

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Bundesverband Geriatrie e. V.

Datum: 20.08.2025

Da sich die Leistungsgruppensystematik ausweislich der vorliegenden Gesetzesbegründung an dem Vorbild aus Nordrhein-Westfalen orientieren soll, **ist insbesondere sicherzustellen, dass das in den Leistungsgruppen von NRW abgebildete bundesweite geriatrische Gesamtkonzept richtig, d. h. vollumfänglich auf die Bundesebene transferiert wird.**

Nachfolgend erfolgt auf dieser Grundlage eine kurze Darstellung zweier **unbedingt erforderlicher** geriatriespezifischer Änderungsbedarfe:

I. Unumgänglicher Korrekturbedarf:

Akutgeriatrische Versorgung bricht ein, da diese 25 Prozent des heutigen geriatriespezifischen Leistungsspektrums nicht mehr in der Geriatrie abbildbar sind – erneuter „Übertragungsfehler“ hinsichtlich der NRW-Systematik im Bereich der Geriatrie

(zu Art. 1 Nr. 13 und Art. 3 Nr. 9 im Entw.)

Aktuell beinhaltet die Leistungsgruppe Geriatrie (LG 56) ausschließlich die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-550. In den Geriatrien erfolgt jenseits der Frührehabilitation jedoch auch eine darüber hinausgehende Versorgung. Hierbei handelt es sich um „akutgeriatrische Fälle“, welche zumeist eine internistische Grunderkrankung aufweisen. Diese Fälle machen, je nach Klinik, im Durchschnitt ca. 25 Prozent des Behandlungsspektrums in den Geriatrien aus.

Um orientiert an den Leistungsinhalten der Weiterbildungsordnung das heutige geriatriespezifische Versorgungsspektrum auch nach Wirksamwerden der Krankenhausreform im bisherigen Maße vollumfänglich in Geriatrien erbringen zu können, wird die Geriatrie im NRW-Konzept zur Erbringung von Leistungen der „Allgemeinen Inneren Medizin“ ermächtigt. Im Fall geriatrischer Fachkliniken wird zudem dafür die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe „Geriatrie“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert.

Akutgeriatrisch-internistische Fälle ohne OPS-Komplexkode werden im NRW-System formal zwar der Leistungsgruppe der „Allgemeinen Inneren Medizin“ zugeordnet. Um in den Geriatrien das Leistungsspektrum jenseits der über den OPS-Komplexkode abgerechneten Fälle sachgerecht abzubilden, werden bei der Bedarfsfeststellung und -prognose die Fallzahlen der Geriatrien jedoch um akutgeriatrisch-internistische Fälle mit einem geriatriespezifischen Fachabteilungsschlüssel erhöhend berücksichtigt.

Diese Berücksichtigung muss – mindestens übergangsweise – auch auf Bundesebene erfolgen (vgl. Art. 3 Nr. 9). Dem eigentlichen Ansatz der Leistungsgruppensystematik folgend, wäre eine systematisch sachgerechte Lösung neben der „speziellen“ geriatrischen Leistungsgruppe zusätzlich eine „allgemeine“ geriatrische Leistungsgruppe (z. B. mit dem Titel „Geriatrische Komplexitätsmedizin“) in den Leistungsgruppenkatalog aufzunehmen (vgl. Art. 1 Nr. 13).

Sofern in diesem Reformschritt keine zusätzliche Leistungsgruppe aufgenommen wird, müssen zur Aufrechterhaltung der geriatrispezifischen Versorgung zumindest übergangsweise die Kriterien zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen angepasst werden (vgl. Art. 3 Nr. 9). Andernfalls würde der redaktionelle Übertragungsfehler zu einer faktischen Abschaffung der Akutgeriatrie mit ihrem heutigen Leistungsspektrum führen.

Erläuterung / Begründung:

Durch die ausschließliche Konzentration auf die geriatrische Frührehabilitation wird auf Bundesebene aktuell verkannt, dass geriatrische Patientinnen und Patienten mit akutmedizinischen Fragestellungen auch unabhängig von ihrem individuellen Frührehabilitationspotenzial entsprechend ihres komplexen Versorgungsbedarfs in Kliniken für Geriatrie bedarfsgerecht behandelt werden.

Im Vergleich zu anderen akutmedizinischen Fachdisziplinen beinhaltet die Akutgeriatrie eine „geriatrische Komplexitätsmedizin“, d. h. einen ressourcen- und bedarfsorientierten multidimensionalen Behandlungsansatz für multimorbide, d. h. mehrfacherkrankte sowie gebrechliche Patientinnen und Patienten. Neben der Behandlung des akuten Gesundheitsproblem liegt der Fokus auf dem Erhalt der Selbstversorgung, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verringerung der Mortalität.

