

Stellungnahme

**des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.
(SpiFa) vom 21. August 2025**

Referentenentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform

(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) vom 30. Juli 2025

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: Dr. iur. André Byrla

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
(ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren
e.V. (BAO)



Bundesverband der Belegärzte und Be-
legkrankenhäuser e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistin-
nen und Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutsche Neurochirur-
gie e.V. (BDNC)



Berufsverband Deutscher Neuroradio-
logen e.V. (BDNR)



Berufsverband Deutscher Nuklearmedi-
ziner e.V. (BDNukl.)



Bundesverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.
(BdP)



Bundesverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutschland für
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)



Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen
Deutschlands e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH)



Berufsverband der Deutschen Urologie
e.V. (BvDU)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)



Berufsverband der Frauenärzte e.V.
(BVF)



Deutscher Berufsverband der Hals-Na-
sen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband für Orthopädie und Un-
fallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte
für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
(DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kie-
fer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG)



Deutsche Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirur-
gie e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V.
(DN)



Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-
stellen e.V. (PVS Verband)



Virchowbund – Verband der niedergelasse-
nen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
(VIR)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	10
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	11
Artikel 1 – Änderungen Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).....	11
Nummer 1 (Änderung § 109 SGB V).....	11
Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb (Änderung § 135e Absatz 4 Nummer 7 Buchstabe d SGB V).....	11
Nummer 6 Buchstabe a (§ 136a Absatz 2 SGB V - neu).....	12
Nummer 13 (Anlage 1 – neu).....	12
Weitergehender Änderungsbedarf	16
Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung	16
Leistungsgruppen-Grouping.....	17
Sicherung der Fachkrankenhäuser	17

I. Vorbemerkungen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen vorsieht, um die Versorgungsqualität im Krankenhaus und die Vergütungsstrukturen zu verbessern.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf beabsichtigt die Bundesregierung nunmehr in der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHVVG zu erleichtern und sieht es als notwendig an, verschiedene gesetzliche Anpassungen vorzunehmen. Die hierzu vorgesehenen Maßnahmen sollen mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, praxisgerecht fortentwickelt werden. Hierzu sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

SpiFa:

Wir sehen eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland nach wie vor als dringend geboten an, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland flächendeckend sicherzustellen und die bedarfsgerechten Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig zu finanzieren.

In Deutschland gab es nach dem Statistischen Bundesamt im Jahr 2023 insgesamt 1.874 Krankenhäuser mit insgesamt 476.924 Betten. 1.505 Krankenhäuser davon waren sogenannte Allgemeinkrankenhäuser (zu denen die 34 Hochschul- bzw. Unikliniken, 1.246 Plankrankenhäuser, 62 Krankenhäuser mit und 163 Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag gehören). 303 Krankenhäuser führten ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen, und/oder geriatrischen Betten. In diesen Krankenhäusern wurden im Jahr 2023 insgesamt 17.202.131 Krankenhausbehandlungen erbracht, davon 14.371.798 gegenüber gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Bettenauslastung im Jahr 2023 betrug 71,2 Prozent. Für Krankenhausbehandlungen wurde von der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023 ein Betrag von 93,56 Mrd. EUR ausgegeben und damit im Durchschnitt etwa 6.500,00 EUR pro Krankenhausbehandlungsfall. Im Vergleich dazu gab es im Jahr 2023 eine Zahl von 596.225.886 Behandlungsfällen in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung mit Ausgaben für die GKV in Höhe von 47,15 Mrd. EUR und damit im Durchschnitt etwa 79 EUR pro Behandlungsfall.

Wir gehen auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse aktuell von einem Ambulantisierungspotential in Höhe von mindestens 20 Prozent der stationären Behandlungsfälle aus. Dieses Ambulantisierungspotential dürfte sich auf Grund des medizinisch-technologischen Fortschritts bis zum Jahr 2035 etwa verdoppeln. Darüber hinaus lassen sich mindestens 20

Prozent der heute ganz überwiegend vollstationär erbrachten Krankenhausbehandlungsfälle als vermeidbare ambulant-sensitive Krankenhausfälle einstufen. Vor diesem Hintergrund ist es gefestigte wissenschaftliche Erkenntnis, dass die Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland heute alles andere als bedarfsgerecht ausgestaltet sind und die Notwendigkeit besteht, in einer Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen selbst auch die originären ambulanten Versorgungsstrukturen zu adressieren und zu stärken, um ambulant-sensitive Krankenhausfälle zu vermeiden und darüber hinaus Leistungen aus dem stationären Bereich in die originären ambulanten Strukturen zur Hebung der vorhandenen erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven zu überführen und einen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung zu leisten.

