhöht wird, sinkt das Vorhaltevolumen je Fall.

Analog dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen müssen daher auch auf Bundesebene Anreize für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen geschaffen werden. So heißt es im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen: „Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.“ Folglich müssen demografiebedingte Fallzahlsteigerungen auch mit einer Erhöhung des landesspezifischen Gesamtvorhaltevolumens der Leistungsgruppen einhergehen, da die planerische Mengenausweitung zugunsten eines Krankenhauses ansonsten immer zu Lasten aller Krankenhäuser der Leistungsgruppe im Land gehen würde.

Es muss versorgungspolitisch daher sichergestellt werden, dass das gemäß § 37 Absatz 1 Satz 5 KHG bis zum 30. September 2024 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelnde Konzept qualifizierte Antworten auf diese Fragen liefert und sachgerechte Mechanismen schafft.

### **Zu Artikel 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)**

#### **5) Sachgerechte Abbildung akutgeriatrischer Leistungen – Zuordnung von Behandlungsfällen außerhalb des OPS 8-550.- zur Leistungsgruppe Geriatrie**

##### **§ 21 Absatz 3c KHEntgG:**

Gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG ist das InEK beauftragt, Vorgaben für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu den in der Anlage 1 zum SGB V genannten Leistungsgruppen zu erarbeiten und auf dieser Grundlage bis zum 30. September 2024 eine Datenverarbeitungslösung zu zertifizieren.

Die Leistungsgruppen beruhen dabei weitgehend auf den „NRW-Leistungsgruppen“. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass diese nur zum Teil leistungsbezogen definiert sind und ein Großteil der Fälle nach der entlassenen Fachabteilung eingruppiert werden – so auch Leistungen der Akutgeriatrie.

Die spezifische Leistungsgruppe Geriatrie wird in NRW über den OPS 8-550.- „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ definiert. Mit dieser Abrechnungsziffer werden bundesweit knapp 70 Prozent des geriatricspezifischen Leistungsspektrums abgebildet. Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere jedoch auch die internistische Akutversorgung des alten Menschen (≈ 30 Prozent) umfasst, müssen der Leistungsgruppe Geriatrie auch diese Leistungsbestandteile zugerechnet werden. Im NRW-Konzept werden der Geriatrie daher Behandlungskapazitäten der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ prozentual zugerechnet. Planerisch mag dieser allgemeine Ansatz ausreichend sein, die Anwendung scheidet jedoch spätestens in der Verknüpfung mit der Vorhaltevergütung, welche eine sachgerechte Zuordnung der Fälle erfordert.

Da sich die Reform in NRW ausschließlich auf den Bereich „Planung“ konzentrieren kann – die Regelung der Vergütung obliegt nicht der Regelungsbefugnis der Bundesländer – ist der Sachverhalt für NRW als „Blaupausenland“ von untergeordneter Bedeutung. Vor diesem Hintergrund müssen auf Bundesebene ergänzende Regelungen zur eindeutigen Zuordnung akutgeriatrischer Leistungen gefunden werden. Zur eindeutigen Definition akutgeriatrischer Leistungen hat die DRG-Fachgruppe Geriatrie daher den OPS-Vorschlag zur Einführung des „Umfassenden Geriatrischen Assessments“ vorgelegt, welcher bisher keine Zustimmung gefunden hat. Als Alternative zu dem spezifischen OPS-Kode könnte auch ein Rückgriff auf die Fachabteilungsschlüssel in Erwägung gezogen werden. So könnte der Fachabteilungsschlüssel 0200 „Geriatrie“ neben dem OPS 8-550.- für die spezifische Leistungsgruppen Definition herangezogen werden und der Fachabteilungsschlüssel 0102 „Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie“ zur Definition und Abgrenzung der Akutgeriatrie dienen. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Verwendung von Fachabteilungsschlüsseln bundesweit aktuell nicht einheitlich erfolgen.

Es muss versorgungspolitisch daher sichergestellt werden, dass das gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG bis zum 30. September 2024 vom InEK zu entwickelnde Konzept qualifizierte Antworten auf die sachgerechte Zuordnung akutgeriatrischer Fälle zur Leistungsgruppe Geriatrie liefert und sachgerechte Mechanismen schafft. Sollten akutgeriatrische Leitungen analog dem Krankenhausplan NRW wiedererwarten nicht der Leistungsgruppe Geriatrie zugeordnet werden, wird auf die nachfolgenden Folgeänderungen und Besonderheiten für geriatrische Fachkliniken (Nummer 10 und 11 dieser Stellungnahme) hingewiesen.

## **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **6) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Zulassung von Institutsambulanzen, Ergänzung nichtstationärer Leistungen**

#### **Zu § 115g Abs. 1 (neu):**

Die Stellungnahme des Bundesrates fordert, die Möglichkeit zu schaffen, Institutsambulanzen in den Leistungskatalog von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufzunehmen. Begründet wird diese Erweiterung des ambulanten Spektrums mit der Notwendigkeit, eine flächendeckende Versorgung zu sichern. Der Bundesverband Geriatrie e.V. schließt sich dieser Forderung uneingeschränkt an und schlägt darüber hinaus vor, weitere nichtstationäre Versorgungsangebote und -formen in den Leistungskatalog der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufzunehmen.

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie bietet das Modell der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit, die Vielzahl und Vielfalt der bestehenden außerstationären Versorgungsangebote und -formen strukturell und organisatorisch zu bündeln und dabei heutige Leistungen und ihre Anbieter zu vernetzen. Im Sinne einer konsequenten Umsetzung dieses Ansatzes ist es daher geboten, zusätzlich die Möglichkeit zu schaffen, sämtliche nichtstationären Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen anbieten zu können. Damit bietet sich die Gelegenheit zur Schaffung einer „echten“ sektorenübergreifenden Versorgung mit zugleich patientenfreundlichen Zu- und Übergängen. Auch und insbesondere in strukturschwachen Regionen kann so eine flächendeckende und umfassende Versorgungsstruktur etabliert werden. In diesem Sinne ist § 115g Abs. 1 SGB V wie folgt zu fassen:

*„§ 115g*

*Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung*

*(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende*

*Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:*

*1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*

*2. ambulantes Operieren nach § 115b,*

*3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,*

*4. Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund nach § 116a,*

*5. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst*

*und die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,*

*6. Übergangspflege nach § 39e,*

*7. Kurzzeitpflege nach § 39c.*

*8. teilstationäre Leistungen und Leistungen von Tageskliniken nach § 39 SGB V*

*9. Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (einschließlich der mobilen Rehabilitation) gemäß § 40 SGB V*

**7) Entscheidung über den Leistungsumfang der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch DKG und GKV-Spitzenverband ohne regelhafte Einbindung der Fachlichkeit – Recht zur Stellungnahme**

**Zu § 115g Abs. 3 SGB V:**

Gemäß § 115g Absatz 3 SGB V haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung den abstrakten stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen festzulegen. Es ist von den genannten Partnern zu bestimmen, „welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen“ und „welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können“.

Gemäß den Vorgaben konzentriert sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie. Dazu wird in der Gesetzesbegründung weiter ausgeführt: „Den Vertragspartnern wird aufgrund ihres fachlichen Sachverstandes aufgegeben zu vereinbaren, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne einer Untergrenze mindestens angeboten werden müssen.“



Das Versorgungsspektrum der Geriatrie ist im bundesweiten Vergleich sehr breit aufgestellt. Zudem sind die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen in Deutschland auf Basis länderindividueller Geriatriekonzepte äußerst heterogen ausgestaltet und sie befinden sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels seit vielen Jahren in einem dynamischen Entwicklungs- und Veränderungsprozess. Um u. a. diese Dynamik sachgerecht in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen, ist eine vertiefte Kenntnis der jeweils aktuellen Versorgungsstrukturen notwendig, die nur durch eine strukturierte Einbindung der entsprechenden Fachverbände bzw. -gesellschaften erzielt werden kann. Um dies zu gewährleisten, ist somit mindestens eine entsprechende Anhörungspflicht im Gesetz zu verankern. Die gesetzliche Regelung zu § 115g Abs. 3 SGB V ist daher wie folgt zu modifizieren:

*„§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung*

*(1) Krankenhäuser, die ...*

*[...]*

*(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,*

*1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,*

*2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere*

*Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektoren-übergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,*

*3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird.*

*4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.*

*Zu Nummer 1 und 2 sind mindestens die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), die Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) sowie der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) zur Stellungnahme aufzufordern. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.*

*(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der ..."*



---

## **Artikel 2: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)**

### **8) Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben – Keine Begrenzung dieser auf Häuser der Versorgungsstufe „Level 3U“**

#### **Zu § 6b KHG:**

Die Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 20/12894) zum KHVVG vom 18.09.2024 sieht vor, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser vornehmen können (§ 6b KHG). Seitens des Bundesrates wird festgestellt, dass eine Begrenzung dieser Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auf Häuser der Versorgungsstufe „Level 3U“ mit dem Argument „der besonderen Leistungsfähigkeit“ nicht zu rechtfertigen ist. Die Versorgungspraxis zeige, „dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im besonderen Maße auch von nicht-universitären Krankenhäusern wahrgenommen werden. Hierbei ist insbesondere an zertifizierte Zentren in den Leistungsbereichen Onkologie und Traumatologie zu denken. Eine Verengung des Anwendungsbereichs auf die Universitätsmedizin ist damit fachlich nicht zu rechtfertigen.“

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ist dieser Einschätzung des Bundesrates uneingeschränkt zuzustimmen. Die Möglichkeit der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ist im Grundsatz zu begrüßen und entspricht der Intention des Entwurfs des KHVVG, die deutsche Krankenhauslandschaft stärker konzentrieren zu wollen. Dabei ist es in der Tat fachlich nicht zu begründen, warum Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ausschließlich auf Universitätskliniken begrenzt sein sollen. Der Verweis auf zertifizierte Zentren z.B. der Traumatologie belegt, dass es heute regelmäßig auch kleinere Krankenhäuser sind, die auf Grundlage einer speziellen Zertifizierung Leistungen im Sinne eines Zentrums erbringen. In der Geriatrie besteht angesichts der Multimorbidität der Betroffenen sowie des stark sektorierten Gesundheitssystems ebenfalls ein hoher Koordinierungsbedarf. Zudem leitet sich daraus auch ein hoher Vernetzungsbedarf der verschiedenen Einrichtungen ab, da insbesondere betagte und hochbetagte Personen diese Aufgabe nur unzureichend selbst übernehmen können.

### **9) Ausgliederung der Vorhaltekostenanteile aus den DRG-Fallpauschalen führt zu einer Reduktion der Bewertungsrelationen der verbleibenden rDRGs – Möglichen Auswirkungen von DRG-Kondensationen entgegenwirken und Geriatrie als Besondere Einrichtung zulassen**

#### **Zu § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG:**

Die gegenwärtige wie auch die sich abzeichnende zukünftige Situation der Geriatrie als etablierter Versorgungskomplex des deutschen Gesundheitswesens und als medizinische Spezialdisziplin unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von den Bedingungen anderer medizinischer Fachgebiete. Aufgrund der Multimorbidität und der hohen Vulnerabilität haben geriatrische Patientinnen und Patienten einen komplexeren Behandlungsbedarf und damit einhergehend eine erhöhte Schutzbedürftigkeit. Zwangsläufig resultieren aus den Zielen und Maßnahmen des geriatricspezifischen Behandlungskonzeptes u. a. hohe Zeit und Personalaufwände. In der Folge hatte bereits die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten vergleichsweise einen hohen Einfluss auf die geriatricspezifischen Fallpauschalen.

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten führt zu einer Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten innerhalb einer Fallpauschale, was im Ergebnis zu einer Absenkung der Bewertungsrelation

führt. Es zeigt sich dabei, dass Bewertungsrelationen der geriatricspezifischen Fallpauschalen im Vergleich zu anderen Fallpauschalen deutlicher absinken, da diese über geringere Pflegepersonal-kostenanteile verfügen. Dieser bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten gestartet Prozess kann sich perspektivisch durch die Ausgliederung der Vorhaltekosten weiter zuspitzen. Denn die am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkte zur Krankenhausreform sehen zur Ausgestaltung der Vorhaltevergütung vor, dass die Umsetzung perspektivisch auf Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen erfolgen soll.

Die angedachte Absenkung der Fallpauschalen pauschal um einen einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung soll lediglich in der Übergangsphase greifen. Für diese Übergangsphase sind die Kosten für die Kalkulation der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung gemäß der Gesetzesbegründung zunächst um die Sachkosten, die dem Krankenhaus nur dann entstehen, wenn eine Patientin oder ein Patient behandelt wird (variable Sachkosten), zu reduzieren. Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise Energie, Lebensmittel und Instandhaltung, die nicht dem einzelnen Fall eindeutig zugerechnet werden können, gehören nicht zu den variablen Sachkosten. Durch den Abzug der variablen Sachkosten wird sichergestellt, dass Krankenhäusern Leistungen mit einem hohen Anteil an variablen Sachkosten vollständig finanziert werden. Das Ergebnis des Abzugs der vorgenannten Sachkosten von den zu verwendenden Kosten wird als verminderte Kosten bezeichnet. Für die Einführung der Vorhaltevergütung hat das InEK erstmals im Jahr 2024 für das Jahr 2025 aus den verminderten Kosten einen Anteil in Höhe von 60 Prozent auszugliedern.

Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass die verminderten Kosten in der Geriatrie aufgrund des hohen Personaleinsatzes vergleichsweise hoch sind und deutlich über 60 Prozent der Gesamtkosten liegen. Da zur Umsetzung und sachgerechten Finanzierung der Vorhaltekosten die neue Vorhaltefinanzierung dauerhaft auf Basis valider Kostenbetrachtungen und Kostenprognosen erfolgen soll, werden die variablen Sachkosten der verbleibenden rDRG perfektivisch sehr gering sein. Die Ausgliederung der Vorhalteanteile führt daher zu einer weiteren Absenkung der Bewertungsrelation der geriatricspezifischen rDRGs. Da im Rahmen der Kodierung Fallpauschalen mit einer hohen Bewertungsrelation in der Regel vor solchen mit einer niedrigeren Bewertungsrelation einsortiert werden, ist eine Neusortierung der Fallpauschalen die Folge. Dadurch nehmen geriatricspezifische Fallpauschalen in der Sortierreihenfolge tendenziell einen hinteren Platz ein. In der weiteren Konsequenz kann die Anzahl der zu kodierenden geriatricspezifischen Fallpauschalen zukünftig abnehmen. Dieser Prozess ist in der Praxis mit Einführung des Pflegebudgets bereits erkennbar und kann sich durch die Einführung des Vorhaltebudgets verschärfen.

Vor diesem Hintergrund kann die Abrechnung geriatrischer Fallpauschalen aus krankenhausbetriebswirtschaftlicher Perspektive und systemimmanent zukünftig an Attraktivität verlieren. Zu erwarten ist, dass Krankenhäuser auch bei unverändertem Patientenkontext und identischem Leistungsangebot weniger geriatrische Fallpauschalen kodieren, als die Fallzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten und ihre quantitative Entwicklung dies vermuten lassen.

Werden versorgungspolitisch keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, besteht daher die Gefahr, innerhalb des bestehenden Fallpauschalen-Systemmechanismus der Geriatrie als gleichermaßen etablierte wie notwendige altersmedizinische Versorgung seine Finanzierungs- und Vergütungsgrundlage zu entziehen. Zwangsläufig würde sich damit eine Unterversorgung geriatrischer Patientinnen bzw. Patienten abzeichnen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher an, geriatrischen Fachabteilungen bzw. Einheiten analog zu stationären Palliativeinrichtungen gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zur erklären, ob sie krankenhausespezifische Entgelte als Besondere Einrichtung vereinbaren möchten. Mit dieser Neuregelung wird sichergestellt, dass die Anerkennung von geriatrischen Fachabteilungen oder Einheiten als Besondere Einrichtung nicht

mehr von Dritten abhängig ist bzw. zum Beispiel in Budgetverhandlungen von den Kostenträgern nicht in Frage gestellt werden kann. Den personal- und zuwendungsintensiven Aspekten der Versorgung geriatrischer Patienten wird damit Rechnung getragen. Zudem wird durch die gesetzliche Verankerung die Planungssicherheit für die Krankenhäuser erhöht.

Der Bundesverband Geriatrie regt nachfolgende Änderung des § 17b Absatz 1 KHG an:

[...] Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder Patienten mit besonderen Bedarfen oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, dafür ein schriftlicher oder elektronischer Antrag des Krankenhauses ausreichend. Gleiches gilt für Fachabteilungen für Geriatrie oder geriatrische Einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens 20 Betten verfügen.

Sofern akutgeriatrische Leistungen nicht unter der Leistungsgruppe Geriatrie subsumiert werden (Nr. 5), ergeben sich analog zum Krankenhausplan zudem nachfolgende notwendige Folgeänderungen für geriatrische Fachkliniken:

### **Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

#### **10) Geriatrischen Fachkliniken die Leistungsgruppe der Allgemeinen Innere Medizin zuordnen – Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe Geriatrie hinausgehenden Mindestanforderungen nicht erforderlich**

##### **Zu Nr. 8, § 135e (neu):**

Der neue § 6a KHG regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Gemäß § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem zugelassenen Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sollen sich dabei nach der gemäß § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu schließenden Rechtsverordnung richten. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung sollen die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten.

Die in der Anlage 1 für die Leistungsgruppe Geriatrie (Nr. 56) aufgeführten Qualitätskriterien sehen Ausnahmetatbestände für Fachkrankenhäuser vor. So ist u. a. normiert, dass geriatrische Fachkrankenhäuser Apparaturen und verwandte Leistungsgruppen auch in Kooperation erbringen können. Diese Ausnahmetatbestände sind auf Grund der besonderen Spezialisierung geboten und müssen für eine sachgerechte Anwendung auf die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin ausgeweitet werden.

Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere jedoch auch die internistische Akutversorgung des alten Menschen ( $\approx 30$  Prozent) umfasst, müssen geriatrische Fachkliniken über die ihnen zugewiesenen Inhalte der

spezifischen Leistungsgruppe hinaus bei ihren Patientinnen und Patienten auch Leistungen aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin am Standort erbringen und abrechnen können.

Im Krankenhausplan NRW wird geriatrischen Fachkliniken daher auch die Leistungsgruppe der Allgemeinen Innere Medizin zugeordnet. Dafür wird die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe Geriatrie hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert. Dies ist erforderlich, da auf der Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen auch die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses ermittelt werden soll. Für jede zugewiesene Leistungsgruppe erhält das Krankenhaus nach § 6b KHEntgG ein Vorhaltebudget. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben jedoch auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG relevant. Damit geriatrische Fachkrankenhäuser ihr Leistungsspektrum vollumfänglich erbringen und über das Vorhaltebudget bzw. die DRG-Fallpauschalen abrechnen können, muss die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin analog dem Krankenhausplan NRW für geriatrische Fachkliniken geöffnet werden. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher folgende Änderung der Anlage 1 zur § 135e SGB V an:

Nr	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonst. Prozess-/Strukturkr.
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzungen  <u>Für Krankenhäuser, die als geriatrisches Fachkrankenhaus tätig sind, wird die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe Geriatrie hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert</u>	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, Computertomographie (CT) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA mind. Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

## **Artikel 2 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)**

### **11) Versorgungsauftrag geriatrischer Fachkrankenhäuser sicherstellen – Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränken**

#### **Zu Nr. 2, § 6a (neu):**

Gemäß § 16 Absatz 1 Satz 6 KHGG NRW wird der Versorgungsauftrag geriatrischer Fachkliniken hinsichtlich der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränkt. Diese planerische Besonderheit

muss als Folgeänderung im Zusammenhang mit der zur Anlage 1 des § 135e SGB V eingebrachten Änderung auch auf Bundesebene zum Tragen kommen. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher folgende Änderung des § 6a Absatz 1 KHG an:

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses kann hinsichtlich einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung geboten ist. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

Sehr geehrte Frau Dr. Kirsten Kappert-Gonther, sehr geehrte Abgeordnete des Gesundheitsausschusses im Bundestag!