Für eine in diesem Sinne bundesweit sachgerechte Versorgung muss der vollstationäre Leistungsinhalt der Geriatrie anlog dem NRW-Konzept auch in der bundesrechtlichen Gesetzesgrundlage ausgeweitet und darf nicht auf den OPS 8-550 beschränkt werden. Andernfalls fällt ein wesentlicher Teil des heutigen geriatrischen Versorgungsspektrums weg, mit fatalen Folgen für die Qualität der Patientenversorgung.

Dies betrifft insbesondere auch eigenständige Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungsstufe Level F – also eigenständige Fachkrankenhäuser. Da Krankenhäuser perspektivisch am Standort nur noch das Leistungsspektrum der zugewiesenen Leistungen erbringen dürfen, könnten insbesondere diese eigenständigen Kliniken für Geriatrie ihren Versorgungsauftrag nicht mehr im bisherigen Umfang erfüllen.

Die Notwendigkeit zur Abbildung der dargestellten „akutgeriatrischen Fälle“ im Sinne der geriatrischen Komplexitätsmedizin ergibt sich zudem aus der geplanten Einführung von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V. Sofern diese Fälle nicht der Geriatrie zugeordnet werden, würde es zu einer Verzerrung des Leistungsspektrums der Kliniken für Geriatrie kommen und die zu erbringenden Behandlungsfälle (Mindestvorhaltezahl) könnten ggf. ohne die Leistungen der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin nicht erfüllt werden.

Die Absicherung dieses grundlegenden geriatrischen Behandlungszweigs ist nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung und fällt damit in das politische Aufgabenspektrum des Gesetzgebers. Derartige Fragestellungen mit fatalen Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten können nicht auf den späteren Weiterentwicklungsprozess des Leistungsgruppen-Ausschusses und die Selbstverwaltungspartner ausgelagert werden.

II. Dringender Anpassungsbedarf in der Ausgestaltung der Vorhaltevergütung:

Demografiebedingte Fallzahlsteigerungen werden ökonomisch benachteiligt – angedachte Vergütungssystematik steht im Widerspruch zur Bedarfsprognose der NRW-Systematik

(zu Art. 2 Nr. 6 im Entw.)

Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung entsprechend der Prognosen zukünftig weiter steigen. Deshalb wird im NRW-Konzept in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt. Auch ist eine Erhöhung der Fallzahlen beabsichtigt.

Die aktuelle Ausgestaltung der Vorhaltevergütung fokussiert jedoch auf eine Verringerung der Fallzahlen und birgt somit die große Gefahr, dass sich ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung in der Praxis manifestiert. Damit die Einführung des Vorhaltebudgets nicht mit einer Benachteiligung einzelner Leistungsgruppen einhergeht, sind bei der Vorhaltevergütung Mechanismen für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen zu installieren.

Erläuterung / Begründung:

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 „automatisch“ das Vorhaltevolumen je Fall.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt nachfolgend zu den ausgewählten Inhalten des KHAG Stellung:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO	Der Bundesverband Geriatrie e. V. begrüßt die geplanten Änderungen in § 135e SGB V. Zur Vermeidung von Auslegungstreitigkeiten und Absicherung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen, sind dringend weitere inhaltliche Ergänzungen notwendig: <u>1. Operationalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V – Volle Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, Leistungsgruppenübergreifende Rufbereitschaften zwischen Geriatrie und Allgemeine Innere Medizin sowie gemeinsame Regeldienste in geriatrischen Fachkrankenhäusern</u> 1.1 Volle Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten Gemäß § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V können Fachärztinnen und Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass „ein FA = Name“ in höchstens drei Leistungsgruppen vorkommen darf. Diese Regelung wird in der Praxis aktuell unterschiedlich ausgelegt. So besteht zum Teil die Auffassung, dass eine Aufsplittung auf die Leistungsgruppen nach Stundenanteilen zu erfolgen hat. Zur einheitlichen Operationalisierung dieser Regelung ist analog dem Wortlaut der Drucksache 20/11854 daher eine Konkretisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) notwendig. Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, voll berücksichtigt werden. Beispielsweise kann für die Zuweisung der Leistungsgruppen Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothese sowie Revision Knieendoprothese daher die Vorhaltung von mindestens vier Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend für die Erfüllung der Qualitätskriterien sein. Eine Aufsplittung nach Stundenanteilen war daher nicht die Intention des Gesetzgebers, so dass es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. an dieser Stelle dringend einer Klarstellung bedarf. Es wird