Nach Auffassung des SpiFa fehlte es jedoch bereits dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) an einem Zielbild für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in Deutschland. Aus unserer Sicht muss eine Reform der Krankenhausversorgung zugleich mit der Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden sein, die im Wesentlichen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten als Garant einer qualitativ hochwertigen, zeitnahe und auch ökonomisch effizienten Patientenversorgung getragen wird. Es bedarf eines solchen Zielbildes und weiterer Reformmaßnahmen zur Schaffung einer bedarfsgerechten Krankenhauslandschaft und einer medizinischen Versorgungsstruktur insgesamt.

Wir begrüßen das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes, die praktische Umsetzung der mit dem KHVVG eingeleitete Krankenhausreform zu erleichtern. In diesem Zuge steht für den SpiFa die Planbarkeit für die Krankenhäuser sowie nicht zuletzt für die im Krankenhaus Tätigen im Vordergrund. Ausnahmen von Regelungen, die die Qualität der Krankenhausversorgung adressieren, sollten nach unserer Auffassung hinreichend und klar bestimmt und im Ergebnis auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser zur Sicherstellung der stationären Akutversorgung beschränkt sein. Ausnahmen können daher in der Regel nur Krankenhausstandorte außerhalb der Ballungsgebiete adressieren. Wir halten vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf wissenschaftlicher Evidenzgrundlage festgesetzte Mindestmengen für ein unverzichtbares Qualitätsinstrument, welches ohne Ausnahmen flächendeckend auf weitere planbare Leistungen ausgedehnt werden sollte.

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt die flankierend gebotene Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte vermissen. Die mit dem KHVVG fortgesetzte gesundheitsökonomisch unsinnige Ausdehnung des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser auf die ambulante Versorgung zu Lasten vertragsärztlicher Strukturen und insbesondere der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird leider mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht zurückgenommen. Diese avisierte Maßnahme führt zur Schwächung originär ambulanter Strukturen und des Vertragsarztwesens zu Gunsten von stationären Strukturen, die bereits heute für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr benötigt werden.

Nach unserer festen Überzeugung bedarf es zudem unbedingt einer Stärkung des Belegarztwesens sowie der Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Allgemeinen mit Krankenhäusern bei der stationären Versorgung, um das ärztliche Potential für eine hochwertige sektoren unabhängige Patientenversorgung auszuschöpfen sowie eine personell gut ausgestattete bedarfsgerechte stationäre Versorgung zukünftig sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund der grundgesetzlich festgelegten Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausstrukturen appelliert der SpiFa an die Länder, ihrer Verantwortung in planerischer wie auch finanzieller Hinsicht für die Krankenhausstrukturen nachzukommen. Die Länder sind daher aufgefordert, endlich flächendeckend und nachhaltig die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zu gewährleisten und auch die überfällige strukturelle Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell zu unterlegen. Der SpiFa begrüßt, dass die Transformationskosten nicht mehr, wie noch bisher durch den Gesetzgeber der 20. Legislaturperiode gesetzlich unterlegt, durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden sollen. Die Finanzierung aus dem Sondervermögen des Bundes kann vor dem Hintergrund der originären Länderzuständigkeit allerdings nicht ohne Kritik bleiben.

Darüber hinaus fordert der SpiFa nach wie vor die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte organisatorisch und finanziell unabhängig der Versorgungsbereiche (Sektoren) zu stärken, denn eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist von einer ausreichenden Zahl gut und praxisnah aus- und weitergebildeter Fachärztinnen und Ärzte abhängig.

II. Erfüllungsaufwand

keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderungen Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 1 (Änderung § 109 SGB V)

Die Änderung sieht vor, dass Abweichend ein Versorgungsvertrag zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger abgeschlossen werden darf, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

SpiFa:

Der SpiFa steht Ausnahmeregelungen auch zu Leistungsgruppen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung grundsätzlich offen gegenüber. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Ausnahmeregelungen nur in begründeten Einzelfällen Anwendung finden, um die aus fachlicher Sicht notwendigen Qualitätskriterien, die in den Leistungsgruppen festgelegt wurden, mit Blick auf eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht zu konterkarieren.

Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb (Änderung § 135e Absatz 4 Nummer 7 Buchstabe d SGB V)

Um die belegärztliche Versorgung zu sichern, soll klargestellt werden, dass in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes auch ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann.

SpiFa:

Wir begrüßen die beabsichtigte Änderung mit der an Stelle eines Vollzeitäquivalentes ein Belegarzt bzw. eine Belegärztin mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Nach der Systematik des § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V geht es bei der personellen Ausstattung grundsätzlich nicht um eine jederzeitige Verfügbarkeit vor Ort. Zudem können auch in Vollzeit angestellte Fachärztinnen und Fachärzte mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die beabsichtigte Änderung trägt dem Rechnung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich in der Regel um elektives und gut planbares Leistungsgeschehen handelt. Im Übrigen muss berücksichtigt werden, dass die Eignung als Belegarzt nach § 39 Absatz 5 Nummer 3 BMV-Ä voraussetzt, dass Wohnung und Praxis eines Belegarztes so nahe am Krankenhaus liegen muss, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

Die Beschränkung der Regelung auf ausgewiesene Belegabteilungen sehen wir dagegen kritisch. Zum einen sind nicht in allen Landeskrankenhausplänen Belegabteilungen ausdrücklich ausgewiesen und zum anderen führt die Beschränkung dazu, dass der Ausschluss belegärztlicher Tätigkeit in Hauptabteilungen weiter zementiert wird. Wir halten dies vor dem Hintergrund des bestehenden Flexibilisierungsbedarfs beim Einsatz von niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in der stationären Versorgung für nicht sachgerecht. Die Beschränkung sollte daher gestrichen werden.

Wir verweisen auf unsere weitergehenden Ausführungen zum Belegarztwesen und zur Kooperation und dem Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in der stationären Versorgung unten.

Nummer 6 Buchstabe a (§ 136a Absatz 2 SGB V - neu)

Mit der beabsichtigten Änderung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit, für einen in § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Indikationsbereich eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

SpiFa:

Wir halten eine Befugnis für den G-BA für sachgerecht zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen evidenzbasierte Abweichungen von den Regelungen in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festzulegen. Die beabsichtigte Regelung sollte mit einem Antragsrecht für die medizinischen Fachgesellschaften verbunden werden.

Nummer 13 (Anlage 1 – neu)

Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen in Anlage 1 werden dahingehend geändert, dass diejenigen Leistungsgruppen verbleiben, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen für die dortige Krankenhausplanung eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Zudem erfolgen Anpassungen der Qualitätskriterien, wobei Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses hierbei Berücksichtigung finden.

SpiFa:

Der SpiFa sieht in der beabsichtigten Festlegung leistungsbezogener Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlungen auf Grundlage von Leistungsgruppen nach wie vor einen grundsätzlich unterstützenswerten Ansatz. Wir erneuern jedoch unsere bereits mit Blick auf das KHVVG erhobene Kritik, dass die vorgenommene Einteilung der Leistungsgruppen zu wenig ausdifferenziert und holzschnittartig ist und der Versorgungsrealität nicht gerecht wird.

Die Radiologie/Neuroradiologie ist als therapeutisches Fach mit Kernleistungskompetenzen in den Leistungsgruppen nicht vertreten. Dies widerspricht der faktischen Bedeutung der interventionellen Radiologie/Neuroradiologie für die Patientenversorgung. Jenseits der bildgebenden Diagnostik leistet die interventionelle Radiologie/Neuroradiologie in großem Umfang versorgungsrelevante minimal-invasive therapeutische Eingriffe in nahezu allen Organbereichen. Diese umfassen neben bildgestützten Verfahren (Ultraschall, CT oder MRT) – wie beispielsweise Organpunktionen, Drainagetherapien, Tumor- und Schmerzbehandlungen – insbesondere auch kathetergestützte Gefäßeingriffe in der Angiographie. So wird die „Schlaganfallbehandlung“ durch die interventionelle Neuroradiologie als eigener Leistungserbringer durchgeführt. Die gefäßmedizinischen Leistungsgruppen Nummer 18, 19 und 20 bilden die Versorgungsrealität in der Gefäßmedizin nicht ab. Der SpiFa unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die bereits im Jahr 2023 unter den Fachgesellschaften der Radiologie, Gefäßchirurgie und Angiologie konsentierten Empfehlungen zu entsprechenden Korrekturen. Diese liegen auch dem Leistungsgruppen-Ausschuss über die AWMF vor. Die Reduktion der Radiologie/Neuroradiologie auf ein Querschnittsfach mit gerätebezogenen Mindestvoraussetzungen gefährdet die stationäre Versorgung. Eine konsistente und konsequente Berücksichtigung der Interventionellen Radiologie im Sinne liegt über die AWMF vor. Die beabsichtigte zukünftige Krankenhausvergütung muss aus Sicht des SpiFa die Absicherung der Vorhaltevergütung in der Radiologie/Neuroradiologie adressieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass radiologische Modalitäten auch radiologischer Kompetenz bedürfen und daher die explizite Nennung des „FA Radiologie“ unter „Personeller Ausstattung/Qualifikation“ neben der Nennung radiologischer Modalitäten in den „Mindestvoraussetzungen“ unbedingt erforderlich ist.

