

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)

Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. (DGNR)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR)

Berufsverband Deutscher Radiologie (BDR)

Berufsverband Deutscher Neuroradiologen (BDNR)

Grundsätzliche Bewertung

Die radiologischen Fachgesellschaften und Verbände sehen die Notwendigkeit, die deutsche Krankenhauslandschaft zukunftsfähig zu gestalten und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig zu sichern. Wir begrüßen und unterstützen deshalb grundsätzlich alle politischen und gesetzlichen Anstrengungen, die geeignet sind, diese Ziele mit Blick auf zukünftige Strukturen und Vergütung zu erreichen.

Aus Perspektive der Radiologie leistet der vorliegende Referentenentwurf zum KHAG – wie auch bereits das am 1. Januar 2025 in Kraft getretene KHVG – dies leider nur bedingt. Wir sehen deshalb weiterhin einen deutlichen Überarbeitungs- und fachlichen Klärungsbedarf. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF), insbesondere mit Blick auf die dringend erforderliche Weiterentwicklung und Differenzierung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien.

Anmerkungen und Forderungen aus Sicht der Radiologie

Die radiologischen Fachgesellschaften und Verbände haben ihre fachlichen Positionen, Forderungen und Vorschläge bereits intensiv und wiederholt in den zurückliegenden Beratungskontext zum KHVG, u. a. über die AWMF, eingebracht und dokumentiert. Diese behalten auch mit Blick auf das KHAG ihre Gültigkeit, da die aus radiologischer Sicht erforderlichen Anpassungen in keiner Weise erkennbar sind.

In Anerkennung der gegenwärtigen politischen Realitäten und zeitlichen Planungen des politischen Prozesses besteht insbesondere mit Blick auf die gefäßmedizinischen Leistungsgruppen ein fachlicher Korrekturbedarf mit höchster Dringlichkeit. Die vorgeschlagenen Korrekturen sind auch vor dem Hintergrund relevant, dass die Reform „praxistauglicher“ und „gangbarer“ gemacht werden soll.

Die Anpassungsanforderungen hinsichtlich der im KHAG vorgesehenen Leistungsgruppensystematik werden in dieser Stellungnahme erneut benannt und in den angehängten Dokumenten näher belegt.

Die nachfolgend benannten Korrekturanforderungen und Empfehlungen wurden mit den anderen Fachgesellschaften konsentiert und über die AWMF an den LG-Ausschuss übermittelt.

Anpassung von Qualitätsanforderungen in den Leistungsgruppen

Unsere dringenden Empfehlungen richten sich insbesondere auf zwei Bereiche, die in den LG-bezogenen Qualitätskriterien bislang keine oder nur eine unzureichende Berücksichtigung finden, konkret:

1. Korrekturbedarf in den gefäßmedizinischen Leistungsgruppen

Die gefäßmedizinischen LG 18 (Bauchaortenaneurysma), LG 19 (Carotis operativ/interventionell) sowie LG 20 (Komplexe periphere arterielle Gefäße) bilden in der vorliegenden Ausgestaltung nicht die Versorgungsrealität in den Krankenhäusern ab. In allen genannten LG erfolgt die Leistungserbringung interdisziplinär zwischen Gefäßchirurgie, interventioneller Radiologie und Angiologie, in der LG 18 (Bauchaortenaneurysma) nur durch Gefäßchirurgen und interventionelle Radiologen. Die unkorrigierte explizite Nennung von Angiologen unter „Auswahlkriterien“ widerspricht eklatant der G-BA Richtlinie (*Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 6. Dezember 2023, BAnz AT 29.01.2024 B4*). Deshalb müssen FÄ für Radiologie mit interventioneller Expertise zwingend als personelles Qualifikationskriterium aufgenommen werden – dies auch, um die Umsetzbarkeit nach GKV-Recht und entlang des G-BA-Beschlusses sicherzustellen. In der LG 20 werden darüber hinaus die interventionellen Leistungen gar nicht erfasst.

Die Empfehlungen zu entsprechenden Korrekturen in den LG 18, 19 und 20 wurden bereits im Jahr 2023 von den beteiligten Fachgesellschaften der Gefäßchirurgie (DGG), der Radiologie (DRG) und der Angiologie (DGA) im Konsens verabschiedet (siehe Anhang 1). Diese Empfehlungen wurden zuletzt mit entsprechender Kommentierung von den drei Fachgesellschaften auch an die AWMF übermittelt und an den Leistungsgruppen-Ausschuss weitergeleitet (siehe Anhang 2).