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			vorgeschlagen, den § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V wie folgt zu ergänzen: <i>„7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei</i> <i>c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, <u>jeweils mit vollem Stundenumfang</u> berücksichtigt werden können; [...]“</i> 1.2 Rufbereitschaft Gemäß § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) können Fachärztinnen und Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Diese Regelung gilt jedoch nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“. Gemäß der Gesetzesbegründung zum KHVVG (Drucksache 20/11854) bezieht sich diese Ausschlussregelung auf die geforderten FA-Qualifikationen, die in den Plänen des <u>Regeldienstes</u> auftauchen müssen. Das heißt, eine Fachärztin oder ein Facharzt, die oder der in einer dieser Leistungsgruppen vorzuhalten ist, kann nicht im <u>Regeldienst</u> weiterer Leistungsgruppen angerechnet werden. Diese Ausschlussregelung bezieht sich jedoch nicht auf die Rufbereitschaft (Pläne außerhalb des Regeldienstes). In der Praxis gehören gemeinsame Rufbereitschaftsdienste zwischen der Geriatrie und der Allgemeinen Inneren Medizin zur gängigen Praxis. Die Zusammenarbeit trägt an dieser Stelle zur einer effizienteren Nutzung von Ressourcen und Vermeidung von Doppelstrukturen bei.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Zur Operationslalisierung dieser Regelung und Vermeidung von Auslegungstreitigkeiten, welche sich in der Praxis bereits abzeichnen, bedarf es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. an dieser Stelle daher ebenfalls dringend einer Klarstellung durch den Gesetzgeber. Es wird vorgeschlagen, den § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V wie folgt zu ergänzen: <i>„7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei</i> <i>c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, jeweils mit vollem Stundenumfang berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für den Regeldienst der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, [...]“</i> 1.3 Regeldienst Fachkrankenhäuser Zusätzlich sind bei der Besetzung des ärztlichen Regeldienstes die Besonderheiten geriatrischer Fachkrankenhäuser zu beachten. Die in der Anlage 1 für die Leistungsgruppe Geriatrie aufgeführten Qualitätskriterien sahen im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ bisher Ausnahmetatbestände für Fachkrankenhäuser vor, welche zur Vereinheitlichung nun übergreifend in § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V geregelt werden sollen. Diese Ausnahmeregelung ist zur Absicherung geriatrischer Fachkrankenhäuser richtig und wichtig. Inhaltlich reicht die Regelung in ihrer jetzigen Ausgestaltung jedoch nicht aus. Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere auch die internistische