Auch ist die Angiologie als eigenständige Leistungsgruppe in der vorgenommenen Einteilung der Leistungsgruppen nicht enthalten. Die Angiologie ist essentiell für die stationäre Patientenversorgung und eine von drei Säulen in zertifizierten Gefäßzentren. Operative und nicht-operative Disziplinen in den Kliniken profitieren von angiologischen Leistungen. Die Angiologie steht für die sonographische und funktionelle Gefäßdiagnostik sowie für die konservative und interventionelle Therapie der vielfältigen Erkrankungen von Arterien, Venen und Lymphgefäßen. Die Angiologie agiert als internistische Teildisziplin vorausschauend und nachhaltig durch ein umfangreiches Risikofaktorenmanagement und verhindert so das Auftreten bzw. das Fortschreiten von Volkskrankheiten wie „Schaufensterkrankheit“, „Raucherbein“ und diabetisches Fußsyndrom. Im stationären Versorgungsbereich steht heutzutage eine Vielzahl an endovaskulären und medikamentösen Therapieverfahren zur Verfügung, um Gefäße wiederzueröffnen. Der differenzierte Einsatz dieser Verfahren ermöglicht die Behandlung von Arterien von der Aorta bis hin in die kleinsten Dimensionen, so dass Extremitäten- und Organfunktionen erhalten und Amputationen verhindert werden können.

Ein weiterer Leistungsbereich, der in der Leistungsgruppensystematik nicht abgebildet ist, betrifft die Komplexbehandlungen in der schmerzmedizinischen Versorgung chronischer Schmerzpatienten. Dazu gehören die interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST, OPS 8-918, OPS 8-91b und OPS 8-91c) und die Multimodale Komplextherapie des Bewegungssystems (OPS 8-977).

Chronische Schmerzerkrankungen sind ein erhebliches gesundheitsökonomisches und volkswirtschaftliches Problem, das in hohem Maße zu Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, zu hoher medizinischer Inanspruchnahme und inadäquater Versorgung führt. Die genannten nichtoperativen schmerzmedizinischen Komplexleistungen werden bislang in Kliniken ganz unterschiedlicher Ausrichtungen erbracht. Dazu gehören Kliniken mit orthopädischen, internistischen, psychosomatischen, anästhesiologischen und anderen Fachabteilungsschlüsseln. Die Schmerztherapie ist ein Bereich der fachübergreifend und mit multiprofessionellen Konzepten weiterentwickelt und vertreten wird. Das Fehlen einer adäquaten Abbildung in der Leistungsgruppensystematik birgt ein hohes Risiko des Verlustes weiterer Behandlungskapazitäten in einem bereits jetzt erheblich unterversorgten Bereich.

Wir setzen uns darüber hinaus dafür ein, dass die Frührehabilitation insbesondere durch die Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin in der Leistungsgruppensystematik wesentlich stärker Berücksichtigung findet. Bei der Frührehabilitation handelt es sich um eine leistungsgruppenübergreifendes Querschnittsgebiet in der somatischen stationären Versorgung. Die fachübergreifenden Kompetenzen von Fachärztinnen und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin sind u.a. dafür geeignet, für jeden Patienten individuell das geeignete Konzept der Weiterbehandlung nach schweren Erkrankungen oder Eingriffen zu entwickeln und zu bahnen und Patienten in die passenden weiterführenden Einrichtungen und Konzepte zu steuern. Ziel ist dabei neben einer Verbesserung des Outcomes der Patienten auch die kostenintensiven und begrenzten Ressourcen der Kliniken, insbesondere der Intensivmedizin frühzeitig wieder freizusetzen, was zu einer Entlastung der Kostenträger und des Sozialsystems insgesamt beitragen kann.