Seit 2020 sind bereits mehr als 60 Krankenhäuser geschlossen worden und mit der Reform wird es ca. 400 weitere treffen. Schon jetzt befinden sich die Krankenhäuser im „freien Fall“. Daher haben GewerkschafterInnen und Betriebsräte am 21. März 2024 die Initiative für die change.org Petition ergriffen **NEIN ZU Lauterbachs „Krankenhausreform“ Für ein Sofortprogramm zur Rettung der Kliniken!**

Bis heute haben **78.753** Menschen ihre Stimme dafür gegeben.

Ich übergebe Ihnen diese vorläufigen Unterschriften, denn die Sammlung wird fortgesetzt.

**Greifen Sie diese Initiative der Massen auf und setzen Sie jetzt um, was zu tun ist!**

Hier sind die Forderungen:

**Kein Bettenabbau! Keine Schließung! TVöD für alle! Mehr Personal!  
Rückführung der Tochterbetriebe!**

Abgeordnete im Bundestag, Abgeordnete in den Landesparlamenten:

**Stimmen Sie den Reformen Lauterbachs nicht zu!  
Verweigern Sie diesen Gesetzen die Zustimmung!**

Abgeordnete im Bundestag, Abgeordnete in den Landesparlamenten:

**Das öffentliche Gesundheitswesen braucht ein Sofortprogramm  
zur Rettung und Wiederherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens!**

**Die Länder müssen die vollen Investitionskosten übernehmen. Es braucht eine kostendeckende Finanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Länder. Fallpauschalen oder leistungsorientierte Vorhaltepauschalen sind keine Lösung: sie führen zur dramatischen Unterbesetzung in der stationären Krankenpflege und haben eine Privatisierungswelle angeschoben, die gestoppt werden muss!**

Kontakt zu den Initiatoren: [unsreichts@gmx.de](mailto:unsreichts@gmx.de)

Link zur Petition <https://chnng.it/6fD5XXMhV5>

WER WENN NICHT  
WIR?

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Deutscher Bundestag  
Mitglied im Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin  
-per Mail-

**Zum: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) – Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 20/11854)**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Dr. Kappert-Gonther, sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband der Vertragspsychotherapie (bvvp) begrüßt die Bemühungen der Bundesregierung zur Verbesserung und Sicherung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern. Zwingend erforderlich ist aus unserer Sicht, dass in die Reform auch die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeschlossen wird.

Der sich über Jahre entwickelnde Pflege- und Fachkräftemangel hat die knappe Personalsituation in den psychiatrischen Kliniken verschärft und lässt Engpässe bei der stationären psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entstehen. Seit Jahren scheitert eine leitliniengerechte Versorgung der Patient\*innen in den psychiatrischen Kliniken an zu niedrigen Personalmindestvorgaben.

Die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen kann nur gesichert werden, wenn für alle beteiligten Berufsgruppen ausreichende Standards in der Personalausstattung geschaffen bzw. bestehende adäquat erweitert werden. Das ist eine unverzichtbare Voraussetzung, besonders auch mit Blick darauf, dass nicht nur die personelle Besetzung, sondern bislang auch die Finanzierung und Förderung der Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie gesichert werden muss-

Langfristig kann das Ziel einer angemessenen stationären Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nur mit besseren Personalvorgaben und entsprechender Förderung des Nachwuchses aller beteiligten Berufsgruppen gesichert werden. Hier ist vorausschauendes Handeln erforderlich, – die rechtzeitige Schaffung entsprechender gesetzlicher Regelungen und die Beauftragung des G-BA.

**VORSTAND**

**VORSITZENDER**

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,  
Psychologischer Psychotherapeut

**STELLV. VORSITZENDE**

Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

**STELLV. VORSITZENDER**

Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.  
Mathias Heinicke,  
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker  
Ariadne Sartorius  
Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt  
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-Köhn  
Dr. phil. Bernd Aschenbrenner

**KONTAKT**

bvvp Bundesgeschäftsstelle  
Württembergische Straße 31  
10707 Berlin

Telefon 030 88725954  
Telefax 030 88725953  
bvvp@bvvp.de  
www.bvvp.de

**BANKVERBINDUNG**

Berliner Volksbank eG  
IBAN:  
DE69100900002525400002  
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID  
DE77ZZZ00000671763



Wir vom bvvp, als gemischter Verband von Ärztlichen, Psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut\*innen sehen die dringende Notwendigkeit, in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ausreichend stationäre Weiterbildungsstellen für Psychotherapeut\*innen zu schaffen und zu finanzieren. Wir möchten Sie daher frühzeitig auf den dringenden Änderungsbedarf am Gesetzentwurf aufmerksam machen.

Wir stehen gerne auch zum persönlichen Austausch bereit.

Dipl.-Psych. Benëdikt Waldherr  
bvvp-Bundesvorsitzender

Dr. méd. Gerhild Rausch-Riedel  
stellv. Bundesvorsitzende

- Stellungnahme -

## **Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 17. Juni 2024.

Der DBfK begrüßt, dass der Gesetzgeber die vielfältigen Herausforderungen in der Krankenhausversorgung erkannt hat. Das aktuelle Anreizsystem der Fallpauschalen ist nicht auf eine qualitative Versorgung ausgerichtet, sondern setzt den Anreiz einer Mengenausweitung und muss reformiert werden. Neben einer Überversorgung mit lukrativen Leistungen, bestehen auch Fehl- und Unterversorgungen. Gerade im Bereich der Primärversorgung werden vom DBfK Versorgungsdefizite gesehen, wodurch die Krankenhäuser in vielfältiger Weise vor Herausforderungen gestellt werden. Zum einen werden viele Fälle in Krankenhäusern versorgt, die auch in anderen Versorgungsformen gut oder sogar besser versorgt werden könnten. Zum anderen stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung Patient:innen nicht zeitnah in andere Versorgungsformen entlassen zu können, wodurch Kapazitäten in den Krankenhäusern gebunden werden. Deshalb ist der DBfK davon überzeugt, dass eine Krankenhausreform mehr als überfällig ist und weit über eine Strukturreform der Krankenhäuser hin gestaltet werden muss. Die Krankenhausreform ist untrennbar mit weiteren aktuellen Gesetzesinitiativen verbunden, insbesondere dem Pflegekompetenzgesetz, einem Gesetz zur Heilkundeausübung durch Advanced Practice Nurses und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz.

Gute Gesundheitsversorgung muss vom Menschen und seinen Bedarfen her gedacht werden. Dazu müssen bestehende Grenzen zwischen Sektoren und Professionen überwunden werden, damit die Bevölkerung eine koordinierte und kontinuierliche Gesundheitsversorgung von hoher Qualität erhält. Das bedeutet auch, zementierte Strukturen aufzubrechen. Konkret heißt das für den DBfK, dass die Strukturen von der Primärversorgung bis hin zur Maximalversorgung und auch in der Langzeitpflege aufeinander abgestimmt und sektorenübergreifend aufgebaut sein müssen. In Deutschland wird unter Primärversorgung noch hauptsächlich die hausärztliche Versorgung verstanden. Diese Sichtweise entspricht nicht dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und greift entschieden zu kurz. Erstens setzt sie zu spät an, da sie die Menschen in aller Regel erst erreicht, wenn sie erkrankt sind oder sich Komplikationen mit neuer Symptomlast ankündigen und sie sich deshalb an die:den Hausärzt:in wenden. Eine Primärversorgungsstruktur, die Gesundheitsförderung und Prävention zur Grundlage hat, erreicht die Menschen früher und kann daher Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit reduzieren. Zweitens blendet sie die umfänglichen pflegerischen Bedarfe als Teil der Grundversorgung aus. Hausärztliche Betreuung muss Hand in Hand mit ambulanter und stationärer Langzeitpflege organisiert sein und muss gut verzahnt sein mit spezialisierten Angeboten wie der Palliativversorgung.

Mit einer Ausweitung ambulanter Interventionen und dem Umbau der Krankenhauslandschaft rücken Überleitung und wohnortnahe Weiterbehandlung noch mehr als zuvor in den Fokus. Eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung aus einer Hand, die Kontinuität sichert und unterschiedliche Gesundheitsleistungen koordiniert ist für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem unumgänglich.

Der Gesetzesentwurf basiert auf Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die aus Sicht des DBfK vom Ansatz her Weitsichtigkeit erkennen lassen und die Chance bieten, durch Umstrukturierungen eine passgenauere und

dadurch bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Vorschläge tragen außerdem dazu bei, den Pflegeberuf durch neue Verantwortungsbereiche und einen Professionalisierungsschub attraktiver zu machen. Die Gutachten der Regierungskommission enthalten u. a. die Möglichkeit, einen weiteren Schritt in Richtung des dringend notwendigen Anschlusses an internationale Standards zu gehen. Der vorliegende Gesetzesentwurf lässt diese Ansätze nur unzureichend erkennen. Es muss an einigen Stellen noch deutlich nachgebessert werden, um eine gelungene Reform aus Sicht der Pflegeberufe sowie zur Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität für die Patient:innen zu erreichen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

## Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

### Artikel 1

### Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### **Änderungsvorschlag: § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen**

Um die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen dort, wo es sinnvoll und notwendig ist, auch unter pflegfachliche Leitung durch Advanced Practice Nurses betreiben zu können, ist § 107 Absatz 1, Satz 1, Nr. 2 zu ergänzen:

- ***Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g und § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können auch unter einer alleinigen pflegerischen Leitung stehen, sofern nur Leistungen nach § 115g, Absatz 1, Satz 1, Nr. 3, 4 und 5 (und ergänzend neue Nummern 6 „Medizinisch-pflegerische Versorgung nach §115h“ und 7 „Rekonvaleszenzbehandlung nach § 115h“) erbracht werden. Es können auch Leistungen nach § 39, § 41 und § 42 des Elften Buches erbracht werden.***

#### **Begründung:**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben aus Sicht des DBfK das Potenzial, der bestehenden Fehlversorgung etwas entgegenzusetzen. Zum einen bieten sie einen Lösungsansatz, stationäre Überversorgung abzubauen und bedarfsgerechter auf die Versorgungsanforderungen zu reagieren. Außerdem können sie eine Versorgungslücke schließen, die im sektorenübergreifenden Bereich besteht und sollten je nach regionalem Bedarf auch als Primärversorgungszentrum aufgestellt sein können. Gerade wenn sektorenübergreifende Versorger als Primärversorgungszentren mit der Möglichkeit zu kurzzeitiger stationärer Behandlung konzipiert werden, sind sie dafür prädestiniert, die Vor- und Nachsorge von ambulanten oder stationären Behandlungen zu übernehmen und gleichzeitig für die wohnortnahe Basisversorgung der großen chronischen Volkskrankheiten zu sorgen. Diesen Versorgungsauftrag können interprofessionelle Teams an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung übernehmen.

Die sektorenübergreifenden Versorger können außerdem mit Rekonvaleszenzbetten eine wohnortnahe Anschlussversorgung gewährleisten, wenn Patient:innen aufgrund komplexer Behandlungen zunächst in weiter entfernten und spezialisierten Krankenhäusern behandelt wurden und vor der Entlassung nach Hause noch eine stationäre Versorgung benötigen. Die meisten Patient:innen in diesem Versorgungssetting werden vor allem Pflege benötigen, ansonsten käme in der Regel eine rein ambulante medizinische Versorgung in Betracht. Dies ist vor allem für ältere, multimorbide Patient:innen sinnvoll.

Die Innovationskraft von sektorenübergreifenden Versorgern hängt also stark davon ab, wie sehr sie die bestehende Lücke in der Versorgung schließen können. Es ist indiziert, pflegeleitete Krankenhäuser nach internationalem Vorbild zu schaffen. Aus mehreren internationalen Studien ist inzwischen bekannt, dass die Behandlungsergebnisse in pflegegeleiteten Krankenhäusern gleichwertig oder sogar besser sind.<sup>1</sup> Gleichzeitig ist die Kosteneffizienz und Zufriedenheit der Patient:innen besser. Insofern ist es konsequent auch in Deutschland pflegegeleitete Krankenhäuser zu ermöglichen mit einer pflegfachlichen Leitung auf dem Qualifikationsniveau Master im Sinne von Advanced Practice Nursing (APN). In Krankenhäusern, die gleichzeitig als Primärversorgungszentrum fungieren, sollten zudem Community Health Nurses (CHN) beschäftigt sein. Die neuen Berufsbilder der pflegerischen Versorgung verfügen über die Kompetenz, diese Krankenhäuser fachlich zu leiten. Die APN auf Masterniveau haben unterschiedliche Schwerpunkte (z. B. für Intensiv- und Notfallpflege, Pädiatrie, Geriatrie), ähnlich einer Facharztausbildung. Dabei bezieht sich die Kompetenz nicht auf eine Weisungsbefugnis den Ärzt:innen gegenüber, sondern auf die fachlich erweiterte Verantwortung der Umsetzung der Behandlungspläne und auf die Eigenständigkeit in der Ausübung von Heilkunde. Die Handlungskompetenzen setzen entsprechende Lerninhalte voraus, die für die akademischen Studiengänge zu definieren und curricular zu verankern sind. Die geschäftliche Leitung kann von Pflegemanager:innen übernommen werden.

Fach- und Allgemeinärzt:innen sowie Logo-, Physio- und Ergotherapeut:innen und gegebenenfalls weitere Berufsgruppen sind selbstverständlich Teil der interprofessionellen Teams, müssen aber nicht kontinuierlich vor Ort sein, wenn die telemedizinische Infrastruktur mit kooperierenden Krankenhäusern sowie der reformierte Rettungsdienst bzw. ein ärztlicher Bereitschaftsdienst gegeben sind. Für akute Notfälle kann der Rettungsdienst eingezogen werden. Idealerweise ist der Rettungsdienst mit Krankentransportwagen, Rettungswagen und ggf. Hubschrauber direkt angebunden. Dann kann eine schnelle Zuweisung und Überleitung in das für den spezifischen Fall am besten geeignete Krankenhaus erfolgen.

## **§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung**

Sektorenübergreifende Versorger sind eine innovative Versorgungsstruktur im vorliegenden Gesetzesentwurf. Zusammen mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h können die Einrichtungen eine Versorgungslücke schließen. Der Leistungsumfang der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen muss um die Leistung einer wohnortnahen Rekonvaleszenz ergänzt werden. Außerdem sollte der Leistungsumfang des § 115g im Bereich des SGB XI noch um die Verhinderungspflege nach § 39 Elftes Sozialgesetzbuch ergänzt werden.

### **Änderungsvorschläge:**

- **§115g Absatz 1, Satz 1 ist zu ergänzen um die Nr. 6 “ Medizinisch-pflegerische Versorgung nach §115h“**
- **§115g Absatz 1, Satz 1 ist zu ergänzen um die Nr. 7 “Rekonvaleszenzbehandlung nach §115h”**
- **§115g Absatz 2, Satz 1 ist zu ergänzen um Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 des Elften Buches.**
- **§115g Absatz 3, Satz 1, Nr. 1 ist zu streichen**

### **Begründung:**

Gerade um die größeren Krankenhäuser und Maximalversorger zu entlasten, ist es aus der Systemperspektive und aus Perspektive der Patient:innen sinnvoll, eine wohnortnahe Behandlung nach schwerwiegenden oder längeren Krankenhausaufenthalten anzubieten (sogenannte Rekonvaleszenzbehandlung). Diese setzt dort an, wo eine Krankenhausbehandlung noch notwendig ist, aber eine ambulante Versorgung noch nicht indiziert ist. Diese Leistungen können auch unter pflegerischer Leitung erbracht werden, entsprechend §115g, Absatz 2, Satz 1, Nr. 3, 5 und 6. Die

---

<sup>1</sup> Wong, F., Chung L. (2006): Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process. & New, J., Mason, J., Freemantle, N., Teasdale, S. Wong, L.; Bruce, N.; Burns, J.; Gibson, J. (2003): Outcome und Specialist Nurse-Led Intervention to Treat and Control Hypertension and Hyperlipidemia in Diabetes (SPLINT): A randomized controlled trial.

ärztliche Betreuung ist konsiliarisch sicherzustellen, z.B. über die niedergelassenen Ärzt:innen oder Telemedizinisch mit den vorab behandelnden Ärzt:innen bzw. einem kooperierenden Krankenhaus einer anderen Versorgungsstufe.

Verhinderungspflege nach § 39 Elftes Buch ist zu ergänzen, da die Zielsetzung ähnlich der Kurzzeitpflege nach § 42 und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches ist. Dadurch könnten sinnvolle Versorgungsstrukturen aus dem Elften Sozialgesetzbuch in den sektorenübergreifenden Versorgern erbracht werden. Der DBfK befürwortet, dass die Leistungen nach dem Elften Buch in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erbracht werden, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind. Eine Mischung von Leistungen nach §115g Absatz 1 und Absatz 2 wird nicht für umsetzbar gehalten, da sich die Organisationsstrukturen, Personalbesetzungen und Aufgaben stark voneinander unterscheiden.

Damit die sektorenübergreifenden Versorger auch mit einem alleinigen Leistungsspektrum unter pflegerischer Leitung betrieben werden können, muss der § 115g, Absatz 3, Satz 1, Nr. 1 gestrichen werden. Pflegegeleitete Krankenhäuser finden vielfältige internationale Vorbilder und müssen nach regionalem Bedarf auch möglich sein. Selbstverständlich sollen sektorenübergreifende Versorger auch die Möglichkeit haben Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie zu erbringen. Das kann weiterhin in § 115g, Absatz 3, Satz 1, Nr. 2 geregelt werden.

### **§115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung**

Der §115h ist im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens weggefallen und muss – entsprechend dem Wortlaut des Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 13. März 2024 – wieder eingefügt werden.

#### **Änderungsvorschläge:**

- **§115h entsprechend dem Wortlaut** des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) **vom 13. März 2024 wieder einfügen.**
- **Die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind explizit durch eine Rekonvaleszenzbehandlung zu ergänzen.**
- **§115h Absatz 3 ist zu ergänzen:** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **und unter Einbezug der Berufsorganisationen der Pflegeberufe** bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung (...)

#### **Begründung:**

Die medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist eine innovative Neuerung und kann unter pflegerischer Leitung erbracht werden. Besonderes Augenmerk in dieser Leistung muss auf die Rekonvaleszenzbehandlung gelegt werden. Gerade durch die im §115h skizzierten Leistungen können die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zur guten Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden damit gestärkt und eine Lücke in der Versorgungslandschaft kann damit gefüllt werden.

Die Begründung zur Schaffung von Rekonvaleszenzbetten entspricht den Ausführungen der Änderungsvorschläge in § 107 und § 115 g.

Die Vereinbarungen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung können nicht ohne pflegefachliche Expertise erfolgen. Deshalb ist es notwendig die Berufsorganisationen der Pflege einzubeziehen.