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Akutversorgung des alten Menschen (≈ 25 Prozent) umfasst, muss geriatrischen Fachkrankenhäusern neben der Leistungsgruppe Geriatrie zwingend auch die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zugewiesen werden. Dies ist erforderlich, da auf der Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen auch die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses ermittelt werden soll. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben jedoch auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG relevant (Vgl. auch ausführliche Stellungnahme zu Anlage 1). Unter Beachtung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V müssen geriatrische Fachkrankenhäuser demnach mindestens 6 Fachärztinnen und -ärzte am Standort vorhalten, da ein leistungsgruppenübergreifender Einsatz mit der Allgemeinen Inneren Medizin ausgeschlossen ist. Dies können geriatrische Fachkrankenhäuser abhängig von Ihrer Größe zum Teil nicht leisten. Auch liegt medizinisch-inhaltlich kein Grund vor, warum in geriatrischen Fachkrankenhäusern Personal nicht leistungsgruppenübergreifend eingesetzt werden kann. So besitzt ein Großteil der Geriaterinnen und Geriater als Grundqualifikation den FA Innere Medizin. Auch sind geriatrische Fachkrankenhäuser in der Regel multiprofessionell aufgestellt und halten neben Geriaterinnen und Geriatern nicht nur Fachärztinnen und Fachärzte aus dem Gebiet der Allgemeinen Inneren Medizin vor. So gehören in vielen geriatrischen Fachkrankenhäusern z. B. auch Orthopädinnen und Orthopäden zum multiprofessionellen Team. Die Regelung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V steht in ihrer aktuellen Ausgestaltung damit im Widerspruch zu diesem Grundgedanken. Doch gerade die Multiprofessionalität in einem gemeinsamen Behandlungsteam zeichnet geriatrische Fachkrankenhäuser aus. Im Fokus steht die Versorgung aus einer Hand ohne starre Fachabteilungsgrenzen überwinden zu müssen. Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. auch an dieser Stelle dringend einer Absicherung der bestehenden Strukturen durch den Gesetzgeber. Die in § 109 Absatz 3a SGB V und in § 6a Absatz 4 KHEntgG genannten generellen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ausnahmetatbestände zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung reichen an dieser Stelle nicht aus, da diese formal zeitlich auf 6 Jahre begrenzt sind. Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt vor, § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V wie folgt zu ergänzen: <i>„7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei</i> <i>c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, jeweils mit vollem Stundenumfang berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für den Regeldienst der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, <u>ausgenommen geriatrischer Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, hier können Fachärzte auch im Regeldienst sowohl für die in Anlage 1 Nummer 1 und 56 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie berücksichtigt werden..“</u></i> <u>2. Inhaltlichen Widerspruch zwischen Anlage 1 und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) auflösen – Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern</u> Die Anlage 1 zu § 135e SGB V sieht für die LG 56 „Geriatrie“ (n: 439) im Bereich der „Erbringung verwandter LG“ ein Kooperationserfordernis mit der „LG Urologie“ (n: 1.635) vor. Die LG Urologie erfordert wiederum ein Kooperationserfordernis mit der LG „Komplexe Nephrologie“ (n: 135). Aufgrund der geringen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verfügbarkeit der Komplexen Nephrologie auf der Leistungsgruppen-ebene sind flächendeckende Kooperationen an dieser Stelle faktisch nicht möglich. In der praktischen Umsetzung der Leistungsgruppensystematik kann das Kooperationserfordernis mit der LG Urologie daher zu einem fatalen Flaschenhals für die Geriatrie werden. Neben dieser rein strukturellen Betrachtung besteht auch aus medizinisch-fachlicher Perspektive insbesondere auch im unmittelbaren Vergleich mit anderen Indikationsbereichen keine hinreichende Nähe bzw. keine Notwendigkeit für eine derartiges Kooperationsverhältnis. Abweichend zur Anlage 1 sieht § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 b) SGB V vor, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist. Zur Erfüllung der Qualitätskriterien erlaubt die übergeordnete Regelung demnach auch Kooperationen mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung und steht damit formal im Widerspruch zur Anlage 1, welche explizit ein Kooperationserfordernis mit einer LG – also einem Krankenhaus – vorsieht. Zur Operationslalisierung dieser Regelung und Vermeidung von Auslegungstreitigkeiten, welche sich in der Praxis bereits abzeichnen, bedarf es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. an dieser Stelle dringend einer Klarstellung durch den Gesetzgeber. Daher wird nachfolgende Neufassung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) SGB V vorgeschlagen: <i>„8. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und</i>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			a) die Erfüllung in <u>Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium in den jeweiligen Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter LG“, „sachliche Ausstattung“, „personelle Ausstattung“ und „sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ vorgesehen ist oder</u> 3. <u>Generalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V –Vorhaltung sachlicher Ausstattung in Kooperation für geriatrische Fachkrankenhäuser</u> Wie zuvor unter der Nummer 2 bereits dargelegt und in der Stellungnahme zur Anlage 1 ausführlich begründet, muss geriatrischen Fachkrankenhäusern neben der Leistungsgruppe Geriatrie zwingend auch die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zugewiesen werden. Andernfalls können Sie Ihr heutiges Leistungsspektrum nicht mehr vollumfänglich erbringen und abrechnen, was mit Qualitätseinbußen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten einhergehen würde. Gemäß der Anlage 1 ist zur Erfüllung der Leistungsgruppe 1 „<i>Allgemeine Innere Medizin</i>“ am Standort folgende Sachliche Ausstattung vorzuhalten: „<i>Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich acht Stunden</i>“. Diese sachlichen Ausstattungsmerkmale werden von geriatrischen Fachkrankenhäusern heute zum Teil in Kooperation erbracht. So ist es für derartige Einrichtungen abhängig von der Größe z. B. unwirtschaftlich am Standort ein eigenes CT vorzuhalten. Derartige Leistungen werden in der Regel durch externe Kooperationspartner erbracht. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum sich die Ausnahmeregelung des § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V ausschließlich auf die Erbringung verwandter Leistungsgruppen bezieht. Diese ist aufgrund der Inhomogenität und der Bandbreite an Spezialisierungen in den Fachkrankenhäusern zu generalisieren. Die in § 109 Absatz 3a SGB V und in § 6a Absatz 4 KHEntgG genannten generellen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ausnahmetatbestände zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung reichen an dieser Stelle nicht aus, da diese formal auf 6 Jahre begrenzt sind. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher nachfolgende Neufassung des § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V an: <i>Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.</i>
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Die in der Anlage 1 zu § 135e SGB V geplanten Änderungen in der LG 56 „Geriatric“ werden vom Bundesverband Geriatric e.V. ausdrücklich begrüßt. Nachfolgend erfolgt eine detaillierte Stellungnahme zur den einzelnen Punkten. Zur Übersichtlichkeit erfolgt eine Aufteilung der Positionen in „zusätzlicher Änderungsbedarf“ und „Befürwortung geplanter Änderungen“. Zusätzlicher Änderungsbedarf 1. <u>Ergänzung der Anlage 1 zu § 135e SGB V um die LG XX „Geriatric Komplexitätsmedizin“ – Zusätzliche allgemeine geriatric Leistungsgruppe dringend erforderlich, um das heutige Behandlungsspektrum abzusichern</u> Im NRW-System werden Leistungsgruppen in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen unterteilt. Allgemeine Leistungsgruppen werden dort unter anderem „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definiert. Ein Behandlungsfall wird dann einer

