

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes:

Datum:

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 – 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)	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	
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	
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 - 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	Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) e.V.  <u>Präambel:</u> Mit dem KHAG beabsichtigt die Bundesregierung unter anderem eine Anpassung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien. Die LG 55 wird in diesem Zusammenhang in der dazu gehörenden Anlage 1 nicht explizit aufgeführt, diese Leistungsgruppe muss jedoch abgeändert werden. In der aktuellen Fassung birgt sie weiterhin erhebliche Gefahren für die medizinische Versorgung von neurologischen Patienten, wie bereits mehrfach in ausführlich begründeten Stellungnahmen der damit befassten Verbände (Bundesverband NeuroRehabilitation BNR, Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation DGNR, Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGN und Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin DGNi) dargelegt wurde. Die LG 55 ist in der vorliegenden Fassung ungeeignet, weiterhin die Versorgung von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) im bisherigen Umfang aufrecht zu erhalten oder gar zukünftig weiter zu verbessern. <u>Regelungsinhalt:</u>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - 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	Mit dem aktuellen Referentenentwurf zum KHAG wird die Neurologische Frührehabilitation in der Leistungsgruppe 55 verortet, damit verbunden ist die Mindestvoraussetzung LG Intensivmedizin mit allen personellen und apparativen Konsequenzen als Vorhaltung, die Möglichkeit einer Kooperation soll hier nicht gegeben werden. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Diese Regelung ist willkürlich und entbehrt in ihrer aktuellen Fassung einer begründeten Notwendigkeit. Die NNFR nimmt in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung mit ihrer „hybriden“ Struktur seit drei Jahrzehnten eine Sonderrolle ein, die ihre medizinische Effektivität und ihren sozioökonomischen Wert vielfach bewiesen hat. Hier werden neurologisch schwer betroffene Patienten, teilweise mit Beatmung und Trachealkanüle, über längere Zeiträume von üblicherweise Wochen bis Monaten simultan akutmedizinisch und rehabilitationsmedizinisch behandelt. Sie hat eine zentrale Rolle für die Weiterversorgung vor allem von Intensivstationen und Stroke Units inne. Nur durch diese Versorgungsstruktur ist eine Optimierung der Liegezeiten in Akutversorgungseinrichtungen überhaupt möglich. Durch die hohe Erfolgsquote insbesondere in der Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle reduziert sie den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege in erheblichem Umfang. Da die Fälle im prolongierten Weaning aber nur ca. 20 % aller NNFR-Behandlungsfälle ausmacht entspräche das Vorhalten einer kompletten intensivmedizinischen Struktur für die restlichen 80% der Behandlungsfälle einer unnötigen Überversorgung. Bislang sind die Fälle mit prolongiertem Weaning auch bereits erfolgreich von denen der konventionellen NNFR versorgungs- und vergütungstechnisch klar abgetrennt (OPS 8-552 und 8-718.9).

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	Seit ihrer Etablierung ist die NNFR heute als weltweit beispielhaftes System einer lückenlosen Behandlungskette im so genannten Phasenmodell effektiv auch durch die Kooperation mit einer Intensivstation durchgeführt worden, ohne eine eigene Intensivstation vorzuhalten. Mit solchen Kooperationen wurde die überwiegende Mehrzahl der NNFR-Rehabilitationsleistungen in Deutschland von Fachkliniken erbracht. Während Kooperationsregelungen mit einer nahegelegenen Intensivstation zum Beispiel für die Akutgeriatrie und die Akutneurologie eingeräumt werden, sind diese nun für die NNFR aus nicht nachvollziehbaren Gründen verweigert worden. Dies hat zur Folge, dass - wie eine Umfrage der DGNR zeigt – mit den neuen Vorgaben ca. 40% der Fachkliniken ihre Betten nicht mehr betreiben könnten. Wir wissen aus allen vorliegenden neurobiologischen und versorgungstheoretischen Daten, dass nur ein rascher Übergang aus der Akutbehandlung in eine Frührehabilitation mit hoher Therapieintensität erfolgsversprechend ist. Bei Schließung von Betteneinheiten in den Fachkliniken zerfallen die über Jahrzehnte geformten, hochkompetenten Teams und sind nicht mehr einsetzbar. Dies bedeutet für Deutschland einen zusätzlichen erheblichen Kompetenzverlust in diesem medizinischen Bereich sowie einen erheblichen Verlust an therapeutischer Potenz. Der Verlust kann auch nicht durch eine einfache Verlagerung in Akutkliniken kompensiert werden, da diese im Schnitt nicht in der Lage sein werden, die große Anzahl der notwendigen rehabilitativen Behandlungen im bislang gewohnten Umfang durchzuführen. Zu erwarten ist auf der einen Seite eine neurologische Frührehabilitation auf einem Level, dessen hochleistungsmedizinische Therapiefähigkeit nur von einem kleineren Anteil der Patienten benötigt wird, und auf der anderen Seite eine inadäquate und erfolgsgefährdende Verkürzung von Behandlungszeiten und Therapiemengen mit einer deutlichen Verschlechterung der Behandlungsergebnisse für die Mehrzahl aller Patienten.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Da die NNFR leistungrechtlich eine Krankenhausbehandlung ist, kann sie sowohl in primär versorgenden Akutkrankenhäusern, als auch in Fachkliniken, dort häufig mit angegliederten Rehabilitationseinrichtungen der weiterführenden Phasen C und D stattfinden. Dabei haben die Fachkliniken für NNFR sowohl einzeln, als auch in der bundesweiten Summe deutlich größere Betten- und Fallzahlen als NNFR-Einheiten an den Akutkliniken. Wie oben skizziert, droht bei unveränderter Umsetzung der Qualitätskriterien für die LG 55 ein Wegfall von NNFR-Behandlungsplätzen an Fachkliniken in erheblichem Umfang. Dies würde allen Intensivstationen und Stroke Units die Möglichkeit der Weiterverlegung von weiter krankenhausbearbeitungsbedürftigen Personen mit NNFR-Bedarf in erheblichem Umfang nehmen und damit die Aufnahmemöglichkeiten für neue Intensiv- bzw. Stroke Unit-Fälle stark begrenzen. Dies würde einerseits die akut- und intensivmedizinische Versorgung blockieren, andererseits aber auch zu einer dramatischen Zunahme von Fällen der außerklinischen Intensivpflege und vollstationären Pflege führen. Zur Vermeidung dieses für das gesamte Gesundheitssystem äußerst bedrohlichen Zustands halten wir die folgenden Maßnahmen für dringend erforderlich: In der Leistungsgruppendifinition 55 (NNFR) wird auf die LG Intensivmedizin als obligate Voraussetzung für alle NNFR-Patienten verzichtet. Konventionelle NNFR-Einheiten und Abteilungen für NNFR-prolongiertes Weaning bleiben anforderungstechnisch und vergütungstechnisch getrennt.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Kooperation mit einer Intensiveinheit wird für diejenigen NNFR-Abteilungen verpflichtend, die keine Plätze für prolongiertes Weaning betreiben. Langfristig werden für alle Patienten in der NNFR aufgrund der langen Liegezeiten zu einem hohen Anteil unbewertete DRGs zur Anwendung kommen. Dies muss bei der Berechnung von Vorhaltepauschalen berücksichtigt werden. Für den Bundesverband NeuroRehabilitation (BNR) Prof. Dr. med. Thomas Mokrusch Vorsitzender
			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 – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	
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: 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)	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 – 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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	
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	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung S- aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		