## §135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

Der DBfK befürwortet sehr die Leistungsgruppen an Mindestqualitätskriterien zu koppeln. Gerade die personelle Ausstattung der Pflegeberufe (sowohl in der quantitativen Ausstattung, als auch der Einsatz von Pflegefachpersonen mit hochschulischen Abschluss) ist enorm wichtig für die pflegerische Qualität, wie viele internationale Studien zeigen und aktuell in NRW für die spezifisch deutschen Verhältnisse mit der TAILR-Studie erforscht wird.<sup>2</sup>

### Änderungsvorschlag:

- **§1135e Absatz 4 ist um eine Nummer 9 zu ergänzen: *als pflegerische Personalvorgaben sind ein Erfüllungsgrad der PPR 2.0 von 80% der Soll-Personalausstattung (entsprechend PPBV) sowie eine Quote von mindestens 2% akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen vorzuweisen.***

### Begründung:

Positiv hervorzuheben ist die paritätische Besetzung eines Leistungsgruppen-Ausschusses mit Vertreter:innen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Vertreter:innen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe.

Aus pflegerischer Sicht müssen Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen einen bedarfsgerechten Personalschlüssel und den notwendigen Qualifikationsmix für die pflegerischen Erfordernisse beinhalten. Strukturqualität kann nicht nur medizinisch-technisch definiert werden, sondern muss auch die pflegerische Komponente enthalten, denn der Zusammenhang zwischen Outcomes, Komplikationen und Mortalität der Patient:innen und der pflegerischen Personalausstattung ist in vielen Studien belegt worden.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als sonstige Struktur- und Prozesskriterien, die in den Qualitätskriterien im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen festgelegt sind, bilden lediglich das Minimum an pflegerischer Strukturqualität ab, um keine Gefährdung der Patient:innen zu erreichen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann damit nicht gewährleistet werden. Außerdem ist die Struktur der PpUGV (also die Fachbereiche) mit der Struktur der Leistungsgruppen nicht kompatibel; die PPBV dagegen hat den Vorteil, dass sie fachbereichsunabhängig erfasst wird und daher in jeder Leistungsgruppe anwendbar ist. Deshalb muss bereits beim ersten Inkrafttreten eine Regelung für die pflegerische Personalausstattung erfolgen. Der Ansatz der PPR 2.0 mit den assoziierten Instrumenten und den angestoßenen Weiterentwicklungen, welcher aktuell in der PPBV gesetzlich geregelt wird, bilden dafür die sinnvollste Grundlage, gerade auch im Sinne einer Entbürokratisierung. Die PPBV sollte zukünftig als Strukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung in allen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen Anwendung finden. Als Mindeststrukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung wird zu Beginn das Niveau von einem Erfüllungsgrad von 80 % der PPR 2.0 vorgeschlagen. Anpassungen bis zu einem Erfüllungsgrad von 100 % müssen sukzessive erfolgen.

Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level zukünftig eine Quote von 30 % für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal benötigt, um einerseits die komplexen Fälle mit hoher Pflegequalität zu versorgen und um dem speziell für Level III obligatorischen Forschungsauftrag entsprechen zu können. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % im Gesetzestext geregelt werden.

Zukünftig müssen aber auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren betrachtet werden. Dazu braucht es Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

---

<sup>2</sup> Hintergrundinformationen zur TAILR-Studie unter <https://www.hs-gesundheit.de/forschung/aktuelle-projekte/tailrde>

Eine Erfüllung von besonderen Qualitätszielen könnte zukünftig mit einem monetären Vorteil „Pay for Performance“ verknüpft werden. Das würde den Anreiz für besondere Qualitätskriterien setzen, in der pflegerischen Qualität könnte das bereits zu Beginn festgelegt werden, z.B. mit einem PPR 2.0 Erfüllungsgrad von 90 % und einer Quote an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen von 5 %.

Berlin, 23.09.2024

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.**

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de) | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)







## Positionen der Deutschen Rheuma-Liga zu einer Krankenhausreform

### Bedarfsgerechte Versorgung rheumakranker Menschen im Krankenhaus sicherstellen!

In Deutschland gibt es rund 1.900 Krankenhäuser mit etwa 480.380 Betten (Stand 2022). Jährlich werden in Deutschland mehr als 16 Millionen Menschen vollstationär behandelt.<sup>1</sup>

Der Bundesrechnungshof stellt in seinem Bericht über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (September 2020) fest, dass die **Krankenhausstruktur in Deutschland** in weiten Teilen **ineffizient** ist. Gründe hierfür sind u. a. die mangelnde Investitionsförderung durch die Länder, der geringe Ambulantisierungsgrad der Krankenhäuser, Doppelstrukturen oder Mengenausweitungen sowie eine unstrukturierte Krankenhausplanung.<sup>2</sup>

Die 2022 eingesetzte „Regierungskommission Krankenhausreform“ hat in den vergangenen Monaten verschiedene Empfehlungen u. a. zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sowie zur Krankenhausfinanzierung und -planung vorgelegt.

Die Regierungskommission Krankenhausreform empfiehlt die Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungsstufen (Level I-III) und definierte Leistungsgruppen (LG) mit strukturellen Anforderungen (Personal, apparative Ausstattung). Die Vergütung setzt sich aus den fallunabhängigen Komponenten Pflegebudget, Vorhaltebudget und reformierten DRGs (rDRGs) zusammen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nach seinem Eckpunktepapier vom Mai 2023 nun einen Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgelegt, der den Empfehlungen der Regierungskommission weitestgehend folgt. Die Einteilung in die Leistungsgruppen folgt für eine Übergangszeit den Regelungen Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen. Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser wurde zudem ein Transformationsfonds in den Gesetzesentwurf aufgenommen.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die „Durchökonomisierung“ der Krankenhäuser zu stoppen und die

---

<sup>1</sup> [Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#)

<sup>2</sup> [Bericht des Bundesrechnungshofs, 2020](#)

medizinisch-therapeutischen Aspekte der Krankenhausbehandlung wieder stärker in den Vordergrund zu rücken. Auch die von der Regierungskommission vorgeschlagene Koppelung der Finanzierung an die Versorgungsstufen sollte hierzu einen Beitrag leisten. Diese Kopplung ist aufgehoben. Stattdessen soll mit den Versorgungsstufen eine „größere Transparenz“ über die Krankenhausversorgung für die Patientinnen und Patienten erreicht werden.

Die demographische Entwicklung zeigt, dass der Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) an der Bevölkerung zunimmt. Damit wird auch die Zahl chronisch kranker und multimorbider Menschen zunehmen. Eine Reform der Krankenhauslandschaft muss dem Rechnung tragen und den **Versorgungsbedarf** der Bevölkerung berücksichtigen.

Eine Krankenhausreform muss **aus Sicht rheumakranker Menschen** folgende Aspekte berücksichtigen:

### **Qualität der Versorgung sichern.**

Rund 17 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer muskuloskelettalen Erkrankung betroffen - davon 1,5 Millionen Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, 5 Millionen Menschen mit Arthrose und mindestens 4 Millionen Menschen mit Osteoporose.<sup>3</sup> Entzündlich-rheumatische Erkrankungen verlaufen in der Regel chronisch progredient. Häufig sind nicht nur der Bewegungsapparat, sondern auch innere Organe und das Nervensystem betroffen.

In die **ambulante medizinische Versorgung** rheumakranker Menschen sind niedergelassene Rheumatologinnen und Rheumatologen, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Orthopädinnen und Orthopäden und andere Facharztgruppen eingebunden. Auch Krankenhausambulanzen und Rheumazentren gehören dazu. Seit 2018 ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei rheumatologischen Erkrankungen nach § 116b SGB V (ASV) in Kraft. Rund 919.960 erwachsene Patientinnen und Patienten wurden seitdem betreut.

Die **akutstationäre Versorgung** von Rheumapatientinnen und -patienten ist komplex und bedarf einer ausgewiesenen Expertise, Spezialisierung und Ausstattung. Insbesondere die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sollte in spezialisierten Kliniken erfolgen, da diese die Möglichkeit der Versorgung durch ein interdisziplinäres Team gewährleisten.

Das Versorgungsstufenmodell der Regierungskommission Krankenhausreform ordnet die Fachkliniken aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Bedeutung für die Versorgung der jeweiligen Patientinnen- und Patientengruppen den Stufen II und III zu. Gleichwohl ist der Regierungskommission bewusst, dass diese der

---

<sup>3</sup> [Rheuma braucht eine starke Stimme - Aktionsplan Rheuma, 2021](#)

Strukturanforderung „Notfallambulanz“ nicht gerecht werden. Die spezialisierte Versorgung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist heterogen und findet mit unterschiedlichen Schwerpunkten teilweise in Universitätsklinika und teilweise in Fachkliniken statt. Nur ein Teil der Kliniken erbringt die OPS „rheumatologische Komplextherapie“. Insbesondere die Universitätsklinika erbringen diese OPS nicht, leisten jedoch eine hochspezialisierte rheumatologische Versorgung.

Das Eckpunktepapier des BMG definiert Fachkliniken als Krankenhäuser „[...] die sich auf Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben [...]“ und „[...] auch schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes“ behandeln.

Rheumatologische Akutkliniken - als Fachkrankenhäuser - arbeiten eng mit Rehabilitationseinrichtungen zusammen oder verfügen sogar über eigene Rehabilitationsabteilungen. Die Behandlungs- und Rehabilitationsinfrastruktur dieser Kliniken muss auch bei der anstehenden Krankenhausreform erhalten bleiben.

Darüber hinaus werden Rheumapatientinnen und Rheumapatienten auch in Allgemeinkrankenhäusern mit und ohne Fachabteilung versorgt.

Um die **Behandlungsqualität** insgesamt für Patientinnen und Patienten zu erhöhen, schlägt die „Regierungskommission Krankenhaus“ ergänzend zu den Versorgungsstufen die Einführung von Leistungsgruppen vor, die sich an den ICD- und OPS-Codes orientieren. Bei der Definition der Leistungsgruppen muss sichergestellt werden, dass die unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte von Universitätsklinika und Fachkliniken jeweils die Zuordnung zu der rheumatologischen Leistungsgruppe ermöglichen.

Bei Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder einer Arthrose kann - je nach Verlauf der Erkrankung - ein **künstlicher Gelenkersatz** erforderlich sein. Auch Menschen mit Osteoporose sind einem hohen Risiko ausgesetzt, einen Wirbel- oder Hüftbruch zu erleiden, der ggf. operativ behandelt werden muss. Die Versorgung mit Endoprothesen erfolgt sowohl in eigenständigen orthopädischen Kliniken als auch Fachkliniken. Ein Teil der Kliniken sind auf die spezialisierte endoprothetische Versorgung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ausgerichtet. Es muss bei einer Reform der Krankenhausfinanzierung sichergestellt werden, dass der höhere Aufwand in der endoprothetischen Versorgung bei diesen Erkrankungen abgebildet wird.

**Spezialisierte Einrichtungen** - wie beispielsweise Fachkliniken für Endoprothetik oder Wirbelsäulenerkrankungen - müssen im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unabhängig vom Versorgungslevel Bestandteil der Krankenhausversorgung bleiben.

## **Verzahnung der Versorgungssektoren sicherstellen.**

Die „Regierungskommission Krankenhaus“ regt eine engere Verzahnung der Sektoren in der Krankenhausplanung und -finanzierung sowie eine Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen an. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Krankenhausreform Anreize für Kooperationen zwischen Krankenhäusern bis hin zu Leistungsgruppen gesetzt werden.

In der rheumatologischen Versorgung besteht **Handlungsbedarf** hinsichtlich der **Kooperation zwischen den Sektoren**. So sollte die Expertise rheumatologischer Krankenhäuser und Fachabteilungen stärker für die ambulante Versorgung genutzt werden. Gleiches gilt für den Austausch der stationären Einrichtungen untereinander. Auch bei der Behandlung von rheumakranken Menschen in Allgemeinkrankenhäusern - insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung - ist die **Einbindung von Expertinnen und Experten** erforderlich.

## **Stationäre Weiterbildungsstellen sichern und ausbauen.**

Die Krankenhausreform bietet die Chance, die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten neu zu ordnen und damit langfristig die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.

Nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) fehlen in Deutschland rund 650 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen für eine bedarfsgerechte Mindestversorgung und rund 1.400 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen für eine adäquate medizinische Versorgung rheumakranker Menschen.<sup>4</sup>

Zu den Ursachen gehören **fehlende Weiterbildungsstellen** in den Krankenhäusern, die in den Kliniken teilweise abgebaut oder gar nicht erst eingerichtet werden. Dies ist vor allem auf das **DRG-Fallpauschalensystem** zurückzuführen. Das leistungsbezogene Vergütungssystem in seiner jetzigen Form setzt Anreize, die Versorgung vor allem in finanziell attraktiven Indikationsbereichen auszuweiten. Die **stationäre internistische Rheumatologie** ist dagegen **personalintensiv** und kommt in der Regel ohne hochbezahlte apparative Leistungen aus.

Der überwiegende Teil der **rheumatologischen Weiterbildung** von Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt - unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung - in **rheumatologischen Akutkliniken, Fachabteilungen und Universitätskliniken**. Dies ist für das Erlernen komplexer und seltener Krankheitsbilder sowie schwerer Verläufe rheumatischer Erkrankungen unerlässlich.

Im Rahmen der Krankenhausreform muss sichergestellt werden, dass die internistische Rheumatologie in größeren Krankenhäusern vertreten ist und damit eine

---

<sup>4</sup> <https://rheuma2025.de/rheuma2025/forderungen-und-ziele>

**ausreichende Zahl von Weiterbildungsplätzen** geschaffen werden kann. Durch eine entsprechende Vergütung im neuen System wird ein finanzieller Anreiz zum Ausbau der Weiterbildungsplätze geschaffen.

Neben der internistischen Rheumatologie spielt die orthopädische Versorgung eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen.

Degenerative Erkrankungen wie die Arthrose oder entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis greifen die Gelenke an und können zu erheblichen Funktionseinbußen führen. In vielen Fällen ist ein künstlicher Gelenkersatz unumgänglich.

Die Levelzuordnungen für diesen Fachbereich sowie die mit der Krankenhausreform vorgesehene Ambulantisierung dürfen nicht zu einer Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeiten führen. Im Rahmen der Krankenhausreform muss die finanzielle sowie intersektorale Förderung von Weiterbildungsstellen realisiert werden.

### **Patientinnen- und Patientenperspektive berücksichtigen.**

Die Strukturreform muss auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten gedacht werden.

Patientinnen und Patienten müssen sich darüber **informieren** können, welches Krankenhaus – entsprechend der Versorgungsstufen - für ihre Behandlung zuständig ist. Sie müssen sicher sein können, dass diese Krankenhäuser die Qualitätskriterien der jeweiligen Versorgungsstufe erfüllen. Diese Informationen müssen leicht auffindbar und verständlich sein.

Zur Sicherung der **Prozess- und Ergebnisqualität** aus Patientensicht in den einzelnen Versorgungsstufen aber auch der sektorübergreifenden Versorgung können Patient-Reported Experience Measures (PREMs) bzw. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) einen wichtigen Beitrag leisten.

Krankenhäusern aller Versorgungslevel müssen **barrierefrei** sein. Die Belange von Menschen mit Behinderungen sind dabei besonders zu berücksichtigen.

Bonn, den 15.05.2024

## **Stellungnahme der DGIV zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz:**

### **Kritische Analyse und Forderungen für eine echte sektorenübergreifende Versorgung**

Am 17.06.2024 wurde der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) zugeleitet. Die DGIV nimmt zu diesem Entwurf wie folgt Stellung:

Die DGIV begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden. Der vorliegende Entwurf KHVVG verfehlt jedoch nach Ansicht der DGIV dieses Ziel in wesentlichen Punkten. Wenn das deutsche Gesundheitswesen nicht in medizinisch und wirtschaftlich überholten Versorgungsstrukturen verharren soll, muss konsequent an innovativen sektoren- und fächerübergreifenden Versorgungslösungen gearbeitet werden, in denen gleiche Zugangs-, Abrechnungs- und Leistungsvoraussetzungen für alle zugelassenen und qualifizierten Leistungserbringer eingerichtet und gewährleistet werden. Obwohl das Gesetz die Notwendigkeit dieser Veränderungen erkennt, werden jedoch nach wie vor weitgehend bestehende Strukturen gefördert, ohne dass ein erkennbarer Paradigmenwechsel stattfindet. Die Umsetzung von Versorgungsstrukturen nach den Prinzipien der Integrierten Versorgung erfordert dagegen einen Perspektivenwechsel, der sich in diesem Gesetz nicht erkennen lässt. Die diversen Akteure des Gesundheitswesens müssen gemeinsam betrachtet werden, da sie auch in der Versorgungsrealität nicht getrennt werden können.

Es fehlen klare Regelungen und Verpflichtungen für Krankenhäuser, integrierte Versorgungsansätze tatsächlich zu implementieren und voranzutreiben. Unter anderem wird der Ausbau der digitalen Infrastruktur und eine stärkere Nutzung der Telemedizin angesprochen, allerdings ohne konkrete Pläne für deren Umsetzung und Finanzierung. Ebenfalls finden die nicht-ärztlichen Heilberufe, die eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung erfüllen, erneut kaum Beachtung. Das Gesetz erkennt an, dass die Potenziale einer sektorenübergreifenden Krankenhausversorgung in der Vergangenheit vielfach ungenutzt blieben. Obwohl das Gesetz die Absicht bekundet, diese Potenziale zukünftig besser nutzen zu wollen, kritisiert die DGIV, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht ausreichend ambitioniert sind, um einen Wandel im Sinne der integrierten Versorgung herbeizuführen.

### **Ungleiche Chancen für stationäre und ambulante Leistungserbringer**

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115 g SGB V stellen, durch den Verweis in Absatz 1 auf § 6c Absatz 1 KHG, weiterhin ausschließlich und dediziert Krankenhäuser nach §107 Absatz 1 SGB V dar. Somit können sie, aus der Perspektive der integrierten

Versorgung, nicht als tatsächlich sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen verstanden werden. Durch die Bindung an das Krankenhaussystem verfehlt dieses Vorhaben zudem einen bedarfsorientierten Ansatz. Anstatt die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu stärken, wird allenfalls die vertragsärztliche Versorgung rudimentär in die Krankenhausversorgung eingebunden. Die vertragsärztliche Versorgung als Versorgungssegment liegt hier nicht im Fokus, auch wenn die Belegärzteschaft durch § 115g SGB V Absatz 1 Satz 3 eingeschlossen wird. Ob allerdings die Belegärzte in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Fuß fassen können, bleibt abzuwarten. Die DGIV sieht hier eine deutliche und intendierte Schwächung des vertragsärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht hinreichend inhaltlich begründet ist.

An dieser Stelle zeigen sich die Probleme des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens auf ordnungspolitischer Ebene. Die Einteilung in zwei Gesetze, bei der das KHVVG einen Fokus den stationären Sektor legt, und das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) einen Fokus auf den ambulanten Sektor, steht symptomatisch für eine noch nicht ausgereifte sektorenübergreifende Perspektive. Zudem werden den zwei Sektoren nicht dieselben Chancen eröffnet. Das KHVVG ermöglicht dem stationären Sektor durch die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine Teilnahme an der ambulanten Versorgung, ohne dem ambulanten Sektor Chancen und Möglichkeiten in einem vergleichbaren Rahmen zu ermöglichen. Wenn das Ziel die Etablierung eines Zwischenbereiches zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sein sollte, müssen allen entsprechend qualifizierten Leistungserbringern gleichermaßen Chancen und Möglichkeiten eröffnet werden. Ein ausgewogener Ansatz, der beiden Sektoren gleiche Möglichkeiten bietet, fehlt. Beispielsweise wäre es denkbar, auch qualifizierte Arztnetze mit nicht personenbezogenen Ermächtigungen auszustatten, die eine flexible Abdeckung personeller Engpässe erlauben würden; ebenso die bereits mehrfach diskutierte Option, dass auch aus der Vertragsärzteschaft heraus bettenführende Einheiten gegründet und betrieben werden können, ohne dass diese den Limitationen der Praxis-kliniken unterliegen aber zugleich ohne den Status eines Krankenhauses zu erhalten (siehe hierzu auch die Ausführungen zu den Sektorenübergreifenden Versorgern).