Fachübergreifende Frührehabilitation sollte zumindest in Krankenhäusern der Maximalversorgung vorgehalten werden, was Vorgaben des § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V, dem von Deutschland verabschiedeten WHO- Beschluss von 2023: Frührehaabteilungen in Akutkrankenhäusern für Komplexe Fälle sowie den Forderungen des Deutschen Ärztetages und Anforderungen der Wehr- und Katastrophenmedizin entspricht.

In Leistungsgruppen mit einem hohen Bedarf an Frührehabilitation sollte als „Auswahlkriterium“ die „Strukturprüfung für die Fachübergreifende Frührehabilitation nach OPS 8-559“ in die Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ eingefügt werden.

Die betreffenden Leistungsgruppen sind aus unserer Sicht mindestens die Folgenden:

- LG 6 – Komplexe Pneumologie
- LG 7 – Komplexe Rheumatologie
- LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention
- LG 15 – Allgemeine Chirurgie
- LG 18 – Bauchaortenaneurysma
- LG 20 – Komplexe periphere arterielle Gefäße
- LG 21 – Herzchirurgie

LG 27 – Spezielle Traumatologie
LG 28 – Wirbelsäulenchirurgie
LG 29 – Thoraxchirurgie
LG 30 - Bariatrische Chirurgie
LG 41 – Senologie
LG 52 – Neurochirurgie
LG 59, 60, 61, 62 – Transplantationen
LG 64 – Intensivmedizin

Leistungsgruppe 2 – Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Bei den Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen fehlt die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vorgeschlagene Voraussetzung mindestens einer Gesundheitsfachkraft mit Diabetesexpertise „Diabetesberaterin DDG“. Diese Fachkompetenz beim nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonal ist jedoch auch aus unserer Sicht unverzichtbar zur adäquaten Diabetesversorgung, da nur durch solche Fachkräfte strukturiert und in Studien positiv evaluiert überlebenswichtige Kompetenzen zur Überwachung und Stabilisierung der Stoffwechselkontrolle Patienten und deren Angehörigen vermittelt werden können. Wir regen daher an, eine solche Vorgabe in die Leistungsgruppe aufzunehmen.

Im Übrigen verweisen wir im Einzelnen auf die konsentrierte Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie mit Blick auf die erforderliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppe 2.

Leistungsgruppe 3 - Infektiologie

Die Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie sehen wir auch mit Blick auf die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie als nicht sachgerecht an. Der Facharzttitel für Innere Medizin und Infektiologie wurde zwar erst im Jahr 2021 eingeführt und ist damit ein neues eigenständiges Facharztgebiet. Jedoch gilt es nach unserer Überzeugung mit einer Leistungsgruppe Infektiologie in der stationären Versorgung auch mit Blick auf mögliche weitere Pandemien strukturelle Expertise zu entwickeln und die Versorgungsqualität auf diesem Gebiet weiter auszubauen.

Leistungsgruppe 37 – MKG

Die Streichung des Wortes „Panendoskop“ im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird begrüßt. Der verbliebende Hinweis, dass die Möglichkeit der Krankenhäuser bestehen bleibt „Panendoskope“ zu nutzen, wird allerdings als falsch angesehen, weil es „Panendoskope“ so nicht gibt. Panendoskopien erfolgen in der Regel unter Nutzung eines Laryngoskops oder unter Verwendung eines Mikroskops oder Kontrastmitteln.

Weitergehender Änderungsbedarf

Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung

Aus Sicht des SpiFa bedarf es im Zuge der grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung flankierend einer Stärkung und Flexibilisierung des Belegarztwesens als Element der intersektoralen ärztlichen Versorgung. Auch im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, das System der belegärztlichen Versorgung ohne Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung erhalten und verbessern zu wollen.

Ein wesentliches Element der Stärkung des Belegarztwesens stellt für uns neben der Entbürokratisierung der belegärztlichen Zulassung und Flexibilisierung der belegärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus eine Reform der Vergütung gegenüber Belegpatientinnen und Belegpatienten erbrachter Leistungen dar.