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung	allgemeinen Leistungsgruppe zugewiesen, wenn dieser in einer entsprechenden Fachabteilung (FAB) behandelt wurde. Spezifische Leistungsgruppen werden hingegen überwiegend über Prozeduren (OPS) und/oder Diagnosen (ICD-10) definiert; bei bestimmten Leistungsgruppen werden auch weitere Parameter wie das Patientenalter oder das Aufnahmegewicht genutzt. Die Einteilung in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen wurde auch für den Leistungsgruppen-Grouper gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG auf Bundesebene im Grundsatz beibehalten. So wird die spezielle Leistungsgruppe 56 „<i>Geriatric</i>“ über den OPS 8-550.- in Verbindung mit einem Verweildauerbezug definiert. In der speziellen Leistungsgruppe Geriatric werden jedoch nur knapp 75 Prozent des heutigen geriatricspezifischen Leistungsspektrums abgebildet. Das Leistungsspektrum der Geriatric umfasst neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere auch die Akutversorgung des alten Menschen (≈ 25 Prozent). In der Leistungsgruppensystematik werden diese Fälle aktuell der Leistungsgruppe „<i>Allgemeine Innere Medizin</i>“, zugeordnet. Im NRW-Konzept werden der Geriatric neben den speziellen Leistungsbestandteilen des OPS 8-550 daher auch Behandlungskapazitäten der Leistungsgruppe „<i>Allgemeine Innere Medizin</i>“ zugerechnet und die spezielle Leistungsgruppe Geriatric zur Erbringung der „Allgemeinen Inneren Medizin“ ermächtigt. Die Zurechnung Akutgeriatric-internistischer Fälle ohne OPS-Komplexe zur Geriatric erfolgt auf der Grundlage des geriatricspezifischen Fachabteilungsschlüssels. Ausgehend von der Grundkonzeptionierung der Leistungsgruppenlogik, ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatric e.V. neben der speziellen Leistungsgruppe Geriatric (56) daher eine neue allgemeine Leistungsgruppe Geriatric zu schaffen. Da sich die allgemeinen Leistungsgruppen „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definieren, ist eine Zuordnung akutgeriatricer Patientinnen und Patienten zur Leistungsgruppe

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	„Allgemeine Innere Medizin“ nicht sachgerecht. Gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer erfolgt im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie eine „Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie“. Die Akutgeriatrie stellt demnach eine organübergreifende Komplexmedizin dar, weshalb die pauschale Zuordnung akutgeriatrischer Patientinnen und Patienten zur Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ nicht sachgerecht ist. Die Geriatrie verfügt über einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel, so dass im Datensatz der Patientinnen und Patienten nachzuvollziehen ist, auf welcher Fachabteilung die Behandlung erfolgt. Um den Nachteilen einer ausschließlich fachabteilungsbezogenen Zuweisung zu begegnen, können dieser allgemeinen Leistungsgruppe Geriatrie zusätzliche geriatricspezifische Indikatoren zugeordnet werden. Geriatriische Patientinnen und Patienten sind charakterisiert durch ein hohes Alter und durch das Vorliegen einer geriatrietypischen Multimorbidität. Im Rahmen eines Akutereignisses (z. B. Schlaganfall oder Schenkelhalsfraktur) erleiden geriatriche Patientinnen und Patienten zumeist ausgeprägte Einbußen in ihrer motorischen und kognitiven Funktionsfähigkeit und damit in ihrer Selbsthilfefähigkeit (Alltagskompetenz) und psychosozialen Interaktionsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund wurden zusätzlich entsprechende Vorschläge zur Weiterentwicklung der ICD-10-GM Version 2026 zur verbesserten Abbildung des komplexen geriatriche Krankheitsbildes – bestehend aus geriatriche Multimorbidität und mehrdimensionalen funktionellen Einschränkungen – eingebracht. Die Differenzierung des geriatricspezifischen Leistungsspektrums in allgemeine und spezielle Bestandteile ist dabei wesentlich, um den tatsächlich benötigten Bedarf an geriatriche Versorgungsstrukturen planerisch abbilden zu können. Auch trägt die differenzierte Betrachtung des Leistungsspektrums zur Sicherung der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung bei. Da Krankenhäuser perspektivisch am Standort nur noch das Leistungsspektrum der zugewiesenen Leistungen erbringen dürfen, können insbesondere Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungsstufe Level F