Diese Problematik wird durch die Finanzierung des Ausbaus einer neuen, vom Krankenhaus ausgehenden ambulanten Versorgung weiter verschärft. Die Finanzierung und Subventionierung dieses Vorhabens durch den Transformationsfonds stellt eine eklatante Wettbewerbsverzerrung zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung auf Kosten der Beitragszahler dar. Diese Investitionsförderung für neue Versorgungsansätze wird in der vertragsärztlichen Versorgung nicht im selben Rahmen bereitgestellt.

### **Unklare Regelungen für Qualitätskriterien**

Desweiteren sind die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aktuell eine „Blackbox“, da alle relevanten Determinanten erst bis 2025 durch die Selbstverwaltung erarbeitet werden

müssen. Es ist unklar, wie die inhaltlichen Vorgaben konkret ausgearbeitet werden sollen, welche Qualitätsvoraussetzungen erfüllt werden müssen und wie die Vergütung ausgestaltet wird.

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund des Status als Krankenhaus die für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen notwendigen Strukturen hohe Kosten verursachen werden. Abhängig von der weiteren Ausarbeitung dieser Regelung, besteht die Gefahr, dass die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu groß, zu komplex und zu teuer werden, um den eigentlichen Bedarf angemessen adressieren zu können. Ausgangspunkt des Konzepts war ursprünglich die Erkenntnis, dass eine relevante Zahl an Patienten stationär behandelt wird, die eigentlich nicht die teure und personalintensive Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen. Für sie sollte eine bedarfsorientierte bettenführende Einheit geschaffen werden, die Patienten insbesondere auch in peripheren Regionen mit niedrigen Fallzahlen qualitativ hochwertig, wohnortnah und effizient versorgen kann.

Die Möglichkeit, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V Absatz 2 die Möglichkeit bekommen sollen, zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach §42 SGB XI und Tages- und Nachtpflege nach §43 SGB XI anbieten zu können, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden durch § 115g SGB V Absatz 2 faktisch keine neuen Handlungsräume geschaffen, da diese Leistungen in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erbracht werden müssen. Da die Umnutzung einer Immobilie zuvor schon möglich war, ist die Zielsetzung dieser Regelung unklar.

In § 135e SGB V werden Qualitätskriterien für die zukünftig festgelegten Leistungsgruppen festgelegt. § 135e SGB V Absatz 1 Nummer 2 legt den Fokus auf die sachliche und personelle Ausstattung und damit nahezu ausschließlich auf Strukturqualität. Die in § 136 SGB V Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausdrücklich benannte Ergebnisqualität findet sich in der Aufzählung nicht. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen in fünf Jahren hauptsächlich anhand ihrer finanziellen Auswirkungen evaluiert werden sollen. Die notwendige und zielführende Evaluation medizinischen Outcomes wird in diesem Zeitraum nicht möglich sein. Diese Fixierung auf Strukturkriterien lähmt die mit Blick auf allgegenwärtige Knappheit (Personal, Finanzen etc.) zwingend notwendige Innovation. Eine deutliche Verschiebung weg von starren, innovationshemmenden Strukturkriterien hin zu Indikatoren für die Ergebnisqualität ist eine der Forderungen, die die DGIV seit langer Zeit stellt. Dies würde nicht nur Fehlanreize verringern, sondern auch den Weg für alternative Ansätze ebnen. Beispielsweise könnte durch strukturverändernde Innovationen gezeigt werden, dass auch mit weniger Personal unter bestimmten Bedingungen eine bessere oder zumindest gleichwertige Ergebnisqualität erzielt werden kann. Der Schwerpunkt sollte daher auf der Ergebnisqualität liegen, und die Gesetzgebung sollte flexible und innovationsfreundliche Rahmenbedingungen schaffen, die es ermöglichen, durch neue Versorgungsmodelle und technologische Integration eine hohe Versorgungsqualität mit weniger Ressourcen zu erreichen. Stattdessen beharrt der Gesetzgeber auf starren Strukturvorgaben, die in der modernen Versorgungsrealität entweder



dazu führen, dass am falschen Ende gespart wird, oder die ausgesetzt werden müssen, da sie nicht umsetzbar sind.

### **Ausnahmen tendenziell richtig, Ausnahmekriterien unklar**

Das Gesetz sieht mit §39 KHG (neu) Förderbeiträge für die geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung sowie die Versorgung in Stroke Units, der Speziellen Traumatologie und der Intensivmedizin in Krankenhäusern vor. Diese Auswahl von einzelnen Versorgungssektoren ist nicht klar begründet und die fachliche Begrenzung ist unklar. Somit erscheint diese Auswahl willkürlich. Die Ausgestaltung als pauschaler Zuschlag, der in §39 KHG Absatz 3 an die Vorhaltevergütung und damit an Fallzahlen gekoppelt wird, geht erneut an der Bedarfsfrage vorbei. Die Förderbeträge werden nicht verwendet, um Versorgungsangebote in strukturschwachen Gebieten aufrecht zu erhalten oder auszubauen, sondern werden pauschal an die Versorger ausgeschüttet. An diesem Punkt ist auch die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme in Frage zu stellen. Bei beispielsweise rund 700.000 Geburten im Jahr 2023 ergibt sich bei einem Fördervolumen von 120 Mio. Euro ein Zuschlag von rund 170 Euro pro Geburt. Dieser Betrag ist nicht ausreichend, um eine kleine Geburtsstation in strukturschwachen Gebieten aufrecht zu erhalten und wird von einer großen, wirtschaftlichen Geburtsstation nicht benötigt. Um den Anschein von Klientelpolitik zu vermeiden, müssen die Auswahlkriterien für die geförderten Versorgungssektoren besser dargestellt werden. Zudem sollten die Förderbeträge genutzt werden, um versorgungsrelevante Einrichtungen in strukturschwachen Gebieten zu erhalten.

Zusammenfassend sieht die DGIV in dem aktuellen Entwurf des KHVVG erheblichen Nachbesserungsbedarf. Die Förderung bestehender Strukturen ohne echte Innovationsansätze kann kein zukunftsweisender Ansatz sein. Zudem enthält der Entwurf zahlreiche Kann-Regelungen, die in ihrer aktuellen Form keine echte Innovation fördern. Ohne klare Verpflichtungen bleibt der notwendige systemische Wandel aus. Die DGIV fordert, dass ambulante und stationäre Versorgungsbereiche gleichermaßen gefördert und zu gemeinsamen Versorgungsansätzen zusammengeführt werden, um einen wirklichen sektorenübergreifenden Ansatz zu ermöglichen. In diesem Sinne muss ein echter Paradigmenwechsel stattfinden, bei dem nicht nur bestehende Strukturen gefördert, sondern innovative, bedarfsorientierte und integrierte Versorgungsansätze entwickelt werden. Die DGIV fordert den Gesetzgeber auf, die Vorschläge zur sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne einer echten integrierten und am Patientenbedarf orientierten Versorgung zu überarbeiten und dabei die Chancengleichheit zwischen ambulanten und stationären Sektoren sicherzustellen.

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen – Bundestagsdrucksache 20/11854**

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie begrüßt die Gesetzesinitiative der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Wir bitten im Rahmen der Beratungen zum Gesetzgebungsvorhaben um Berücksichtigung nachfolgender Bedenken:

### **1. Korrekturen an der Leistungsgruppe 37, Berücksichtigung interdisziplinärer sowie fachgebietsübergreifender Versorgungskonzeptionen**

Zu **Artikel 1, Nr. 8** (§ 135e SGB V), **Anhang zu Artikel 1, Nr. 25 (Anlage 1 zu § 135e SGB V)**

#### **• Präzisierung der Beteiligungs- und Antragsrechte - Ausschuss**

Wir begrüßen die Absicht, die Struktur- und Prozessqualität zur Leistungsgruppe MKG-Chirurgie (37) bereits unmittelbar im Gesetz, in der Anlage 1 zu § 135e SGB V, zu definieren. Die Vorgaben sind jedoch gegebenenfalls nur vorläufiger Natur. Es bleibt dabei, dass die Leistungsgruppen in einer (im Bundesrat zustimmungspflichtigen) Rechtsverordnung, erstmals bis zum 31.03.2025 – mit Wirkung ab dem 01.01.2027, weiterentwickelt werden sollen.

Unseres Erachtens bedarf es einer Präzisierung der Beteiligungs- und Antragsrechte im dazu zu gründenden Ausschuss zugunsten der in den Leistungsgruppen benannten Facharztgruppen. Es ist nicht hinreichend, bereits die Befassung über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung, sprich einer Leistungsgruppen, lediglich ins freie Ermessen des Bundesgesundheitsministeriums bzw. einer obersten Landesbehörde zu stellen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, wesentliche Rechte und Pflichten des Ausschusses, sowie der Fachgesellschaften und Verbände - die von Änderungen der Anlage 1 betroffen wären - insbesondere Antrags- und Beteiligungsrechte - im Gesetz zu verankern.

#### **• Rechtsverbindlichkeit der personellen Vorgaben sicherstellen**

In § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V heißt es, dass *„für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 ... im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten sind, dabei*

- a) entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden*

In der Begründung heißt es, *„Ziel dieser Qualitätsvorgaben ist es, eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten sicherzustellen.“*

Auf dem Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses 2024 wurde von Vertretern des Medizinischen Dienstes in Frage gestellt, ob die Zahl 3 wörtlich zu nehmen sei. Angesichts von Urlaubszeiten, Krankheit, usw. müsse die Vorhaltevorgabe *“24/7“* in 5 bis 6 Fachärzte übersetzt werden.

Eine solche "Interpretation" gilt es von vornherein auszuschließen! Die Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität und damit auch die vorzuhaltende Anzahl an Fachärzten müssen gerichtsfest sein und dürfen nicht nach Belieben interpretiert werden können. Wir bitten ausdrücklich dem bei der weiteren Ausformulierung des Gesetzes Rechnung zu tragen.

- **Änderung der Anlage 1 – Leistungsgruppe 37 - "personelle Ausstattung / Verfügbarkeit"**

Die Vorgaben zur personellen Ausstattung der Leistungsgruppe 37 - MKG-Chirurgie (Anlage 1 zu § 135e SGB V), sollen - alternativ zur Vorhaltung von mindestens 3 am Standort angestellten Fachärztinnen und Fachärzten – auch durch vertragliche Vereinbarung mit mindestens drei Belegärztinnen / Belegärzten erfüllt werden können. Die personelle Verfügbarkeit von 3 Fachärztinnen und Fachärzten dient der ganztägigen Abdeckungen, 24 Stunden an 7 Tagen die Woche (bei einem Vollzeitäquivalent von 8 Stunden). Diese Qualitätsvorgabe unterstützen wir vollumfänglich für unsere Hauptfachabteilungen! Für die belegärztliche MKG-Chirurgie halten wir demgegenüber die vertragliche Vereinbarung mit mindestens 2 Fachärzten für sachgerecht. Belegärztliche Tätigkeit beschränkt sich auf die Behandlung der „eigenen Patienten“. Dadurch reduziert sich im Vergleich zu Hauptfachabteilungen die Anzahl behandlungsnotwendiger Notfälle und akuter Komplikationen. Auch wenn für die belegärztliche Tätigkeit ebenfalls eine 24/7-Abdeckung wünschenswert bleibt, wird sich dies personell nicht immer realisieren lassen. Die Folge wäre, dass bestehende, qualitativ gesicherte, belegärztlich Versorgung wegbricht.

- **Änderung der Anlage 1 – Leistungsgruppe 37 – "Sachliche Ausstattung"**

Hinsichtlich der Leistungsgruppe MKG-Chirurgie (37) bitten wir bereits unmittelbar in der Anlage 1 zu § 135e SGB V einen Fehler zu korrigieren. In Spalte 6, wird unter "Sachliche Ausstattung" ein "Panendoskop" genannt. Ein derartiges Gerät existiert nicht, folglich kann es auch nicht als vorzuhaltendes Gerät aufgeführt werden.

- **Änderung der Anlage 1 - Leistungsgruppe 27**

Hinsichtlich der Leistungsgruppe 27 (Spezielle Traumatologie) in Anlage 1 zu § 135e SGB V, bitten wir - zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden, fachgebietsübergreifenden, interdisziplinären (Notfall-)Versorgung bei Traumata im Gesichtsbereich – um Ergänzungen. Bislang wird für die Zuweisung des Versorgungsauftrages zur Leistungsgruppe 27, Fachärzte der LG MKG-Chirurgie lediglich als "weiteres Auswahlkriterium", in "Kooperation" mit einem anderen Krankenhausstandort vorzuhaltende, verwandte Leistungsgruppe geführt.

Dies ist unzureichend. Auf Grund der Häufigkeit von Traumata im Gesichtsbereich, sollte die MKG-Chirurgie unter den "Mindestvoraussetzungen", als verwandte Leistungsgruppe die in "Kooperation", also nicht notwendiger Weise am Standort erbracht wird, geführt werden. Bestenfalls wird die LG MKG-Chirurgie am Standort vorgehalten.

- **Zentren mitdenken**

Die MKG-Chirurgie durch doppelapprobierte Fachärzte zeichnet sich durch ihre hohe Verzahnung mit anderen Fachgebieten der Humanmedizin sowie der (lediglich aus der Sicht anderer Fachgebiete interdisziplinären) Zusammenarbeit mit der Zahnmedizin aus. Die Beteiligung von MKG-Chirurgen ist insbesondere obligat für die Zertifizierung von "Kopf-Hals-Tumorzentren", "Traumazentren" (hier gibt

es verschiedene Stufen), von “Schädelbasiszentren” sowie zukünftigen “B-Zentren” - Lippen-Kiefer-Gaumenspalten & kraniofaziale Chirurgie - i.R. von “Zentren für seltene Erkrankungen”. Dieser besonderen Expertise werden die holzschnittartigen Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität der 65 somatischen Leistungsgruppen der Anlage 1 zu § 135e SGB V jedoch noch nicht gerecht.

Dankenswerter Weise haben dies auch die Verfasser bereits erkannt und im Besonderen Teil des Entwurfes zu § 135e Abs. 1 Nummer 2 (Rechtsverordnung) ausgeführt, dass *„im Rahmen der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Qualitätskriterien geeignete Zertifikate und Qualitätssiegel (beispielsweise onkologische Zertifikate, Stroke-Units, Trauma-Zentren, Zentren für Seltene Erkrankungen) Berücksichtigung finden“* sollen.

## **2. Weiterbildung**

Die Ausweisung und teilweise Umwidmung von Häusern der untersten Versorgungsstufe zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die weitere Konzentration von – insbesondere hochkomplexen und risikobehafteten – Eingriffen auf entsprechend qualifizierte Standorte (Häuser der Level II, III, IIIU, BG und Bundeswehr), wird zu einer Verringerung der stationären Weiterbildungskapazitäten führen. Wir erwarten nicht, dass der Gesetzgeber mit dem KHVVG die Umstrukturierung der fachärztlichen Weiterbildung mitgestaltet. Allerdings erscheint es unumgänglich, spätestens bis zum Zeitpunkt der “Scharfschaltung” der Leistungsgruppen 2027, zusammen mit der ärztlichen Selbstverwaltung, ein Reformkonzept umgesetzt zu haben, welches dieser Entwicklung Rechnung trägt. Die zunehmende Ambulantisierung der Weiterbildung macht es erforderlich, Kompetenzen über örtliche Kammer- insbesondere aber über Sektorengrenzen hinweg, als Verbundweiterbildungen, auszugestalten. Dies wirft allerdings eine Reihe fachlicher und rechtlicher Fragen auf – Stichworte: Arbeitnehmerüberlassung, Haftungs- und Weisungsrecht, Vergütung. Wir regen bereits jetzt eine generelle Förderung ambulanter Weiterbildungsstationen an. Die Idee, ausschließlich “grundversorgende” Facharztgruppen - neben der fachärztlich-hausärztlichen Weiterbildung - fördern zu wollen, hat sich als nicht zielführend erwiesen.

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Per E-Mail an  
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Präsidentin der Deutschen  
Gesellschaft für Psychologie (DGPs)  
Prof. Dr.  
Eva-Lotta Brakemeier  
Marienstr. 30  
10117 Berlin  
E-Mail: [praesidentin@dgps.de](mailto:praesidentin@dgps.de)

Vorsitzender des Fakultätentages  
Psychologie (FTPs)  
Prof. Dr. Conny Herbert Antoni  
Universität Trier  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
E-Mail: [antoni@uni-trier.de](mailto:antoni@uni-trier.de)

Amtsgericht Berlin  
VR 35794 B

Berlin, 23.09.2024

## **Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

### **DGPs und FTPs nehmen anlässlich der bevorstehenden Anhörung im Gesundheitsausschuss am 25. September 2024 erneut Stellung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Fakultätentag Psychologie (FTPs) vermissen in dem Gesetzentwurf die dringend benötigten Regelungen zur Sicherung einer angemessenen fachpsychotherapeutischen Versorgung im stationären Rahmen.

Psychische Störungen sind einer der häufigsten Gründe für Lebensjahre, die mit Einschränkungen und Behinderungen verbracht werden, für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Psychotherapie ist laut vorliegender interdisziplinärer Leitlinien für die meisten psychischen Erkrankungen *das* Mittel der Wahl. Mit dem bisherigen Gesetzentwurf wird weiterhin die Chance versäumt, für eine angemessene personelle Ausstattung der Krankenhausabteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für eine ausreichende Qualifizierung des dafür nötigen psychotherapeutischen Nachwuchses zu sorgen.

### **Personalausstattung und leitliniengerechte Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen**

Die Mindestvorgaben der Richtlinie des G-BA zu „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie)“ sollten über die Mindestvorgaben hinaus um Vorgaben zum notwendigen therapeutischen Personal für eine leitliniengerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und um Prozessindikatoren zur Abbildung einer solchen leitliniengerechten Behandlung ergänzt werden. Zur Erarbeitung solche spezifischen Vorgaben sollte der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilen.

Weiterhin sollte zu diesem Zweck auch der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel (OPS) um Indikatoren ergänzt werden, die die Abbildung einer leitliniengerechten Versorgung ermöglichen. Das würde eine Feststellung erlauben, welche Leistungen bei den Patient\*innen ankommen und inwieweit die Vorgaben der PPP-Richtlinie auch tatsächlich zu einer leitliniengerechten Behandlung führen. Konkret schlagen wir Änderungen im SGB V vor, die im Anhang spezifisch aufgeführt sind

## **Finanzierung der Weiterbildung von Fachpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten**

Die Universitäten und gleichgestellten Hochschulen bilden seit der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 2020 eine wachsende Zahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus. Diesen Neu-Approbierten fehlt es aber wegen ausstehender gesetzlicher Regelungen zur Finanzierung an Möglichkeiten, ihre fachpsychotherapeutische Weiterbildung, inklusive der dafür notwendigen zweijährigen stationären Tätigkeit, zu absolvieren und somit ihre berufliche Qualifikation abzuschließen. Damit steuert das Land trotz einer ausreichenden Anzahl von Studienabsolvent:innen auf einen Mangel an Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten zu, der durch die demographische Entwicklung noch verschärft wird. Im stationären Bereich fehlt es an quantitativen und qualitativen Vorgaben zur Personalausstattung der Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die eine den aktuellen Behandlungsrichtlinien gemäße psychotherapeutische Versorgung ermöglichen würde. Insbesondere fehlen Vorgaben für eine temporär erhöhte Zahl an Weiterbildungsplätzen im stationären Sektor, die es in den nächsten Jahren, in denen es noch ein Nebeneinander von Aus- und Weiterbildungswegen zum Fachpsychotherapeuten geben wird, einer ausreichenden Zahl von Fachpsychotherapeuten und -therapeutinnen den stationären Teil der Weiterbildung ermöglicht. Diese Regelungsmöglichkeit wird im aktuellen Gesetzgebungsverfahren versäumt und der bevorstehende Personalmangel damit verschärft. Konkret schlagen wir Änderungen in der Bundespflegeverordnung (BpflV) vor, die im Anhang spezifisch aufgeführt sind.