2. Korrekturbedarf in den weiteren Leistungsgruppen

2.1 Konsistente und konsequente Berücksichtigung interventioneller Radiologie

Die Vorhaltung einer radiologischen interventionellen Expertise ist in weiteren LG versorgungsrelevant und gelebte Versorgungsrealität, insbesondere im Komplikationsmanagement. Zwar wird die interventionelle Radiologie in den LG 31 (Lebereingriffe) und LG 33 (Pankreaseingriffe) bereits im Rahmen der „Sachlichen Ausstattung“ explizit berücksichtigt. Das gilt jedoch nicht für andere LG, in denen interventionelle Expertise gleichwohl erforderlich ist.

Deshalb ist es – wie über die AWMF vorgelegt – konsistent, wenn die interventionelle Radiologie auch in den LG 27, 29, 34, 41, 58, 60 und 62 als „Auswahlkriterium“ unter „Sachlicher Ausstattung“ geführt wird (siehe Anhang 3).

2.2 Konsistente und konsequente Berücksichtigung radiologischer Schwerpunkt-kompetenzen

In den LG 52 (Neurochirurgie) sowie LG 54 (Stroke) wird im Bereich „Auswahlkriterium“ unter „Personelle Ausstattung“/„Qualifikation“ der FA Radiologie mit SP Neuroradiologie explizit benannt. Dem gegenüber wird der FA Radiologie mit SP Kinder- und Jugendradiologie in keiner der konservativ pädiatrisch geprägten LG (LG 46-49) aufgeführt.

Das ist nicht konsistent und im hohen Maße versorgungsgefährdend. Die Kinder- und Jugendradiologie bildet einen fachlichen Schwerpunkt in der Radiologie, und sie ist eine zentrale Voraussetzung für die therapeutische Leistungserbringung in der pädiatrischen Versorgung. Fehlt eine solche Voraussetzung, werden Geschäftsführungen in Krankenhäusern aus Kostenperspektive die Vorhaltung eines allgemeinen Facharztes für Radiologie für die vorgenannten Bereiche als ausreichend erachten. Dies gefährdet die notwendige hochspezialisierte radiologische diagnostische wie interventionelle Versorgung in Deutschland.

Deshalb muss der FA Radiologie mit SP Kinder- und Jugendradiologie in den LG (47), 48 und 49 als „Auswahlkriterium“ unter „Personeller Ausstattung“/„Qualifikation“ ergänzt werden (siehe Anhang 3). In diesem Zusammenhang unterstützen wir die fachlich begründete Forderung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), die LG 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) in der Leistungsgruppensystematik zu berücksichtigen.

2.3 Die Vorhaltung radiologischer Modalitäten erfordert radiologische Kompetenz

Insbesondere nach den Strahlenschutzbestimmungen in der radiologischen Bildgebung erfordert die Zuordnung radiologischer Modalitäten in einer Vielzahl von Leistungsgruppen die explizite Nennung des „FA Radiologie“ unter „Personeller Ausstattung“/„Qualifikation“. Denn spezialisierte und erforderliche radiologische Leistungen setzen das Tätigwerden von Radiologen, Neuroradiologen und/oder Kinderradiologen voraus.

Die Qualitätsanforderungen in der vorliegenden LG-Systematik sind insofern nicht konsistent, als dieser Sachverhalt bislang nicht durchgängig Berücksichtigung findet. Die Nennung des „FA Radiologie“ sollte zur notwendigen Vervollständigung in all jene LG übertragen werden, in denen auch eine entsprechende Gerätevorhaltung zu den „Mindestvoraussetzungen“ gehört (siehe Anhang 3).

Anhänge

- | | |
|----------|--|
| Anhang 1 | Konsentierter Stellungnahme zu Leistungsgruppen Gefäßmedizin (DRG, DGG, DGA) |
| Anhang 2 | Konsentierter Ausarbeitung zu Leistungsgruppen Gefäßmedizin (DRG, DGG, DGA) |
| Anhang 3 | Korrekturanforderungen Radiologie zu Leistungsgruppen gesamt |