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			– also eigenständige Fachkrankenhäuser – ohne eine differenzierte Planung ihren Versorgungsauftrag nicht mehr im bisherigen Umfang erfüllen. Die Notwendigkeit zur Verankerung einer allgemeinen Leistungsgruppe für die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin ergibt sich ebenfalls aus der geplanten Einführung von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V. Andernfalls würde es zu einer Verzerrung des Leistungsspektrums der Kliniken für Geriatrie und geriatrischen Fachabteilungen kommen und die zu erbringenden Behandlungsfälle (Mindestvorhaltezahl) könnten ohne die Leistungen der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin nicht erfüllt werden. Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt daher an, die Anlage 1 um eine allgemeine geriatrische Leistungsgruppe zu ergänzen: <u>Anlage 1 zu § 135e SGB V wird um die allgemeine Leistungsgruppe LG XX „Geriatrische Komplexitätsmedizin“ ergänzt.</u> Sollte eine zusätzliche Leistungsgruppe in dem aktuellen Reformschritt nicht aufgenommen werden, muss zur Aufrechterhaltung der geriatriespezifischen Versorgung zumindest eine Aktualisierung der Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen erfolgen. Daher regt der Bundesverband Geriatrie e.V. mindestens nachfolgende Ergänzung des § 21 Absatz 3c KHEntgG an (vgl. auch Art. 3 Nr. 9): <u>(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Hierbei muss im Bereich der Geriatrie sichergestellt sein, dass auch akutgeriatrische Fälle ohne OPS-Komplexe der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie zugeordnet werden.</u> Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. <u>Sofern die Forderung des Deutschen Pflegerates zur Verankerung pflegerischer Personalvorgaben in der Leistungsgruppensystematik umgesetzt wird, bedarf es dringend an der Versorgungssituation orientierter Zielvorgaben und ausreichender Konvergenzphasen</u> Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium soll durchgängig aus der Leistungsgruppensystematik gestrichen werden. In diesem Zusammenhang stellt der Deutsche Pflegerat aktuell die Forderung auf, anstelle der PpUG die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) als Qualitätsmerkmal verbindlich in der Leistungsgruppensystematik zu verankern. Diese Forderung wird in der gesundheitspolitischen Diskussion zum Teil durch einige Akteure aufgegriffen. Mittels PPR 2.0 werden bundesweit gegenwärtig erstmals standardisierte Daten zur pflegerischen Personalsituation erhoben. Diese Daten dürfen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. nicht vorschnell zur Ableitung von Erfüllungsgraden in der Leistungsgruppensystematik genutzt werden. Da Krankenhäuser, die die maßgeblichen Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht erfüllen, diese Leistung perspektivisch nicht mehr erbringen und abrechnen, müssen realistische und praxistaugliche Zielvorgaben definiert werden. Diese bedürfen einer validen Datengrundlage und sorgfältigen Evaluation der Versorgungssituation. So zeigt der Erprobungsbericht zur PPR 2.0 in der Geriatrie im Median einen Erfüllungsgrad von 62,1%. Damit weist die Geriatrie im Vergleich zu anderen Fachbereichen insgesamt geringere Erfüllungsgrade auf. Dieses Ergebnis ist u.a. auf die Einführung und Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen zurückzuführen, da seit 2019 vielfach Pflegepersonal aus der Geriatrie auf andere Fachbereiche umgewidmet wurde. Die Geriatrie muss damit nicht nur dem Pflegepersonalmangel insgesamt begegnen, sondern auch das durch die Pflegepersonaluntergrenzen entstandene Defizit bei gleichzeitigem Mehrbedarf durch den demografischen Wandel bedienen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Geriatrie befindet sich damit einmal mehr in einer Sondersituation, welche nicht zuletzt auch durch Fragen der Wirtschaftlichkeit und dadurch bedingten Konzentrationsprozessen überlagert werden kann. Die PPR 2.0 bietet versorgungspolitisch damit erstmalig die Möglichkeit, die pflegerische Situation abbildbar zu machen. Gleichzeitig müssen frühzeitig die Weichen für geregelte Prozesse gestellt werden. So bedarf es bei der Verankerung in der Leistungsgruppensystematik ausreichender Konvergenzphasen orientiert an der Ist-Situation und der stufenweisen Festsetzung bestimmter Erfüllungsgrade. Es versteht sich von selbst, dass sich ein Defizit von rund 40 % nicht über Nacht aufbauen lässt. Neben diesen versorgungspolitischen Rahmenbedingungen ist es von zentraler Bedeutung, dass die geplante Weiterentwicklung der PPR 2.0 die Grundsystematik der PPR 2.0 fortführt. So ist die PPR 2.0 ein pauschalisiertes Instrument, um den durchschnittlichen Pflegepersonalbedarf zu ermitteln. Da mit Hilfe des Instrumentes nicht der patientenindividuelle Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten abgebildet und keine Einzelleistungserfassung erfolgt, ist insbesondere die Eignung zur Begrenzung des Pflegebudgets kritisch zu hinterfragen. Gleichzeitig darf durch derartige Diskussionen keine Rückkehr zu bürokratischen Strukturen in Analogie zum Pflegekomplexmaßnahmen-Sore (PKMS) begünstigt werden. Befürwortung geplanter Änderungen <u>LG 56 „Geriatrie“: Anpassung der personellen Ausstattung</u> Im Anforderungsbereich „<i>Personelle Ausstattung</i>“ sollen in den Spalten „<i>Qualifikation</i>“ und „<i>Verfügbarkeit</i>“ neben der „<i>Zusatzweiterbildung Geriatrie</i>“ auch der „<i>Schwerpunkt Geriatrie</i>“ sowie der „<i>FA für Innere Medizin und Geriatrie</i>“ aufgenommen werden. Hiermit soll gesetzgeberisch klargestellt werden, dass neben der Zusatzweiterbildung Geriatrie auch alle anderen Qualifikationen, die geeignet sind, eine hohe geriatriische Patientenversorgung fachlich sicherzustellen, Berücksichtigung in den Strukturkriterien der Leistungsgruppen finden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die geplanten Neuformulierungen im Anforderungsbereich der personellen Ausstattung werden vom Bundesverband Geriatrie e.V. ausdrücklich begrüßt. Die in der Anlage 1 zu § 135e SGB V normierten Regelungen stehen damit nun endlich im Einklang mit den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sowie den Strukturkriterien der einschlägigen geriatrischen Abrechnungsziffern des OPS 8-550.