

---

## **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)**

**26. 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 Kooperationspartnern – 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 den Spalten „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ ist nicht das gesamte Spektrum geriatricspezifischer ärztlicher Qualifikationen abgebildet. Insbesondere entspricht die bisherige Beschränkung auf die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie nicht dem aktuellen Qualifikationskanon in der Geriatrie. Zwingend zu ergänzen ist 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. Auch muss die Rufbereitschaft an die Qualifikation angeglichen werden. Hier fehlen insbesondere „FA Allgemeinmedizin“ und „FA Innere Medizin“.

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

Nr.	Leistungsgruppe (LG)		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 <u>Allgemeinmedizin, Innere Medizin</u> , Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder <u>Psychiatrie und Psychotherapie</u> mit ZW Geriatrie <u>oder Schwerpunkt Geriatrie oder Facharzt bzw. Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie</u>	

## 2) Sachgerechte Auswahl von Kooperationspartnern – 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		<p><b>LG-Urologie</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:            LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:            LG Endoprothetik Hüfte Oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese Oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>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</p>				

---

## **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 KHVVG 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 (z. B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) zwingend erforderlich ist.“

Der BV Geriatrie 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 Versorgungsstufen 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 krankenhaushausplanerisch 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 ( $\approx$  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, die 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.

Der BV Geriatrie nimmt im Folgenden zu weiteren Themen Stellung:

### **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 BV Geriatrie 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), der Bundesverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) 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 Krankenhäusern 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 BV 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 Pflegepersonalkostenanteile verfügen. Dieser bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten gestartete 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 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 perspektivisch 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 BV Geriatrie regt daher an, geriatrischen Fachabteilungen bzw. Einheiten analog zu stationären Palliativeinrichtungen gesetzlich das Recht einzuräumen, einseitig gegenüber den Kostenträgern zur erklären, ob sie krankenhaushausindividuelle 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 BV 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 BV Geriatrie 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 BV Geriatrie 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.