## **Über die DGPs:**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs e.V.) ist eine Vereinigung der in Forschung und Lehre tätigen Psychologinnen und Psychologen. Die über 5800 Mitglieder erforschen das Erleben und Verhalten des Menschen. Sie publizieren, lehren und beziehen Stellung in der Welt der Universitäten, in der Forschung, der Politik und im Alltag. Die Pressestelle der DGPs informiert die Öffentlichkeit über Beiträge der Psychologie zu gesellschaftlich relevanten Themen. Darüber hinaus stellt die DGPs Journalistinnen\*Journalisten eine Expertendatenbank für unterschiedliche Fachgebiete zur Verfügung, die Auskunft zu spezifischen Fragestellungen geben können. Wollen Sie mehr über uns erfahren? Besuchen Sie die DGPs im Internet: [www.dgps.de](http://www.dgps.de)

## **Über den Fakultätentag Psychologie:**

Der Fakultätentag Psychologie (FTP) ist die hochschulpolitische Vertretung der wissenschaftlichen Psychologie an den deutschen Universitäten. Der Fakultätentag ist Ansprechpartner bei Gesprächen auf politischer Ebene, um die Interessen der psychologischen Institute deutscher Universitäten gebündelt zu vertreten. Er soll außerdem der Kommunikation zwischen den Instituten dienen, wenn es um die Diskussion und Abstimmung von Fragen z.B. der Organisation von Studium und Lehre, der Inhalte von Studiengängen oder der Schwerpunktsetzungen geht. <https://fakultaetentag-psychologie.de/>

**Anhang: Konkrete Vorschläge zu Änderungen an SGB V und Bundespflegegesetzverordnung**  
(Änderungen fett gedruckt)

§ 136a Absatz 2 SGB V werden folgende Sätze am Ende angefügt:

**Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt die Richtlinie nach Satz 2 bis zum 1. Januar 2026 um Personalvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung. Zudem bestimmt er bis zum 1. Januar 2028 geeignete Prozessindikatoren zur Abbildung einer leitliniengerechten Behandlung in den Behandlungsbereichen der Richtlinie nach Satz 2.“**

In § 301 Absatz 2 SGB V wird nach Satz 7 folgender Satz 8 ergänzt:

**Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in einer Rechtsverordnung das Nähere zur Weiterentwicklung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 1 und Satz 2 zur Abbildung einer leitliniengerechten Behandlung für Krankenhäuser, die nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz abrechnen.“**

§ 3 Absatz 3 BPfIV soll wie folgt geändert werden:

„... Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: ...

7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat.,

**8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.**

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, ~~oder 7~~ **oder 8** dies erfordern oder...“



## **Stellungnahme des Bundesverbandes spezielle Lebensmittel e. V. (DIÄTVERBAND) zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz**

---

Der Bundesverband spezielle Lebensmittel e. V. (DIÄTVERBAND) begrüßt die gesetzgeberische Initiative, die Krankenhauslandschaft in Deutschland zu reformieren und mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) die Qualität der Krankenhausbehandlung zu verbessern.

### **Erhalt der Evaluation von Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen**

Vor allem die ernährungsmedizinische Versorgung ist durch die aktuelle Vergütungssystematik der G-DRGs leider nur unzureichend berücksichtigt. Die neue Möglichkeit der Vorhaltefinanzierung geknüpft an Leistungsgruppen und Mindeststrukturvoraussetzungen eröffnet die Chance, die rechtzeitige Diagnose interventionsbedürftiger Ernährungszustände sicherzustellen. Um den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand fortwährend in die Mindeststrukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einzubringen, ist die Evaluation durch den Ausschuss, eingerichtet vom Bundesministerium für Gesundheit, auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu begrüßen.

### **Integration der stationären ernährungsmedizinischen Versorgung in § 39 Abs. 1 SGB V**

Darüber hinaus hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gemeinsam mit der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) in diesem Jahr einen [Call for Action](#) zur Implementierung von sogenannten Ernährungsscreenings und darauf aufbauender ernährungsmedizinischer Behandlung veröffentlicht. Ernährungsscreenings sind kosteneffizient, leicht umsetzbar und in den Anamnese-Prozess im Krankenhaus integrierbar. Um der immensen Bedeutung ernährungsmedizinischer Behandlung im ganzheitlichen Behandlungspfad der stationären Patient:innen Rechnung zu tragen, schlagen wir daher vor, diese auch in § 39 Abs. 1 SGB V (Krankenhausbehandlung) gesetzgeberisch zu verankern.

Bonn, September 2024

**Stellungnahme der  
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und des  
Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) zum  
Referentenentwurf (RefE) für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)  
vom 15.04.2024**

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) und der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) begrüßen die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern. Die DVSG und der DBSH unterstützen die Ziele einer modernen, bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und sektorenübergreifenden Krankenversorgung. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass auch folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- **Sicherung der psychosozialen Versorgung** durch die Verankerung von Sozialdiensten mit Sozialarbeiter\*innen/Sozialpädagog\*innen als Qualitätskriterium und Mindeststrukturmerkmal
- **Lebensweltorientierte Ausrichtung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen** durch eine enge Verzahnung mit regional vorhandenen Strukturen und Angeboten und entsprechender Fallsteuerung

Im Folgenden werden diese Forderungen näher ausgeführt.

**Sicherung der psychosozialen Versorgung durch die Verankerung von Sozialdiensten mit Sozialarbeiter\*innen/Sozialpädagog\*innen als Qualitätskriterium und Mindeststrukturmerkmal**

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Sozialdiensten nehmen drei zentrale Funktionen in der Krankenhausversorgung ein:

1. Im Rahmen des multiprofessionellen **Entlassmanagements** leisten sie regelhaft einen wichtigen Beitrag zur Überleitung in die nachstationäre Versorgung, z. B. im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen, ambulanter und stationärer Pflegeleistungen ([vgl. DVSG 2022](#)).
2. Die Expertise der Sozialen Arbeit ist insbesondere bei **Menschen mit komplexen Problemlagen** erforderlich. Es ist zu erwarten, dass die Häufung komplexer Problemlagen im Zuge der Ambulantisierung zunehmen wird, da leichte Fälle in der Regel ambulant versorgt werden können und sollen. Die Komplexität besteht nicht nur aufgrund medizinischer Behandlungserfordernisse, sondern sie liegt zusätzlich in einer Vielzahl an begleitenden, indikationsunabhängigen, die Behandlung und Nachsorge erschwerenden Faktoren begründet. Dazu zählen beispielsweise erhöhte patient\*innenindividuelle Anforderungen an die Nach- bzw. Anschlussversorgung, z. B. aufgrund von extremer Adipositas, Demenz, Multimorbidität, Suchtproblematik, Immobilität oder kognitiver Beeinträchtigungen. Auch die Erforderlichkeit zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung oder ein unklarer Versichertenstatus bzw. aufwändige Kostenträgerermittlung (neben SGB V auch SGB II, VI, IX, XI, XII, Asylbewerberleistungsgesetz) sind Aspekte komplexer Problemlagen.

3. Darüber hinaus trägt die Soziale Arbeit indikationsbezogen mit ihren Kompetenzen in **psychozialer Beratung, Krisenintervention, Case Management und Koordination** zur Reduktion individueller, psychosozialer Belastungen und damit zur Sicherstellung des Behandlungserfolges bei. Schwere und chronische körperliche Erkrankungen sind regelhaft mit hohen psychischen und sozialen Belastungen verbunden. Werden diese nicht frühzeitig und fachgerecht identifiziert, können sie z. B. durch vermeidbare Folgeerkrankungen, Chronifizierungen oder andauernde Arbeitsunfähigkeit zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem führen. Frühzeitige Unterstützung, Intervention und Beratung fördert den Genesungsprozess und befähigt Patient\*innen und ihre Bezugspersonen, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Sie wirken präventiv und somit kostensenkend und unterstützen den Ansatz der Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Überblick zur fallbezogenen Arbeit leistet die [Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen \(DVSG 2019\)](#)

Entsprechende psychosoziale Leistungen und die hierfür erforderlichen Strukturmerkmale sind im KHVVG bislang nicht enthalten. Die DVSG und der DBSH mahnen dringend an, im Rahmen der Entwicklung von Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung gemäß § 135e SGB V Sozialdienste mit Expertise Sozialer Arbeit (Sozialarbeiter\*innen/Sozialpädagog\*innen gemäß [Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit des Fachbereichstags Sozialer Arbeit](#)) verpflichtend vorzusehen. Der Sozialdienst war in dem ursprünglichen Entwurf der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung enthalten (vgl. [Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, Mindeststrukturvoraussetzungen in Tabelle 1b](#)).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Sozialdiensten sind grundsätzlich in allen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Leistungsgruppen sowie in den geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach §115g SGB V als Struktur- und Qualitätskriterium zu benennen und vorzusehen.

Darüber hinaus sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Sozialdiensten indikationsunabhängig vorzuhalten und entsprechend im Rahmen der Vorhaltepauschalen zu berücksichtigen.

### **Lebensweltorientierte Ausrichtung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch enge Verzahnung mit regional vorhandenen Strukturen und Angeboten und entsprechender Fallsteuerung**

Die DVSG und der DBSH begrüßen grundsätzlich die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach §115g SGB V. Diese bieten eine Chance für eine wohnortnahe Versorgung von Personen, die aufgrund ihrer Lebenssituation nicht rein ambulant behandelt werden können oder vorübergehender Pflege und Betreuung bedürfen.

Diese Einrichtungen bilden vor allem dann einen Mehrwert und Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgung, wenn

- Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher zum Portfolio gehören. Daher sollte neben dem Angebot von Kurzzeitpflege auch Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI möglich sein.
- ambulante und stationäre Leistungen bedarfsbezogen und flexibel verknüpft werden. Dies erfordert eine gute Vernetzung und transsektorales Fallmanagement.

Auch für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind psychosoziale Beratung, Krisenintervention und ein multiprofessionelles Entlassmanagement unter Beteiligung der Sozialen Arbeit sicherzustellen. Es bedarf der Anpassung von Strukturvorgaben für Personal und ggf. für die Finanzierung mittels Komplexziffern mit Blick auf multiprofessionelle Teams und Fallbesprechungen.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind im Zusammenhang mit weiteren geplanten Neuerungen (z. B. Primärversorgungszentren, integrierte Gesundheitszentren, Gesundheitsregionen, Gesundheitskioske) sinnvoll miteinander zu verknüpfen.

Berlin, 30.04.2024

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)  
Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH)



**Kuratorium Deutsche Altershilfe**  
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Schirmherr  
Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier

KDA | Michaelkirchstr. 17-18 | 10179 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Ihre Ansprechperson:  
Dr. Alexia Zurkuhlen

Telefon: +49 30 / 2218298-12  
E-Mail: alexia.zurkuhlen@kda.de

Datum: 12.09.2024

Per Mail: [gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

## Stellungnahme zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt übersenden wie Ihnen die Stellungnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe e.V. zum „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)“ (Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit).

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Alexia Zurkuhlen

Vorständin

Anlage:

Stellungnahme des KDA zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kuratorium Deutsche Altershilfe  
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.  
Michaelkirchstr. 17-18  
10179 Berlin

Tel.: +49 30 / 2218298-0  
Fax: +49 30 / 2218298-66  
E-Mail: [info@kda.de](mailto:info@kda.de)  
Internet: [www.kda.de](http://www.kda.de)

Amtsgericht Charlottenburg  
VR 34346 B  
USt-IdNr. DE 159836546

Vertretungsberechtigte Personen  
Dr. Alexia Zurkuhlen (Vorständin)  
Helmut Knepe (Vorstand) für den  
KDA e.V. und die KDA gGmbH (Ges-  
chäftsführung)

**Stellungnahme des KDA  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität  
im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen  
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

## **Gliederung**

Vorbemerkung.....	1
Vorgeschlagene Ergänzungen.....	3
Erläuterungen.....	4

## **Vorbemerkung**

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine Lübcke Stiftung e.V. setzt sich für eine Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung älterer Menschen ein. Seit über 60 Jahren gibt das KDA gesellschafts- und sozialpolitische Impulse. Es entwickelt im Dialog mit seinen Partnern Lösungskonzepte und Modelle für die Arbeit mit älteren Menschen und hilft, diese umzusetzen. Es trägt durch seine Projekte, Beratungen, Fortbildungen, Tagungen und Veröffentlichungen wesentlich dazu bei, die Lebens- und Versorgungsqualität älterer Menschen zu verbessern und die Rahmenbedingungen hierfür generationenübergreifend zukunftsfähig weiterzuentwickeln. Als Ideengeber und Vorreiter für innovative Lösungsansätze leistet es wertvolle Dienste für das Gemeinwesen. Schirmherr des KDA ist Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier.

Unter dem Dach des KDA wurde das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) eingerichtet. Seit 2019 fördert das DKF maßgeblich den fachöffentlichen Diskurs, bringt Akteur:innen zusammen, betreibt Agendasetting, sorgt für einen Austausch von Beispielen guter Praxis und entwickelt Instrumente mit dem Ziel, dass internationale Anwerbung von Pflegefachpersonen nachhaltig, wertschätzend und fair gestaltet wird. Somit leistet das DKF nicht nur einen Beitrag zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, sondern auch zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. hat den gesetzlichen Auftrag für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ herauszugeben. Dies ist im Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland festgehalten. Um eine hohen ethischen Standards gerecht werdende Anwerbung und Vermittlung von Pflegefachpersonenaus Staaten, die nicht zur Europäischen Union (EU) und zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehören, sicherzustellen, wurde ein freiwilliges Gütesiegel für selbst anwerbende Leistungserbringer und Unternehmen der privaten Personalvermittlung eingeführt. Das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ wird als RAL Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ von der RAL Gütegemeinschaft Anwerbung und Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland e.V. erteilt. Derzeit nutzen 53 Unternehmen der Personalvermittlung sowie selbstanwerbende Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dieses Gütezeichen.

Nur eine faire Vermittlung von qualifizierten Pflegekräften aus dem Ausland nach Deutschland kann nachhaltig und somit gewinnbringend für den deutschen Pflegearbeitsmarkt sein. Insofern setzt sich das KDA dafür ein, dass die Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Gütesiegels „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ erfolgt.

Da die Bundesrepublik Deutschland das ILO Übereinkommen über private Arbeitsvermittler von 1997 nicht ratifiziert hat, ist die Anzahl der über private Intermediäre vermittelte Fachkräfte im Allgemeinen sowie in die Gesundheits- und Pflegeberufe nicht bekannt. In Anbetracht der Anerkennungsstatistik für das Jahr 2022 sowie der Anzahl der Vermittlungen von Pflegefachpersonen aus dem gleichen Jahr, die durch „Triple Win“ erfolgte ist davon auszugehen, dass der überwiegende Anteil von international ausgebildeten Pflegefachpersonen aus Drittstaaten nicht über staatliche Vermittlungswege, sondern mithilfe privater Vermittler rekrutiert oder eigeninitiativ den Weg der Erwerbsmigration nach Deutschland bestritten hat. So entfielen im Jahr 2022 die meisten Anträge auf Anerkennung (16.635 Anträge) auf den Gesundheitsfachberuf Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Pflegefachfrau und Pflegefachmann<sup>1</sup>. Im gleichen Jahr wurden durch „Triple Win“ 463 Pflegefachpersonen aus Drittstaaten nach Deutschland vermittelt<sup>2</sup>.

Diese Zahlen verdeutlichen die Bedeutung privater Vermittler für das Anwerbe geschehen in den deutschen Pflegearbeitsmarkt. Umso wichtiger ist es, bei der Anwerbung von Pflegefachpersonen aus Drittstaaten nicht nur auf die Quantität, sondern auch die Qualität der Anwerbung zu achten. Durch Bezugnahme auf das Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz kann ein bedeutender Anreiz für Krankenhäuser geschaffen werden, sich bei der Anwerbung von internationalen Pflegefachpersonen entweder selbst mit dem staatlichen Gütesiegel auszeichnen zu lassen oder ausschließlich auf entsprechend geprüfte Personalserviceagenturen (Intermediäre) zu setzen. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG wurde die Möglichkeit der Refinanzierung von qualitätsgesicherten Anwerbekosten durch Berücksichtigung bei den Pflegesatzverhandlungen bereits geschaffen (vgl. § 75 Abs. 2 Nr. 10 SGB XI). Es ist daher von Interesse, einen Gleichlauf der Refinanzierungsmöglichkeiten für die Langzeitpflege sowie für Einrichtungen der Akutversorgung herzustellen.

---

<sup>1</sup>Bericht zum Anerkennungsgesetz 2023, herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 93, [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a33\\_bericht\\_anerkennungsgesetz\\_2023\\_final.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a33_bericht_anerkennungsgesetz_2023_final.pdf)

<sup>2</sup> Antwort der Bundesregierung auf die Frage 4 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Programm „Triple Win“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung und weitere Maßnahmen der Bundesregierung zur Rekrutierung von internationalen Fachkräften im Gesundheitswesen“, Drucksache 20/10331 <https://dserver.bundes-tag.de/btd/20/105/2010522.pdf>



## Vorgeschlagene Ergänzungen

Das KDA schlägt folgende Ergänzungen des Referentenentwurfs (vgl. S. 39) vor.

Nr. 8 § 17b wird wie folgt geändert:

[...]

cc) Folgende Nummern 4 und 5 werden angefügt:

[...]

5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die

a.) *im Sinne des § 16d AufenthG als Qualifizierungsmaßnahme eine Ausgleichsmaßnahme im Sinne von § 11 Absatz 3 des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz durchlaufen, namentlich*

*aa.) eine Kenntnisprüfung nach § 40 Absatz 3 Satz 2 Alternative 1 des Pflegeberufgesetzes,*

*bb.) einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 Alternative 2 oder nach § 41 Absatz 2 Satz 4 Alternative 1 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder*

*cc.) eine Eignungsprüfung nach § 41 Absatz 2 Satz 4 Alternative 2 oder Absatz 3 Satz 2 Alternative 2 des Pflegeberufgesetzes.*

*ablegen, und*

*b.) deren Anwerbung*

*aa.) auf Grund einer Absprache der Bundesagentur für Arbeit mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes gemäß § 16d Abs. 4 AufenthG oder*

*bb.) qualitätsgesichert im Sinne von § 1 des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland durch selbst anwerbende Leistungserbringer oder Unternehmen der privaten Personalvermittlung aus dem Ausland erfolgt ist*

*oder die*

*c.) eigeninitiativ das Arbeitsverhältnis im Zusammenhang mit der Ausgleichsmaßnahme angebahnt haben.*

[...]

## Erläuterungen

Das KDA empfiehlt eine Ergänzung des vorgeschlagenen § 17b Absatz 4a) Nr. 5 (nF) des Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz um die o.g. Ausführungen.

Hierfür wird die Einfügung des Oberbegriffs „Ausgleichsmaßnahme“ sowie von Querverweisen auf die entsprechenden Vorschriften aus dem Aufenthaltsgesetz und dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz vorgeschlagen.