-. bzw. des OPS 8-98a.-. Die Erweiterung des Qualifikationsspektrums auf den „<i>Schwerpunkt Geriatrie</i>“ sowie den „<i>FA für Innere Medizin und Geriatrie</i>“ ist dringend geboten, um die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen abzusichern. Ohne diese Erweiterung könnte – wie in den vergangenen Monaten umfassend diskutiert – die Mehrheit der heute etablierten Geriatrien die Mindestkriterien der Leistungsgruppen nicht erfüllen, da es den definierten Personenkreis faktisch nicht gibt. Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt, dass die aktuell bestehende redaktionelle Unrichtigkeit mit der geplanten Neuformulierung beseitigt werden soll und die Einrichtungen damit die dringend benötigte Planungssicherheit erhalten. <u>LG 56 „Geriatrie“: Anpassung bei Erbringung verwandter LG</u> Im Anforderungsbereich „<i>Erbringung verwandter LG</i>“ soll in der Spalte „<i>Kooperation</i>“ als Auswahlkriterium neben den LG „<i>Endoprothetik Hüfte</i>“, „<i>Endoprothetik Knie</i>“, „<i>Revision Hüftendoprothese</i>“, „<i>Revision Knieendoprothese</i>“ auch die LG 28 „<i>Wirbelsäuleneingriffe</i>“ aufgenommen werden. Da Diagnosen aus der ICD-Gruppe <S> „<i>Frakturen und andere Verletzungen</i>“ zu den häufigsten Gründen (≈ 30 %) für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes in der Geriatrie gehören, ist die Ausweitung der Kooperationsmöglichkeiten auf den Bereich der Wirbelsäuleneingriffen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. zu begrüßen.
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Mit den Anpassungen in § 6b KHEntgG und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V soll u. a. klargestellt werden, dass Einrichtungen, auch wenn sie für bestimmte Leistungen kein Vorhaltebudget erhalten, dennoch hinsichtlich der Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe den Vorgaben des § 135e Absatz 2 Satz 1 SGB V zur Erfüllung der Qualitätskriterien unterliegen. Dies gilt insbesondere für besondere Einrichtungen nach § 17b KHG sowie die teilstationäre Krankenhausbehandlung. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist eine Differenzierung des geriatrischen Leistungsspektrums in allgemeine und spezielle Bestandteile von entscheidender Bedeutung. So beinhaltet das geriatrische Leistungsspektrum neben der vollstationären Versorgung auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung gemäß OPS 8-98a.-. Dabei stellt der OPS 8-98a.- eine spezifische Leistung dar, welche aufgrund der kodespezifischen Struktur- und Prozessmerkmale eindeutig der Geriatrie zugeordnet werden kann. Aktuell findet der OPS 8-98a.- jedoch keine Anwendung bei der Definition der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie. Zur Gruppierung der teilstationären geriatriespezifischen DRGs A90A bzw. A90B wird in der Gruppierungslogik der Fachabteilungsschlüssel 0260 Geriatrie/Tagesklinik verwendet. Dieser triggert aktuell in die LG001 Allgemeine Innere Medizin. Da Krankenhäuser perspektivisch am Standort nur noch das Leistungsspektrum der zugewiesenen Leistungen erbringen dürfen, können insbesondere Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungsstufe Level F – also eigenständige Fachkrankenhäuser – ohne eine sachgerechte Zuweisung des OPS 8-98a.- ihren Versorgungsauftrag nicht mehr im bisherigen Umfang erfüllen. Für eine sachgerechte, bundeseinheitliche und transparente Strukturierung der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Versorgung sind daher – entgegen der bisherigen Regelungen des LG-Groupers – auch Fälle mit dem OPS 8-98a.- Geriatrie zuzuordnen.
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	<u>Erweiterung des § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG um Planfallzahlen:</u> <u>Planfallzahlen bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigen, um demografiebedingte Fallzahlsteigerungen ökonomisch nicht zu benachteiligen</u> 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 den bisherigen Regelungen 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. Ohne konkrete Regelungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			besteht jedoch die große Gefahr, dass sich ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung in der Praxis manifestiert. Damit die Einführung des Vorhaltebudgets 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 Prozent 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 Schrumpfungprozessen 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 und damit der betagten und hochbetagten Menschen bedeuten, da in der Geriatrie demografiebedingt kontinuierlich über mehrere Jahre eine Fallzahlsteigerung eintreten wird (wie dies z. B. auch in NRW krankenhausplanerisch 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 Gesetz etablierte Fallzahlkorridor bildet die besondere Situation kontinuierlich steigender Fallzahlen damit nicht sachgerecht ab. Entsprechende