Wir setzen uns dafür ein, die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten auch auf Hauptabteilungen auszudehnen und die Beschränkung der Leistungserbringungen auf Belegabteilungen aufzugeben.

Der SpiFa setzt sich zudem für eine einheitliche Vergütung für die Erbringung voll- und teilstationärer Leistungen ein, unabhängig davon ob diese gegenüber Patienten des Krankenhauses oder Belegpatienten durch eine belegärztliche Versorgung erbracht werden.

Nach aktueller gesetzlicher Lage können nach § 121 Absatz 5 SGB V Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen Honorarverträge abschließen. Zugleich sieht § 18 Absatz 3 KHEntgG vor, dass Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des SGB V zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen haben.

Danach ist in jedem Fall der § 18 Absatz 3 KHEntgG geregelte Abschlag auf die sog. Hauptabteilungs-DRG zu streichen, die sich als nicht wirtschaftlich umsetzbar darstellt.

Die Vergütung der Belegärzte für stationär und teilstationär erbrachte Leistungen sollte zudem künftig in jedem Fall nicht mehr aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen.

Aus Sicht des SpiFa ist darüber hinaus unbedingt gesetzlich sicherzustellen, dass Belegärzte auch dann, wenn diese aus Anlass und im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung gegenüber ihren Belegpatienten nicht eigene, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit

daneben Patientinnen und Patienten des Krankenhauses behandeln, nicht als sozialversicherungsrechtliche Beschäftigte des Krankenhauses eingestuft werden.

Der SpiFa verweist im Übrigen ausdrücklich auf die Stellungnahme des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser.

Aus Sicht des SpiFa sollte zudem die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Krankenhäusern auch insgesamt gestärkt werden.

Der SpiFa schlägt dazu vor, § 108 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass Krankenkassen Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V auch in Kooperation mit nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren erbringen lassen dürfen, soweit die vertragsärztliche Tätigkeit in Kooperation 13 Wochenstunden nicht überschreitet.

Durch diese Ergänzung soll abschließend geklärt werden, dass Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Absatz 1 SGB V, die in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Status der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Damit wird in Bezug auf die Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) und der nachfolgenden Regelungen des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ärzte) auch Klarheit geschaffen, wie und in welchem Umfang eine Tätigkeit in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

Leistungsgruppen-Grouping

Der SpiFa bewertet die Beauftragung des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) gemäß § 21 Abs 3c KHEntgG in der Fassung des Artikel 2 Nummer 3 Krankenhaustransparenzgesetz für die Zuordnung der Krankenhausesfälle zu den Leistungsgruppen (Leistungsgruppen-Grouping) mit dem fortgeltenden Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) kritisch. Bereits die Übernahme der Grundlogiken des DRG-Systems ist fehleranfällig. Das System der Einfall-Leistungsgruppe, also die zwingende Zuordnung eines Krankenhausesfalles zu einer Leistungsgruppe, führt zu gravierenden Problemen, weil gerade die in Komplexfällen erbrachten Leistungen unterschiedlicher Leistungs- bzw. Fachbereiche keine hinreichende Berücksichtigung finden. Dies führt zu einer Verzerrung des Leistungsgeschehens auf dessen Grundlage eine Vorhaltefinanzierung die Betriebskostendeckung nicht darstellen kann. Das Grouping erweist sich zudem auch unter Verwendung der vom InEK öffentlich zur Verfügung gestellten Dokumentationen (Definitionshandbuch) als schlicht nicht nachvollziehbar.

Sicherung der Fachkrankenhäuser

Wir setzen uns mit Verweis auf den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD dafür ein, dass die Definition der Fachkrankenhäuser in § 135d Absatz 4 SGB V mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken

erhalten bleiben können. Hierzu regen wir an, Leistungsgruppen mit ähnlichen sachlichen und personellen Voraussetzungen in der Definition des Fachkrankenhauses als eine gemeine Leistungsgruppe mit Blick auf die in § 135d Absatz 4 SGB V geregelte Höchstgrenze von 4 Leistungsgruppen zu werten. Dies bietet sich beispielsweise für die Leistungsgruppen Nummer 23 bis 26 der Anlage 1 an.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl.), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband Deutscher Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Verband Deutscher Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).