Zwar sieht § 40 Absatz 4 Pflegeberufegesetz ausdrücklich die Nichtanwendbarkeit des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes vor. Jedoch wird gemeinhin der Begriff „Ausgleichsmaßnahme“ als Sammelbezeichnung für Nachweise über die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes bei außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes erworbenen Berufsabschlüssen verwendet. Dafür spricht auch der Wortlaut des § 16d Absatz 1 Satz 1 Aufenthaltsgesetz, wo von „Anpassungs- oder Ausgleichsmaßnahmen“ die Rede ist.

Weiterhin sollten die im Pflegeberufegesetz vorgesehenen möglichen Ausgleichsmaßnahmen namentlich benannt und präzise zitiert werden. Neben einem Anpassungslehrgang kann eine ausländische Pflegekraft auch eine Kenntnisprüfung (bei Drittstaatler\*innen) oder eine Eignungsprüfung (bei EU/EWR-Bürger\*innen) ablegen. Der Pflegekraft steht ein Wahlrecht zwischen den beiden für Sie in Frage kommenden Ausgleichsmaßnahmen zu (vgl. § 40 Absatz 3 Satz 3 Pflegeberufegesetz bei Drittstaatler\*innen bzw. § 41 Absatz 2 Satz 5 Pflegeberufegesetz bei EU / EWR-Bürger\*innen). Eine Ungleichbehandlung der drei möglichen Ausgleichsmaßnahmen kann nicht gewollt sein.

Das KDA empfiehlt außerdem bei der Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten die Qualität der Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland zu berücksichtigen. Oft wurden Pflegekräfte, die sich im Anerkennungsverfahren befinden, gezielt aus dem Ausland angeworben. In diesen Fällen sollten die Personalbeschaffungskosten im Krankenhausfinanzierungsgesetz nF nur dann Bestandteil der auszugliedernden Pflegepersonalkosten sein, wenn die Anwerbung durch Dritte<sup>3</sup> im Rahmen der staatlichen Vermittlung („Triple Win“ und Bundesagentur für Arbeit) oder durch Private unter Einbeziehung des staatlichen Gütesiegels „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ im Einklang mit dem Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland erfolgt ist. Bei Vermittlungen, die durch die Bundesagentur für Arbeit („Triple Win“) erfolgen, ist die Qualitätssicherung durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen gewährleistet und es sind insofern keine weiteren Nachweise erforderlich<sup>4</sup>. Das Bundesministerium für Gesundheit ist Inhaber des staatlichen Gütesiegels „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“, welches an Akteure privater Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland verliehen werden kann.

---

<sup>3</sup> Unternehmen der privaten Personalvermittlung oder selbstanwerbende Leistungserbringer (hier: Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, §§ 107 SGB V) im Sinne von § 3 Absatz 2 des Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

<sup>4</sup>Antwort der Bundesregierung auf die Frage 19 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Programm „Triple Win“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung und weitere Maßnahmen der Bundesregierung zur Rekrutierung von internationalen Fachkräften im Gesundheitswesen“, Drucksache 20/10331 <https://dserver.bundestag.de/btd/20/105/2010522.pdf>

Da es keine statistischen Angaben dazu gibt, wie viele Pflegekräften aus dem Ausland über gewerbliche Vermittlung bzw. von selbst-anwerbenden Leistungserbringern jährlich in den deutschen Pflegearbeitsmarkt vermittelt werden, muss davon ausgegangen werden, dass es auch Pflegefachpersonen aus Ausland gibt, die sich eigeninitiativ um die Arbeitsplatzsuche in Deutschland und die Durchführung des Anerkennungsverfahrens bemühen. Sollte die Pflegekraft eigeninitiativ das Arbeitsverhältnis sowie das Anerkennungsverfahren angebahnt haben, darf keine Ungleichbehandlung gegenüber gewerblich vermittelten Pflegefachpersonen gegeben sein. Daher sollten anfallende Vergütungen während des Anerkennungsverfahrens sowie entstehende Kosten für Ausgleichsmaßnahmen und den Spracherwerb für eigeninitiativ Bewerbende als Personalbeschaffungskosten in die ausgliedernden Pflegepersonalkosten mitaufgenommen werden, um eine finanzielle Mehrbelastung dieser Personengruppe im Vergleich zu gewerblich Angeworbenen zu vermeiden.

Das SGB XI hat im § 75 zur Refinanzierung von Anwerbekosten bereits Regelungen getroffen. Diese könnten auch kohärent auf SGB V Einrichtungen angewendet werden. So würde nicht nur dem Regulierungsinstrument mit freiwilligem Charakter mehr Bedeutung verliehen, sondern die qualitätsgesicherte Anwerbung würde auch bei den Arbeitgebenden einen höheren Stellenwert durch finanzielle Anreize erhalten.

Bonn, 17.07.2024

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen** (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG, Stand 17.06.2024)

**hier: Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation zur Leistungsgruppe „Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“ (Leistungsgruppe 55 in Anlage 1 zu §135e KHVVG)**

Sehr geehrter Herr Minister Professor Lauterbach,  
sehr geehrte Damen und Herren,

**30 Jahre Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation in Deutschland (BAR, 1994) und damit 30 Jahre Erfolgsgeschichte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, einschließlich der außerklinischen Intensivpflegebedürftigkeit bei schweren neurologischen Erkrankungen werden durch die Krankenhausreform weiterhin wissentlich massiv gefährdet!  
Betroffene und deren Vertretung wie der Bundesverband Rehabilitation sind entsetzt.**

Zum Referentenentwurf des KHVVG, Stand 13.04.2024 hatten wir vormals schriftlich und im Rahmen der von Ihrem Haus veranstalteten Anhörung ausführlich Stellung genommen. Wir dürfen hier auf unsere vorausgegangene Korrespondenz verweisen, ohne die Argumente alle zu wiederholen. Die damals vorgetragenen Probleme wurden jedoch in keinster Weise im aktuellen Entwurf berücksichtigt.

Vielmehr ist die Krankenhausreform für die NNF-B in Deutschland massiv gefährdend, wie der BDH bereits im vergangenen Jahr mit mehreren Stellungnahmen sowohl an Ihr Haus als Bundesministerium für Gesundheit wie auch an alle zuständigen Landesministerien ausgeführt hat.

Dies ist unter anderem darin begründet, dass im Referentenentwurf des KHVVG (wie auch schon im Krankenhausplan NRW) zwar die Leistungsgruppe neurologische Frührehabilitation hinterlegt ist, was unsererseits sehr begrüßt wird, diese aber mit der Mindestanforderung der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ (Leistungsgruppe 64 in Anlage 1 zu §135e KHVVG) am Standort verknüpft ist.

●  
Eingetragener Verein  
Sitz Bonn.  
Als gemeinnützige  
und mildtätige  
Organisation anerkannt.

●  
Zusammenschluss von  
Menschen mit Behinderung.  
Fachorganisation für  
neurologisch erkrankte  
Menschen und ihre  
Angehörigen.

●  
Träger von Neurologischen  
Kliniken und Neurologischen  
Rehabilitationseinrichtungen.

●  
Sparkasse KölnBonn  
Konto-Nr. 14850069  
BLZ 37050198  
IBAN  
DE15370501980014850069  
BIC  
COLSDE33  
Bank für Sozialwirtschaft  
Spendenkonto-Nr. 250 250  
BLZ 37020500  
IBAN  
DE51370205000000250250  
BIC  
BFSWDE33XXX

Nun ist es so, dass die NNF-B oftmals in Fachkrankenhäusern durchgeführt wird und nicht nur an Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung (Level II & III). Das hat den Vorteil, dass diese Fachkrankenhäuser oftmals unter einem Dach in einem angegliederten Rehabilitationsbereich die Phasen C und D anbieten und so das Phasenmodell der BAR insgesamt am Standort umsetzen. Dadurch können Betroffene von einem aufeinander aufbauenden phasenübergreifenden Therapiekonzept innerhalb einer Klinik profitieren. Gerade solche Strukturen tragen daher in besonderer Weise zum langfristigen Behandlungserfolg, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Förderung von Teilhabe bei.

Typischerweise haben diese Fachkrankenhäuser die langjährig nachgewiesene Kompetenz mit akuten medizinischen Komplikationen der versorgten schwer betroffenen Patient\*innen umzugehen, wie auch eine Kooperation mit naheliegenden Akutkrankenhäusern, um Patienten mit intensivmedizinisch zu versorgenden Komplikationen zu betreuen, aber häufiger keine „vollständige“ Intensivstation im Haus. Wie eine Folgeabschätzung-Erhebung der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation, DGNR aus dem Sommer 2023 aufzeigt, sind durch das Verlangen des Strukturkriteriums „Leistungsgruppe Intensivmedizin am Standort“ etwa 40 % der gesamten NNF-B-Betten in Deutschland akut gefährdet, und das ohne inhaltlich-fachliche Begründung und ohne Not.

Inzwischen hat der Referentenentwurf des Themas der Fachkrankenhäuser aufgegriffen und trifft an sehr vielen Stellen die Unterscheidung, dass geforderte „verwandten“ LGen betreffend „für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind“ diese Mindestanforderungen am „Standort“ und andererseits „für Fachkrankenhäuser“ die Mindestanforderungen in „Kooperation“ verlangt werden.

Genau ein solches Vorgehen haben wir für die NNF-B empfohlen. Dort wird dies jedoch nicht zugelassen, sondern es bleibt für alle Krankenhäuser und damit die Fachkrankenhäuser bei der *conditio sine qua non* für die LG NNF-B, dass die Leistungsgruppe Intensivmedizin am Standort vorgehalten werden muss.

**Damit sind insgesamt die NNF-B-Betten in Deutschland weiterhin massiv gefährdet und zwar insbesondere die NNF-B-Betten an Fachkrankenhäusern, die nun gerade das Phasenmodell der BAR umsetzen und die Betroffenen über die verschiedenen Phasen betreuen, mit dem Erfolg der Integration in die soziale Teilhabe und mit dem Erfolg der Vermeidung von außerklinischer Pflegebedürftigkeit und darüber hinaus gehender Pflegebedürftigkeit im Alltag.**

Sollten die Versorgungskapazitäten der NNF-B wie aktuell geplant reduziert werden, würde dies im Übrigen auch einen „Rückstau“ auf den Intensivstationen der Level II und III-Kliniken bewirken mit der Folge, dass dort Notaufnahmen und Operationen nicht mehr im erforderlichen Maße durchgeführt werden können, was die Versorgung unserer Bevölkerung weiter verschlechtern würde.

**Lässt sich das Problem (noch) lösen?**

Es gibt für die Lösung des Problems, wie bereits mehrfach mitgeteilt, einen sehr einfachen Lösungsansatz:

**Analog zur Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ und „Geriatric“ wird geregelt, dass die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ bei Fachkrankenhäusern zumindest in Kooperation verfügbar sein muss, aber nicht am Standort selbst zwingende Voraussetzung ist.**

Im Übrigen besteht die Problematik analog für Stroke Units an Fachkrankenhäusern. Auch hier wäre eine entsprechende Regelung angezeigt.

**Abschließend möchten wir noch einmal auf die gefährliche Situation für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) (NNF-B) und damit für viele von neurologischen Erkrankungen schwer Betroffenen und ihre Angehörigen hinweisen. Denn die Umsetzung der Krankenhausreform wie aktuell vorgesehen würde völlig unnötig und fachlich wie auch versorgungspolitisch in der Sache unbegründet ihre Gesundheit und spätere Teilhabe am Leben massiv gefährden. Entsprechend fordern wir im Sinne der Betroffenen die Umsetzung der oben genannten Abhilfen.**

Für Rückfrage und zur Diskussion der angesprochenen Sachverhalte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. med. T. Platz  
Ärztlicher Direktor Forschung  
Leiter Institut für Neurorehabilitation und  
Evidenzbasierung,  
An-Institut der Universität Greifswald  
t.platz@bdh-klinik-greifswald.de



Josef Bauer  
Bundesgeschäftsführer  
BDH Bundesverband Rehabilitation  
josef.bauer@bdh-reha.de

## **Schreiben des PtW Forums und der PsyFaKo zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) an den Gesundheitsausschuss des Bundestages**

Sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages,

das Forum für Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW Forum) setzt sich bundesweit für die Interessen der (zukünftigen) Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung ein. Die Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e.V.) ist die Interessensvertretung aller Psychologiestudierenden im deutschsprachigen Raum. Als psychotherapeutischer Nachwuchs möchten wir uns im Vorlauf der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 25.09.2024 zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) der Bundesregierung vom 15.05.2024 äußern.

In diesem Schreiben nehmen wir unter anderem Bezug auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) zum KHVVG vom 25.06.2024. Diese wird unten zitiert.

### **Aktueller Stand der psychotherapeutischen Weiterbildung**

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 2019 hatte zum Ziel, die prekären Ausbildungsverhältnisse für Psychotherapeut\*innen zu beenden und eine angemessene Bezahlung der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung sicherzustellen. Die fünfjährige Weiterbildung nach dem Studium und der Approbation ist künftig die Voraussetzung, um als Fachpsychotherapeut\*in zur Versorgung beizutragen. Die Finanzierung des zweijährigen stationären und des ambulanten Teils der psychotherapeutischen Weiterbildung ist jedoch bisher unzureichend geregelt, was zur Folge hat, dass es bislang nahezu keine Weiterbildungsplätze für Psychotherapeut\*innen gibt. Die unzureichende Finanzierung der Weiterbildung führt zu einem effektiven Ausbildungsstopp des psychotherapeutischen Nachwuchses, da das bisherige Ausbildungssystem mit der Reform des PsychThG abgeschafft wird. Mittlerweile haben bereits mehrere hundert Masterabsolvierende nach einem mindestens fünfjährigen Studium ihre Approbationsprüfungen abgelegt, ohne einen Weiterbildungsplatz in Aussicht zu haben. Daher sind gesetzliche Regelungen längst überfällig. Ab 2025 ist jährlich mit mindestens 2.500 neu approbierten Psychotherapeut\*innen zu rechnen, die bereit stehen, die anschließende Weiterbildung zu absolvieren und Patient\*innen zu versorgen.

### **Gesetzliche Regelungen zur stationären Weiterbildung**

Derzeit leisten Psychotherapeut\*innen in Ausbildung einen bedeutenden Anteil der stationären Psychotherapie. Bis zum Auslaufen der Übergangsfrist 2032 (Härtefälle: 2035)



wird die Zahl der Ausbildungsteilnehmenden stetig sinken. Daher kann die psychotherapeutische Versorgung ohne Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung nicht sichergestellt werden. Diese kann nur durch eine entsprechende Finanzierung der stationären Weiterbildungsstellen ermöglicht werden. Insbesondere in der Übergangszeit, in der sowohl Psychotherapeut\*innen in Aus- sowie in Weiterbildung in der stationären Versorgung tätig sind, besteht ein besonderer Finanzierungsbedarf, um neue Weiterbildungsstellen zu schaffen.

Die Refinanzierung der Personalmehrausgaben für die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung in Kliniken muss in die Bundespflegesatzverordnung aufgenommen werden, wie es für die Vergütung der Psychotherapeuten\*innen in Ausbildung in § 3 Abs. 3 Nr. 7 BpflV bereits geschehen ist. Dabei sollte die Berücksichtigung der Personalkosten der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung geregelt werden, wobei eine Vergütung in tarifvertraglicher Höhe sichergestellt werden muss. Ohne eine entsprechende Regelung sind die notwendigen Kosten in den Budgetverhandlungen kaum durchsetzbar, sodass die benötigten Weiterbildungsstellen nicht in ausreichender Zahl geschaffen werden können. Daher ist es unverständlich, dass der Gesetzesentwurf der Bundesregierung bislang keine Regelungen zur stationären psychotherapeutischen Weiterbildung enthält.

### **Angleich der Vergütung von Psychotherapeut\*innen in Ausbildung**

Angesichts der allgemein gestiegenen Lebenshaltungskosten sowie der schon bisher unzureichenden Bezahlung der Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (nach PsychThG 1999) ist deren bisher vorgesehene Vergütung von 1000€ pro Monat deutlich anzuheben. Die 1000€ Regelung wurde mit der Reform des PsychThG 2019 eingeführt und seitdem nicht an die Inflation angepasst. Auch in den nächsten Jahren werden die Psychotherapeut\*innen in Ausbildung in den Kliniken arbeiten und zur Versorgung beitragen. Die Vergütung ist mindestens an die Inflation seit 2019 anzupassen. Vor dem Hintergrund des hohen Qualifikationsniveaus und der Versorgungsleistung in der Ausbildung aber noch deutlich darüber hinaus.

### **Leitliniengerechte Versorgungsvorgaben und Qualitätssicherung**

Psychotherapie ist in der stationären Patientenversorgung das Mittel der Wahl zur Behandlung fast aller psychischen Erkrankungen gemäß wissenschaftlicher Leitlinien. Zur nachhaltigen Verbesserung der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es entscheidend, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) um eine zusätzliche Qualitätsvorgabe zu ergänzen. Neben den bestehenden Mindestvorgaben sollten verbindliche Empfehlungen zur personellen Ausstattung eingeführt

werden, die eine leitliniengerechte Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gewährleisten. Analog der Mindestvorgaben sollten diese Empfehlungen ebenfalls die Tätigkeitsprofile der unterschiedlichen Berufsgruppen berücksichtigen, die an der leitliniengerechten Behandlung beteiligt sind.

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsqualität im stationären Setting haben ihr Ziel bislang nicht erreicht. Auch mit Blick auf den dauerhaften Mangel an stationären Aus- und Weiterbildungsstellen für angehende Psychotherapeut\*innen unterstützen wir daher die von der Bundespsychotherapeutenkammer geforderte Verbesserung der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen über die Erweiterung der PPP-Richtlinie durch wie oben genannte Mindestanforderungen, die konkrete Qualitätsvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung nennen.

Ebenfalls unterstützen wir die Forderung nach einer Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) mit dem Ziel der Qualitätssicherung der stationären psychotherapeutischen Versorgung auf Basis von Routinedaten [1].

Nur durch eine angemessene Finanzierung der stationären Weiterbildung noch in dieser Legislaturperiode kann die psychotherapeutische Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland auch langfristig gesichert werden. Ebenfalls ist es notwendig, noch in dieser Legislaturperiode, die PPP-Richtlinie um leitliniengerechte Qualitätsvorgaben zu erweitern und den OPS zur Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung weiterzuentwickeln. Entsprechende Regelungsvorschläge wurden bereits unter anderem von der Bundespsychotherapeutenkammer [1] vorgelegt und müssen nun dringend im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) umgesetzt werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen dabei gerne zur Verfügung.

Gezeichnet

Das PtW Forum

KonRat des PsyFaKo e.V

[1] Stellungnahme der BPtK zum Kabinettentwurf des KHVVG, 25.06.2024  
[https://api.bptk.de/uploads/STN\\_B\\_Pt\\_K\\_GE\\_KHVVG\\_69f56fa54e.pdf](https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_GE_KHVVG_69f56fa54e.pdf)

**Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG PVA) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsgesetz – KHVVG) vom 15.04.2024**

Die BAG PVA begrüßt ausdrücklich die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern und bedankt sich für die Möglichkeit zur Beteiligung im Stimmabgabeverfahren zum Referentenentwurf. Die BAG PVA vertritt mit verschiedenen dafür qualifizierten Berufsgruppen die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in der Versorgung im Akutkrankenhaus jenseits stationärer Psychiatrie/Psychosomatik. In den folgenden Ausführungen beschränkt sich die BAG PVA ausschließlich auf die im Referentenentwurf vorzunehmenden Änderungen zur Sicherstellung der Einbeziehung eben dieser psychosozialen Belange in der Krankenhausbehandlung.

Schwere und chronische körperliche Erkrankungen sind regelhaft mit hohen psychischen und sozialen Belastungen verbunden. Werden diese nicht frühzeitig fachgerecht identifiziert und behandelt, können sie z. B. durch vermeidbare Folgeerkrankungen, Chronifizierungen oder lang andauernde Arbeitsunfähigkeit zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem führen. Frühzeitige Unterstützung, Intervention und Beratung fördert den Genesungsprozess und befähigt die betreffenden Patient\*innen sowie deren An- und Zugehörige, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die fachgerechte psychosoziale Unterstützung in somatisch zentrierten Abteilungen der Krankenhäuser und den dazu geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist in Bezug auf weitere Folgeerkrankungen und Störungen ebenfalls präventiv und somit kostensenkend wirksam. Der Referentenentwurf deckt in der bisherigen Fassung leider keine psychosozialen Aspekte ab, gefährdet damit die Patient\*innensicherheit sowie den Behandlungserfolg und versäumt die erforderliche Zusammenführung von Krankheit und Gesundheit mit der psychosozialen Dimension.

Zu den einzelnen Paragraphen schlägt die BAG-PVA folgende Änderungen vor:

**§ 115**

Unter § 115h wird lediglich von einer „Medizinisch-pflegerischen Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ gesprochen; damit werden für den Bereich der somatisch orientierten Akutversorgung die Sozialarbeiter\*innen/Sozialpädagog\*innen, die fachpsychologische/fachpsychotherapeutische Expertise und die für komplex Erkrankte notwendigen qualifizierten Künstlerischen Therapien ausgeklammert. Das widerspricht nicht nur der mehrdimensionalen Gesundheitsdefinition der WHO mit dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell<sup>1</sup> sondern auch national und/oder bundesweit etablierten Versorgungszielen und wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien. Als Beispiel soll hier die onkologische Versorgung über sämtliche dafür relevante Leistungsbereiche genannt werden: die Ziele des Nationalen Krebsplans

---

<sup>1</sup> bzw. dem bio-psycho-sozio-spirituellen Modell der Palliativversorgung

(2008, Handlungsfeld 2, Ziel 9) sowie die wissenschaftlich fundierten Empfehlungen der S3-Leitlinien Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient\*innen (aktualisiert 2023) oder die S3 Leitlinie Palliativmedizin (aktualisiert und erweitert 2019) sowie die Zertifizierung von Krebs-Organzentren, onkologischen Zentren und der onkologischen Spitzenzentren werden nicht berücksichtigt. Diese betrachten nämlich die Erhebung der psychischen, sozialen und spirituellen Ressourcen und Belastungen sowie die am Bedarf orientierte psychoonkologische /palliativpsychologische Diagnostik, Unterstützung und Therapie bei jeder/m onkologischen Patient\*in als selbstverständlichen Bestandteil zeitgemäßer onkologischer Versorgung.

Die BAG PVA schlägt deshalb für die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen des § 115h die Verwendung des Begriffs der „Medizinisch-pflegerischen-psychosozialen Versorgung“ für die Benennung des Paragraphen und die einzelnen Absätze 1, 2, 3 und 4 vor. Im Absatz 1 ist darüber hinaus zusätzlich der psychosoziale Bedarf ergänzend aufzunehmen zum pflegerischen Bedarf.

### **§ 116a**

Dementsprechend bedarf es aus unserer Sicht beim § 116a neben der vertragsärztlichen Versorgung in Absatz 1 und 2 für die somatisch orientierte Akutmedizin auch zwingend die Ergänzung fachspezifischer vertragspsychotherapeutischer Versorgung (d.h. Psychoonkologie, Psychodiabetologie, Psychokardiologie, Palliativpsychologie, Psychotherapie geriatrischer Patient\*innen) und neuropsychologischer Versorgung.

### **§ 135e**

Beim §135e schlägt die BAG PVA für den letzten Satz Absatz 1 folgende Ergänzung vor „... und für Patienten sicheren medizinischen und psychosozialen Versorgung beitragen.“

Zudem irritiert uns, dass bei der Zusammensetzung des Ausschusses unter Absatz 3 Satz 5 neben der Krankenhausgesellschaft nur Vertreter\*innen der Bundesärztekammer und Berufsorganisationen der Pflegeberufe genannt werden. Die psychosozialen Berufsgruppen der Sozialen Arbeit, der qualifizierten Fachpsychologie/Fachpsychotherapie und der Künstlerischen Therapien in der Versorgung des Akutkrankenhauses sind nicht vertreten. Die Bundespsychotherapeutenkammer kann als Interessensvertreter\*in diese Bereiche nicht adäquat abdecken und reicht als zusätzliche Berücksichtigung alleine eindeutig nicht aus. Ergänzt werden müssen demzufolge „Berufsorganisationen und Fachverbände psychosozialer Berufsgruppen“. Die Einbindung fachlicher Expertise aus dem Bereich psychosozialer Versorgung im Akutkrankenhaus für den weiteren Prozess stellt aus unserer Sicht eine dringende Notwendigkeit dar. Wir als BAG-PVA bieten hier als der dafür spezialisierte Interessensverbund unser Mitwirken an.

Unter Absatz 4 des § 135e sei auf den beigefügten Anhang verwiesen: Der als Referenz geltende Krankenhausplan NRW wurde erkennbar ohne Expertise von Vertreter\*innen des psychosozialen

Bereichs der somatisch zentrierten Akutversorgung in Krankenhäusern gestaltet. Anders lassen sich die dort zu findenden begrifflichen Inkonsistenzen oder fehlende Erwähnung trotz bestehender Leitlinien, Zertifizierungskriterien, OPS-Ziffern, DMP-Programmen oder dem Nationalen Krebsplan nicht erklären. Das betrifft neben den Leistungsbereichen Geriatrie oder Neurologie sämtliche Bereiche onkologischer Versorgung inkl. der Leistungsbereiche operativer, spezifisch medikamentöser und strahlenmedizinischer Versorgung, aber auch die Kardiologie, Palliativmedizin, Diabetologie und Transplantationsmedizin. Für den Krankenhausplan NRW als Referenz der geplanten Krankenhausreform braucht es in der psychosozialen Versorgung jenseits der Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik

1. die Verwendung klarer und eindeutiger fundierter Begrifflichkeiten fachpsychologischer/fachpsychotherapeutischer (ärztlich und psychologisch) und/oder sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Qualifizierung
2. Orientierung an vorhandenen Qualitätskriterien wie S3-Leitlinien, Zertifizierungskriterien, OPS-Komplexziffern und Strukturempfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften.

Im Rahmen der Definition der Qualitätskriterien in Krankenhäusern und der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen braucht es

- die feste Verankerung von Sozialarbeiter\*innen/Sozialpädagogen\*innen<sup>2</sup> als grundsätzliches Qualitätsmerkmal aller Leistungsgruppen und der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen
- die Verankerung fachpsychologischer/fachpsychotherapeutischer Expertise für sämtliche Leistungsgruppen der Akutkrankenhäuser, in denen für Patient\*innen (und deren An- und Zugehörigen) entweder ein hohes Potential für psychische Traumatisierung oder nachweislich eine hohe psychische Belastung durch somatische Erkrankung besteht.
- die Verankerung Künstlerischer Therapien mindestens als Auswahlkriterium in den Leistungsbereichen der Somatik bei komplexen Behandlungen mit hohem Leidensdruck.

Wir als BAGPVA stehen für Rückfragen zur Verfügung und bringen uns gerne mit unserer spezifischen fachlichen Qualifikation in den weiteren Prozess ein.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus

30. April 2024

Kontakt: [info@bag-pva.de](mailto:info@bag-pva.de)

---

<sup>2</sup> [https://cdn.website-editor.net/31ab6b86f4df4ec4a4df102d9bcb226e/files/uploaded/QR%2520SozArb\\_Version%25206.0.pdf](https://cdn.website-editor.net/31ab6b86f4df4ec4a4df102d9bcb226e/files/uploaded/QR%2520SozArb_Version%25206.0.pdf)



## Anhang:

**Spezifische Hinweise für die Verbesserung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einzelner schon benannter oder noch fehlender Leistungsbereiche:**

### Einleitung

Das bio-psycho-soziale<sup>3</sup> Gesundheitsmodell der WHO als Grundlage einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung kann nicht lediglich bi-professionell durch Ärzt\*innen und Pflege geleistet werden. Es braucht dafür die fachliche Expertise der Berufsgruppen des psychosozialen Felds.

Allerdings sind die Begriffe „Psychosozialdienst“ oder „Psychosozialer Dienst“ für die Erstellung/Festlegung von Qualitätskriterien für die KHVVG irreführend und wenig spezifisch. Die entsprechenden fachlichen Expertisen der erforderlichen Berufsgruppen sind obligatorisch zu benennen als Strukturmerkmal. Deshalb ist von Sozialarbeit/Sozialpädagogik oder dem jeweiligen Begriff fachpsychologischer/-psychotherapeutischer Expertise zu sprechen. Auch ist die Expertise Künstlerischer Therapien gesondert und nicht unter dem unspezifischen Sammelbegriff zu nennen.

Die Vorhaltung der sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Expertise als Strukturmerkmal für Krankenhäuser sollte sich in den jeweiligen Leistungsbereichen und über diese hinaus in Bezug auf Stellenanteile analog zu den Empfehlungen der für diese Berufsgruppe vorhandenen Fachgesellschaften verhalten. Das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit geht deutlich über das reine Entlassmanagement hinaus und trägt mit den beraterischen, kriseninterventorischen und koordinierenden Kompetenzen zur Reduktion sozialer und daraus resultierender psychischer Belastungen aber auch insgesamt der Sicherstellung des Behandlungserfolges bei. Mit den Sozialgesetzbuchübergreifenden Kenntnissen trägt die Soziale Arbeit zur Erschließung von Leistungen zur Förderung der Teilhabe der Patient\*innen bei. Ein Überblick zur fallbezogenen Arbeit leistet die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG 2019). **Nicht nur bei den im Folgenden ausgewählten Leistungsbereichen/-gruppen, sondern in allen ist die Expertise Sozialer Arbeit als erforderliches Qualitätsmerkmal entsprechend aufzuführen.**

Fachpsychologische/-psychotherapeutische Expertise (durch qualifizierte Psycholog\*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen, Fachärzt\*innen für Psychiatrie oder Psychosomatik) existiert für viele der folgenden Leistungsbereiche und folgt dort entsprechend der Spezialisierung eigenen Begrifflichkeiten. Die Versorgung komplex somatisch erkrankter Menschen bedarf dieser

---

<sup>3</sup> In der Hospiz- und Palliativversorgung ist es das bio-psycho-sozio-spirituelle Modell mit vier Säulen

fachlichen Expertise. Eine rein konsiliarische Versorgung durch nicht für das jeweilige Versorgungsgebiet spezialisierte Mitarbeiter\*innen einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik ist kein adäquater Ersatz und nur für Notfälle in Dienstzeiten und am Wochenende akzeptabel. Da gerade hier in dem Referentenentwurf zum KHVVG zugrundeliegende Krankenhausplan NRW sehr unterschiedliche Formulierungen oder gar Leerstellen existieren, wird sich der folgende Blick auf die Leistungsbereiche vor allem auf diese Expertise und die der Künstlerischen Therapien beziehen.

### Leistungsbereiche im Einzelnen:

Die Hinweise der BAG-PVA beziehen sich auf folgende Leistungsbereiche (LG nach Referentenentwurf KHVVG):

- (1) Kardiologische Versorgung / Herzzentren (LG 10,11,12,13, 21,22)
- (2) Geriatrie (LG 56)
- (3) Geburtshilfe (LG 42,43,44,45)
- (4) Onkologische Patient\*innenversorgung (LG 4, 5, 6, 8, 9, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 48, 49, 50, 57)
- (5) Palliativmedizin (LG 57)
- (6) Neurologie (LG 53, 54, 55)
- (7) Diabetologie (LG 2)
- (8) Intensivmedizin (LG 64)
- (9) Transplantationszentren (LG 58, 59, 60, 61, 62, 63)
- (10) Rheumatologie (LG 7)
- (11) Kinder- und Jugendmedizin (LG 47, 15)

(1) Im Bereich der gesamten LG kardiologischer Versorgung inklusive der Herzzentren (G-BA-Vorgaben) gibt es keinen Hinweis auf eine irgend geartete psychosoziale Versorgung/Unterstützung, weder durch Psycholog\*innen noch Sozialarbeiter\*innen/-pädagog\*innen oder spezialisierten Therapien. Lediglich bei Kinderherzchirurgie wird über die erwähnte GB-A-Richtlinie ein\*e psychosoziale Mitarbeiter\*in als Merkmal genannt. Dabei existiert die Qualifikation der Psychokardiologischen Grundversorgung mit 80UE, die für das Feld spezifisch vorbereitet und qualifiziert. Herzzentren müssen psychokardiologische Expertise teamintegriert vorhalten. Für die allgemeine kardiologische Versorgung sollte eine möglichst klinikinterne Kooperation mit psychosomatischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Expertise vorliegen und gelebt werden.



(2) LB Geriatrie: psychologische oder psychotherapeutische Expertise werden nicht genannt, obwohl sie als Teil der OPS für die geriatrische frührehabilitative sowie die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung fest benannt sind und sogar als Auswahlkriterium teamintegriert sein können. Multiprofessionelle Fallkonferenzen als Strukturmerkmal alleine sorgen nicht für eine tatsächlich durchgeführte multiprofessionelle Versorgung. Psycholog\*innen/Psychotherapeut\*innen müssen als festes Qualitätsmerkmal genannt werden und sollten teamintegriert sein. Zudem sollen Künstlerische Therapien einen festen Bestandteil demenzsensitiver Versorgungskonzepte darstellen.

(3) LB Geburtshilfe/Neonatalogie: jenseits der Perinatalzentren Level 1 und 2 des LB Neonatalogie fehlt im Bereich jegliche psychologische/psychotherapeutische Unterstützung.

Gerade angesichts der potentiell hohen psychischen Belastung rund um stille oder anonyme Geburten braucht es auch für den LB Geburtshilfe mindestens eine werktätlich verfügbare Kooperation mit psychologisch/psychotherapeutisch qualifizierten Fachkräften. Zudem sollte für Perinatalzentren Level 1 explizit die psychologische/psychotherapeutische Expertise genannt werden und nicht der weit gefächerte Begriff „Psychosoziale Fachkraft“. Mindestens für das Level 1 muss zusätzlich der Zusatz „teamintegriert“ hinzugefügt werden: Liaisondienst bringt eine deutlich andere Qualität der Versorgung mit sich als lediglich ein Konsiliardienst.

(4) Sämtliche LB/LG onkologischer Versorgung: dieser Bereich umfasst explizit nicht nur internistisch-onkologische LB, sondern auch alle LB, in denen onkologische Patient\*innen operativ, spezifisch medikamentös oder strahlenmedizinisch behandelt werden. Hier werden Begrifflichkeiten in Bezug auf psychoonkologische Expertise oft inkonsistent oder missverständlich verwendet oder die fachliche Expertise gar nicht berücksichtigt.

Der Nationale Krebsplan (2008, Handlungsfeld 2, Ziel 9), die S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient\*innen (aktualisiert 2023) und die Zertifizierung von Krebs-Organzentren, onkologischen Zentren und der onkologischen Spitzenzentren betrachten die Erhebung der psychosozialen Belastung und die am Bedarf orientierte psychoonkologische Diagnostik, Unterstützung und Therapie bei jeder/m onkologischen Patient\*in als selbstverständlichen Bestandteil zeitgemäßer onkologischer Versorgung. Die notwendigen Personalressourcen (Quantität und Qualifikation) sind ebenfalls dezidiert beschrieben. In den Erhebungsbögen der zertifizierten Zentren werden explizit Psychoonkolog\*innen (z.B. ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen, Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Fachärzt\*innen für Psychiatrie) als fester Bestandteil der Behandlung gefordert. Deshalb müssen zur Sicherstellung der Qualität in allen Leistungsgruppen, in denen es (ausschließlich oder unter anderen) um die Versorgung onkologischer Patient\*innen geht, Psychoonkolog\*innen als Qualitätskriterium aufgenommen werden.

Künstlerische Therapien sollen in der Behandlung onkologisch erkrankter Menschen analog der Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychoonkologie als Auswahlkriterium genannt werden.

- (5) LB Palliativmedizin: Bei den Qualitätskriterien für die LG Palliativmedizin wird der undefinierte Begriff Psychosozialdienst als Mindestmerkmal genannt, sowie die Kooperation mit der LB Psychosomatik, Psychiatrie, Psychotherapie. Dabei stellt die palliativpsychologische und/oder psychoonkologische Versorgung der betroffenen Patient\*innen und deren An- und Zugehörigen eine Spezialisierung dar, die nicht Bestandteil des Psychologiestudiums oder der Psychotherapieausbildung ist. Statt des Begriffs „Psychosozialdienst“ sollte Palliativpsychologie/Psychoonkologie als festes Qualitätskriterium genannt werden, das optimalerweise teamintegriert oder bei vorhandener fachlicher Expertise in ausreichender, Zertifizierungskriterien (DGP oder OnkoZert) entsprechenden Stundenzahl auch konsiliarisch erfolgen kann. Die Kooperation mit den LB Psychiatrie oder Psychosomatik sollte sich auf Notfälle oder die Fachgebiete betreffenden komplexen Fragen konzentrieren, die durch die oben erläuterte Versorgung nicht abgedeckt werden kann. Künstlerische Therapien sollen in der Behandlung onkologisch erkrankter Menschen analog der Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und den entsprechenden OPS-Abrechnungsziffern als Auswahlkriterium genannt werden.
- (6) LB Neurologie: Neuropsychologie muss integraler Bestandteil jeglicher stationärer neurologischer Versorgungseinheiten im Akutkrankenhaus werden. Als eigenständige OPS-Ziffer ist sie zwar kodierbar, wird aber im Leistungskatalog jenseits der Komplexbehandlungsziffer der Neuro-Frühreha nicht genannt. Dabei ist die Expertise von facharztäquivalent qualifizierten Neuropsycholog\*innen auch übergreifend für LB wie z.B. Geriatrie relevant und unverzichtbar. Im Idealfall ist Neuropsychologie teamintegriert in die neurologische stationäre Versorgung eingebunden, sie soll zu den festen Strukturkriterien gehören und kann nicht durch Kooperation mit den LB Psychiatrie oder Psychosomatik ersetzt werden.
- (7) LB Diabetologie: In der qualifiziert-stationären Versorgung von Menschen mit Diabetes erfüllt die psychodiabetologische Versorgung eine zentrale Funktion. Im Einweisungskorridor der DMP zu Diabetes sind psychische und soziale Belastungen/ Störungen oft ein Kriterium im Übergang von der ambulanten zur qualifiziert stationären Intervention. Die interdisziplinäre Versorgung bezieht sich auf evidenzbasierte und vielseitig konsensuierte Behandlungsstandards (NAVL T2D, S3-Leitlinien DDG, aktuelle Praxis- Empfehlung Psychosoziales DDG). Die Psychodiabetologie ist in der Weiterbildungsordnung der Bundetherapeutenkammer als Weiterbildung für „Spezielle Psychotherapie“ verortet. In anerkannten Zertifizierungssystemen (Exzellenz-Zentrum DDG) ist die strukturelle personale Ausstattung, sowie eine belastbar- organisierte Versorgungspraxis,

bezüglich psychosozialer und edukativer Interventionen fest verortet. Diese, in langjähriger Praxis etablierte, Versorgungspraxis muss in dem LB Diabetologie als festes Strukturkriterium mindestens in Kooperation etabliert werden.