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das 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 „automatisch“ 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: <i>„Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.“</i> 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 vom Institut für das

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelnde Konzept qualifizierte Antworten auf diese Fragen liefert und sachgerechte Mechanismen schafft. Zudem ist der § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG wie folgt zu ändern: <i>„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten, <u>die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wurden</u> und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden.“</i>
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	<u>Ergänzung des § 21 Absatz 3c KHEntgG um Besonderheiten des NRW-Konzeptes – Zuordnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle zur Geriatrie</u> Wie unter Art. 1 Nr. 13 ausführlich dargestellt, muss der vollstationäre Leistungsinhalt der Geriatrie anlog dem NRW-Konzept auch in der bundesrechtlichen Gesetzesgrundlage ausgeweitet und darf nicht auf den OPS 8-550 beschränkt werden. Andernfalls fällt ein wesentlicher Teil des heutigen geriatrischen Versorgungsspektrums weg, mit fatalen Folgen für die Qualität der Patientenversorgung. Dem eigentlichen Ansatz der Leistungsgruppensystematik folgend, wäre eine systematisch sachgerechte Lösung neben der „speziellen“ geriatrischen Leistungsgruppe zusätzlich eine „allgemeine“ geriatrische Leistungsgruppe aufzunehmen. Sollte eine zusätzliche Leistungsgruppe in dem aktuellen Reformschritt nicht aufgenommen werden, muss zur Aufrechterhaltung der geriatricspezifischen Versorgung zumindest eine Aktualisierung der Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen erfolgen. Daher regt der Bundesverband Geriatrie e.V. mindestens nachfolgende Ergänzung des § 21 Absatz 3c KHEntgG an: (3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. <u>Hierbei muss im Bereich der Geriatrie sichergestellt sein, dass auch akutgeriatrische Fälle ohne OPS-Komplexcode der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie zugeordnet werden.</u> Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Erfül-lungs-aufwand		
	Ggf. wei-tere An-merkun-gen		

III. Fazit:

Ausgehend vom altersmedizinischen Versorgungsbedarf der kommenden Jahre, müssen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. prioritär fünf Themenbereiche innerhalb des KHAG modifiziert werden, damit die Krankenhaus-Reform eine zukunftsste und patientengerechte geriatrische Versorgung gewährleistet:

1. Ergänzung der Anlage 1 zu § 135e SGB V um die LG XX „Geriatrische Komplexitätsmedizin“. Sofern dies nicht erfolgt, muss zumindest übergangsweise der § 21 Absatz 3c KHEntgG um die Besonderheiten des NRW-Konzeptes zur Zuordnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle zur Geriatrie ergänzt werden
2. Operationalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V: Volle Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, Leistungsgruppenübergreifende Rufbereitschaften zwischen Geriatrie und Allgemeine Innere Medizin sowie gemeinsame Regeldienste in geriatrischen Fachkrankenhäusern
3. Inhaltlicher Widerspruch zwischen Anlage 1 und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) muss aufgelöst werden: Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern insbesondere im Bereich der Urologie müssen damit rechtssicher ermöglicht werden
4. Generalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V: Vorhaltung sachlicher Ausstattung in Kooperation für geriatrische Fachkrankenhäuser
5. Erweiterung des § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG um Planfallzahlen: Planfallzahlen bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigen