

## **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 Krankenhausystem 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.