- (8) Erfreulicherweise ist für Intensivmedizinische Zentren inzwischen die Vorhaltung werktäglicher psychologischer/psychotherapeutischer Versorgung anhand der fachgesellschaftlichen Strukturempfehlungen und den GBA-Empfehlungen Teil des LBs, allerdings profitieren sowohl Patient\*innen als auch die An- und Zugehörigen deutlich mehr von Liaisondiensten im Gegensatz zu konsiliarischen Leistungen. In diesem Feld etabliert sich aktuell gerade eine fachspezifische Spezialisierung psychologischer und psychotherapeutischer Fachkräfte, welche nicht nur in der COVID-19-Pandemie ihre Daseinsberechtigung in dem somatischen LB mit dem höchsten Potential psychischer Traumata gezeigt hat.
- (9) LB Transplantation: „Obwohl der Erfolg einer Organtransplantation maßgeblich von der psychischen Verfassung und von der Compliance der Patient\*innen beeinflusst wird, wird diesen Aspekten in der Transplantationsmedizin immer noch zu wenig Beachtung geschenkt.“<sup>4</sup> Seitdem hat sich leider wenig geändert, was sich auch in den Qualitätskriterien der LB durch Abwesenheit jeglicher psychologischer/ psychotherapeutischer Expertise spiegelt. Effektive Transplantationsmedizin braucht als Strukturmerkmal qualifizierte psychologische/psychotherapeutische Unterstützung.
- (10) LB Rheumatologie: Schmerztherapeutische Kompetenz am Standort beinhaltet nicht notwendigerweise schmerzpsychologische oder schmerzpsychotherapeutische Kompetenz. Psychologische/psychotherapeutische Ansätze gehen in der komplexen Schmerzbehandlung deutlich über die Einstellung auf wirksame Schmerzmedikamente hinaus (siehe z.B. das Konzept „Total Pain“ aus der Palliativmedizin, aber auch entsprechende Leitlinien). Insofern sollte als Strukturmerkmal mindestens psychologische/psychotherapeutische Expertise konsiliarisch aus dem Haus zur Verfügung stehen.
- (11) LB Kinder- und Jugendmedizin, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendchirurgie: Insbesondere bei Kliniken mit speziellen pädiatrischen Zentren (z.B. Diabetologie, Epilepsie und Neuropädiatrie, Kindeschutz) bedarf es werktäglich verfügbarer psychologischer/psychotherapeutischer Expertise, um psychische Krisenintervention sowie

---

<sup>4</sup> Sonnenmoser M (2011). *Organtransplantationen: Die Psyche muss mitspielen*. Deutsches Ärzteblatt | PP | Heft 6 | Juni 2011, S.281. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/93793/Organtransplantationen-Die-Psyche-muss-mitspielen>)

Bundesarbeitsgemeinschaft  
 **PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG**  
im Akutkrankenhaus

präventive Arbeit zur Krankheitsbewältigung und zur Förderung der Patient\*innensicherheit der Kinder und Ihrer An- und Zugehörigen zu ermöglichen. Auch im Falle einer umfangreicheren Zusammenarbeit und Vernetzung mit weiteren Akteur\*innen des Sozial- oder Bildungswesens sind die entsprechenden Berufsgruppen der Psychologie und der Sozialen Arbeit obligatorisch vorzusehen.

**Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus** ● AG Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO-AG) ● Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e. V. (BVAKT) ● Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT) ● Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie (dapo e. V.) ● Deutsche Diabetes-Gesellschaft e. V. (DDG), AG Psychologie und Verhaltensmedizin ● Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT e. V.) ● Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP) ● Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ● Fachgruppe Klinische Psychologie im Allgemeinkrankenhaus des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP e. V.) ● Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) ● Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP) ● Verband Anthroposophischer Kliniken e. V. ● Verband Psychologischer PsychotherapeutInnen (VPP im BDP e. V.) ●

Bankverbindung: IBAN: DE46 6609 0800 0022 4410 39 Ilse Weis (BAG-PVA), BIC: GENODE61BBB



Berufsverband der Ärzte für  
Mikrobiologie, Virologie und  
Infektionsepidemiologie e.V.

BÄMI e.V. · Geschäftsstelle · Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit

Platz der Republik  
11011 Berlin

E-Mail: [gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

**Bundesvorsitzende**  
Dr.med. Daniela Huzly  
Universitätsklinikum Freiburg  
Department für Medizinische  
Mikrobiologie und Hygiene  
Institut für Virologie  
Hermann-Herder-Str.11  
79104 Freiburg

**Stellvertretende Bundesvorsitzende**  
Prof. Dr. med. Uwe Gross  
Universitätsmedizin Göttingen  
Institut für Medizinische Mikrobiologie  
Kreuzberggring 57  
37075 Göttingen

Dr. med. Thomas Fenner  
Labor Dr. Fenner und Kollegen  
Bergstr. 14  
20095 Hamburg

Prof. Dr. med. Ralf Ignatius  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Labor 28 GmbH  
Mecklenburgische Str. 28  
14197 Berlin

**Vorstand für Administration**  
Dr.med. Martin Eisenblätter  
Labor Becker & Kollegen MVZ GbR  
Führichstr. 70  
81671 München

**Vorstand für Finanzen**  
Dr. med. Johanna Lerner  
Rotkreuzklinikum München gGmbH  
Stabstelle KH-Hygiene und  
Mikrobiologie  
Rotkreuzplatz 8  
80634 München

**Geschäftsstelle**  
Referentin Stefanie Kessel, M.A.  
Robert –Koch-Platz 9  
10115 Berlin

Tel. 030/ 28045618  
[berlin@baemi.de](mailto:berlin@baemi.de)

19.09.2024

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur  
Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform  
der Vergütungsstrukturen**

**(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Drucksache 20/11854 (Bearbeitungsstand 17.06.2024)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI e.V.) übermittelt Ihnen heute in Vertretung für seine Mitglieder eine Stellungnahme zum vorliegenden Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, welches maßgeblich den Rahmen für die geplante Reform der Krankenhauslandschaft in Deutschland definieren soll.

## **Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen**

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Die Bundesregierung hat am 15.05.2024 den Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Unter Heranziehung der Leistungsgruppensystematik aus Nordrhein-Westfalen regelt der Gesetzesentwurf zukünftig die Einteilung der Leistungen der Krankenhausbehandlungen in Leistungsgruppen (§ 135e SGB). Vorgegebene Qualitätskriterien (Erbringung verwandter Leistungen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung sowie Struktur- und Prozesskriterien) über alle Leistungsgruppen hinweg bilden die Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung. Für die jeweils einzelnen Leistungsgruppen (insgesamt 65) sind darüber hinaus weitere Parameter festgelegt, die mindestens erfüllt sein müssen, um das Leistungsspektrum einer Leistungsgruppe erbringen und den entsprechenden Versorgungsauftrag erfüllen zu können. Nur wenn alle Bedingungen einer Leistungsgruppe erfüllt sind, darf diese Leistungsgruppe auch vorgehalten und die Leistungen erbracht werden.

### Leistungsgruppen-Nummer 3 – Leistungsgruppe Infektiologie (Seite 65/66)

Der BÄMI e.V. erkennt hier eine erhebliche Problematik in der Erfüllbarkeit der personellen Ausstattung. Die Anforderung der Qualifikation „FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie“ kann schlichtweg nicht erfüllt werden. In Deutschland tragen kaum Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie für Hygiene und Umweltmedizin die Zusatzqualifikation Infektiologie. Zwar sollen nach Umsetzung der neuen Musterweiterbildungsordnung (Stand 2021) zukünftig neben Fachärztinnen und Fachärzten im Gebiet der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin auch alle anderen mit einer Facharztanerkennung im Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin die Zusatzbezeichnung erwerben können. Allerdings ist dies noch nicht von allen Landesärztekammern entsprechend umgesetzt worden. So ist beispielsweise in Bayern die Zusatzqualifikation weiterhin nur Fachärztinnen und Fachärzten in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung möglich. Für das Bundesland Berlin ist die Facharztanerkennung in den

Gebieten Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin Voraussetzung. Um hier nur zwei Beispiele zu nennen.

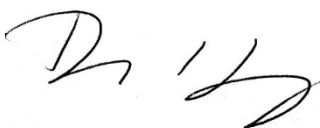
Selbst bei zeitnaher Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in den jeweiligen Landesärztekammern bleibt weiterhin eine zeitliche Diskrepanz zwischen der Anforderung der Qualifikation für die Leistungsgruppe und dem tatsächlichen Erwerb (mindesten 12 Monate Weiterbildungszeit) der Zusatzqualifikation. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten, die Zusatzweiterbildung absolvieren zu können, wenig bis kaum vorhanden.

Weiterhin sieht der Berufsverband die Spezifizierung mit der Zusatzweiterbildung Infektiologie nicht als notwendig. Unter Sonstige Struktur- und Prozesskriterien werden Antibiotic Stewardship (ABS) Teams aufgeführt, in deren Zusammensetzung ebenfalls für die mikrobiologische Diagnostik zuständige Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie für die Krankenhaushygiene verantwortliche Ärztinnen oder verantwortlichen Ärzte empfohlen sind. Eine Zusatzweiterbildung Infektiologie ist für beide Facharztgruppen nicht obligatorisch.

Der BÄMI e.V. legt hier eine Überarbeitung der Qualitätskriterien, besonders bei der Qualifikation der personellen Ausstattung der Leistungsgruppe Infektiologie nahe, um zu verhindern, dass durch die Unerfüllbarkeit eine Versorgungslücke bei den Patientinnen und Patienten entsteht.

Wir, die Vorstandmitglieder des Berufsverbandes der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V., stehen Ihnen im weiteren parlamentarischen Prozess bei Fragen und Einschätzungen und selbstverständlich auch für die vorgesehene Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 25. September 2024 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Daniela Huzly

Bundsvorsitzende BÄMI e.V.



Prof. Dr. med. Uwe Groß

stellv. Bundsvorsitzender BÄMI e.V.





Dr. med. Thomas Fenner  
stellv. Bundesvorsitzender BÄMI e.V.



Prof. Dr. med. Ralf Ignatius  
stellv. Bundesvorsitzender BÄMI e.V.



Dr. med. Johanna Lerner  
Vorstand für Finanzen



Dr. med. Martin Eisenblätter  
Vorstand für Administration



## Stellungnahme des BDP zum

# Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 13.03.2024

Berlin, den 29.04.2024

### Vorbemerkung

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP) mit seinen Fachsektionen für approbierte Psychotherapeut\*innen (VPP) und Angestellte und Beamtete Psychologinnen und Psychologen (SABP) begrüßt eine Krankenhausreform mit den Zielen der Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität sowie einer stärker sektorenübergreifend geprägten Erbringung von Krankenhausleistungen.

In struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen soll der Ausbau der integrierten Gesundheitsversorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen überwiegend im Pflegebereich vorangetrieben werden.

Eine Festlegung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität soll die Behandlungsqualität verbessern. Eine engere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors soll die Effizienz der Gesundheitsversorgung steigern.

Der Gesetzentwurf sieht dabei konkret vor, durch die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bundesweit hochwertige Versorgungsstandards zu schaffen. Bezogen wird sich dabei u. a. auf bereits 60 vorliegende Leistungsgruppen des Krankenhausplanes des Landes Nordrhein-Westfalen.

Im Hinblick auf die begrüßenswerten Zielsetzungen möchten wir in unserer Stellungnahme auf weitere Aspekte und Lücken insbesondere im Zusammenhang mit Faktoren psychischer Gesundheit hinweisen.

### Folgende Verbesserungsaspekte sieht der BDP

#### 1. Es fehlen konkrete Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung. Eine wirksame, leitlinienorientierte Behandlung ist hier zwingend erforderlich.

Die psychotherapeutische Behandlung stellt dabei einen Schwerpunkt dar. In der Regel erfolgt die psychotherapeutische Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik durch Psychologische Psychotherapeut\*innen.

##### 1.1. Leistungsgruppe Psychiatrie/Psychosomatik überarbeiten

Die vorbestehende Leistungsgruppe Psychiatrie/Psychosomatik sieht hier eine Orientierung an der seit 2019 in Kraft getretenen Personalrichtlinie PPP-RL vor. Diese ist jedoch stark zu kritisieren, da eine an aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien orientierte Behandlung durch die Vorgaben der PPP-RL nicht umgesetzt werden kann. Die seit Jahrzehnten bestehenden, veralteten Personalvorgaben der Psych-PV wurden in der PPP-RL weitgehend übernommen,

obwohl im Rahmen eines Gesetzauftrages von 2016 die stationäre Versorgung psychisch Erkrankter verbessert werden sollte. Personalvorgaben der PPP-RL werden dabei immer noch nicht umgesetzt: Sanktionierungsfristen für Krankenhäuser wurden wiederholt nach hinten verschoben oder abgeschwächt. Nach Mindestvorgaben der PPP-RL ist auf sog. Regelstationen keine Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut\*innen möglich und auf einer psychotherapeutischen Station nur ca. 1 Behandlungsstunde pro Woche; nur auf intensivtherapeutischen Stationen werden 1-2 Behandlungsstunden pro Woche als Minimum angesetzt. Der BDP sieht es hier als notwendig an, die Leistungsgruppe für Psychiatrie und Psychosomatik zu überarbeiten und folgende Mindestvoraussetzungen zu schaffen: Es sollten mindestens zwei Behandlungsstunden Psychotherapie pro Woche für alle stationär Behandelten auf allen Stationen vorgehalten werden, zusätzlich zu Besprechungszeiten, Diagnostik und weiteren Standardtätigkeiten.

### **1.2 Lösungen für Polypharmazie suchen**

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung benannte in der 8. Stellungnahme und Empfehlung zur Psychiatrie/Psychosomatik das Problem der Polypharmazie. Im Rahmen der Überarbeitung der Leistungsgruppe Psychiatrie/Psychosomatik sollten gezielte Qualitätskriterien zur Verhinderung polypharmazeutischer Behandlungsdynamiken erarbeitet werden.

### **1.3. Expert\*innen im BMG-Ausschuss**

Im Ausschuss des BMG, der inhaltliche und rechtsverbindliche Empfehlungen erarbeitet, sollten die Bundespsychotherapeutenkammer als Vertretung der heilberuflichen Psychotherapie sowie Fachpsycholog\*innen für psychologische Aspekte im Rahmen belastender somatischer Erkrankungen vertreten sein.

## **2. Sektorenübergreifende Strukturen in Psychiatrie und Psychosomatik bundesweit ausbauen**

Die Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission (8. Stellungnahme und Empfehlung) zur sektorenübergreifenden Versorgung sollten in diesem Gesetzentwurf Berücksichtigung finden. Ein flexibler Wechsel zwischen voll-, teilstationärer, tagesklinischer oder ambulanter häuslicher Behandlung sollten möglich werden. Darüber hinaus sollten unbedingt auch SGB V-übergreifende Strukturen (z. B. Nutzung und Koordination von Strukturen der beruflichen Teilhabe, SGB IX; stationäre Jugendhilfe, SGB VIII) etabliert werden, um ein effektives Entlassmanagement umzusetzen, frühzeitig ambulante Hilfsstrukturen zu etablieren und somit stationäre Behandlungen weiter verkürzen zu können. Während einer stationären Behandlung sollten neben Probatorik auch psychotherapeutische Sprechstunden in Praxen möglich sein.

## **3. Klinische Psychologie und fachpsychologische Expertise bei schweren somatischen Erkrankungen verankern**

Bei schweren somatischen Erkrankungen sollten leitliniengemäße klinisch-psychologische Maßnahmen und Fachkräfte regelhaft in den Leistungsgruppen und zugehörigen OPS integriert werden. Schwere und chronische körperliche Erkrankungen sind mit hohen psychischen Belastungen verbunden. Frühzeitige leitlinienorientierte Interventionen fördern den Genesungsprozess und befähigen Patient\*innen, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Klinisch-psychologische Tätigkeitsfelder in „somatischen“ Versorgungsstrukturen erfordern besondere, fachspezifische Fort- und Weiterbildungen, die oftmals außerhalb der Curricula von psychotherapeutischen oder medizinischen Aus- und Weiterbildungen liegen (z. B. Psychologische Schmerztherapie, Neuropsychologie, Psychoonkologie, Palliativpsychologie, Gerontopsychologie, Psychodiabetologie, Psychokardiologie, Notfallpsychologie).



Sie sollten im Rahmen der neu eingeführten Leistungsgruppen und in zugehörigen OPS erfasst werden. In diesem Zusammenhang bedarf es einer deutlichen Verbesserung der Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen der genannten Leistungsbereiche. Unscharfe Begrifflichkeiten wie „Psychosozialdienst“ sichern keine adäquate Personalqualität zur Erbringung der im OPS vorgesehenen Leistungen. Der BDP regt ebenso wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung im Akutkrankenhaus (BAG-PVA) zur Sicherung der Qualität eine weitere Ausarbeitung der Kriterien und eingeschlossenen Fachexpertise an.

#### **4. Nachwuchs sichern**

Weiterhin ist es dringend notwendig, die Finanzierung der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung auf der Grundlage der neuen Approbation beim Abschluss des Studiums endlich gesetzlich zu regeln. Wir sprechen hier von bereits approbierten Psychotherapeut\*innen, die eine fachkundliche Weiterbildung absolvieren müssen. Es handelt sich hier um ein Versäumnis der Vorgängerregierung unter Gesundheitsminister Jens Spahn. Es besteht dringender Handlungsbedarf durch eine bundesgesetzliche Regelung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Wenn die Finanzierung nicht klar durch den Bund geregelt wird, wird es mittelfristig einen Mangel an qualifizierten Kolleg\*innen geben. In der bisherigen psychotherapeutischen Ausbildung leiden die Kolleg\*innen darunter, in den Klinikanteilen der Weiterbildung finanziell ausgebeutet zu werden. Ein Lohn von 1.000 € im Monat für akademisch ausgebildete Psycholog\*innen ist nicht akzeptabel. Die Absolvent\*innen des neuen Approbationsstudienganges müssen die Weiterbildung absolvieren, um die Fachkunde zu erreichen. Diese gilt als Voraussetzung, um mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abzurechnen. Mittelfristig ist somit die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung – auch in den Krankenhäusern – in Gefahr.

Ihre Ansprechpersonen:

Susanne Berwanger	Fredi Lang	Walter Roscher
Vizepräsidentin	Referatsleiter Fach- und Berufspolitik	Vorsitzender der Sektion Angestellte und Beamtete Psychologinnen und Psychologen
<a href="mailto:s.berwanger@bdp-verband.de">s.berwanger@bdp-verband.de</a>	<a href="mailto:f.lang@bdp-verband.de">f.lang@bdp-verband.de</a>	<a href="mailto:w-roscher@web.de">w-roscher@web.de</a>

Quellen:

[240214 BDP Stellungnahme 8. Empfehlung RegKom Psychiatrie.pdf \(bdp-verband.de\)](#)

[Microsoft Word - BDP-Stellungnahme zum Entwurf PPP-RL.docx \(vpp.org\)](#)

[vergleich-minutenwerte-psych-pv-ppp-rl-schussenrieder Tabelle 2018 und 2020.pdf \(zfp-web.de\)](#)

[krankenhausplan\\_nrw\\_2022.pdf \(mags.nrw\)](#)

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) vertritt die beruflichen Interessen über 10.000 niedergelassener, selbstständiger und angestellter/ beamteten Psychologinnen und Psychologen aus allen Tätigkeitsbereichen. Als der anerkannte Berufs- und Fachverband der Psychologinnen und Psychologen ist der BDP Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und die Öffentlichkeit.