

Stellungnahme

Stellungnahme der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF zum Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für den Bereich Krankenhausreform

Berlin, 15. April 2025 · Im Namen der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen, die sich aus wissenschaftlich-medizinischer Sicht seit Beginn des Prozesses mit der Krankenhausreform beschäftigt und diesen Prozess konstruktiv begleitet hat, nehmen wir zu diesem Thema im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 09.04.2025

Stellung:

1. Wir begrüßen die Grundaussage des Koalitionsvertrages, dass die Krankenhausreform basierend auf dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) fortgesetzt werden soll.
2. Die Kommission spricht sich strikt gegen die Nicht-Berücksichtigung aller der in der Anlage 1 KHVVG genannten Leistungsgruppen aus. Ebenso lehnen wir den damit verbundenen Status quo – der Nichtberücksichtigung großer und wesentlicher Teile der Leistungserbringung im Krankenhaus – ab. Vielmehr muss das System der Leistungsgruppen um solche, bisher nicht berücksichtigte Leistungsgruppen ergänzt werden, die für die stationäre Patientenversorgung elementar sind.
3. Grundlage für die Nicht-Berücksichtigung der Leistungsgruppen 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin) sind die Schwierigkeiten der Fallzuordnung im Leistungsgruppen-Grouper des InEK. Diese Problematik lässt sich dadurch beheben, indem jede Leistungsgruppe mit einem spezifischen Prozeduren-Code versehen wird.
4. Die Kommission ist ausdrücklich nicht einverstanden damit, dass weitere „neue“ Leistungsgruppen nicht implementiert werden sollen. Den damit verordneten Stillstand des medizinischen Fortschritts bis jenseits von 2027 kann sich unser Land nicht leisten. Es war allen Beteiligten des Prozesses auf Bund- und Länderseite klar, dass das System dynamisch angelegt ist und weiterentwickelt werden müsse, weil große Leistungsbereiche einschließlich der Querschnittsfächer zum Zeitpunkt der Bund-Länder-Einigung nicht berücksichtigt werden konnten. Es wäre ein schwerwiegender Fehler in der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger (und Beitragszahlenden), diese Defizite des KHVVG nicht – zumindest in zentralen Aspekten – zeitnah zu beheben.

5. Die Planung, die zur Sicherstellung der Grund- und Regelversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, weitere Ausnahmen von den Qualitätskriterien und erweiterte Kooperationen möglich sein sollen, sehen wir kritisch. Grundsätzlich ist eine im Einzelfall wünschenswerte Flexibilisierung sinnvoll, sie darf aber nicht zu Lasten der Behandlungsqualität gehen. Deshalb sollte für entsprechende Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung das Hauptaugenmerk sollte auf fördernde Regeln und Umstände gelegt werden, die diesen Krankenhäusern erlaubt, die Voraussetzungen der Strukturkriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen. Bei einer Flexibilisierung ist dabei auch zu berücksichtigen, nicht die Qualität der Strukturkriterien der Leistungsgruppen im Allgemeinen zu senken, sondern sie differenziert an Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen anzupassen ist. Wir sehen es mittelfristig als notwendig an, die Qualitätskriterien spezifisch an die Versorgungsstufen der Krankenhäuser weiterzuentwickeln.
6. Bei der geplanten Mindestmengenregelung ist die Sicherstellungsfunktion der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung zu berücksichtigen sowie die konkreten regionalen Bedingungen, z.B. Bevölkerungsstruktur und Morbiditätslast. Ebenso ist eine Anpassung an die spezifische Situation der Universitätskliniken notwendig, da sie neben der allgemeinen Krankenversorgung insbesondere die Aufgabe haben, komplexe und hochkomplexe Patienten zu versorgen sowie die Aufgabe der Lehre und Forschung zu erfüllen.
7. Die Planung, die bestehende Finanzierungslücken aus den Jahren 2022 und 2023 für die Krankenhäuser sowie den GKV-Anteil aus dem Sondervermögen Infrastruktur zu finanzieren, wird begrüßt.
8. Bei einer Neufassung der Definition der Fachkliniken bieten wir unsere Unterstützung an, da sich die wissenschaftlichen Fachgesellschaften damit intensiv bei der Entwicklung der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen befasst haben. Die AWMF Ad hoc-Kommission und die Fachgesellschaften hatten in der Vergangenheit bereits Vorschläge unterbreitet und arbeiten deshalb kontinuierlich intensiv an diesem Themenkomplex weiter. Entsprechende Vorschläge werden dem Leistungsgruppenausschuss zeitnah übersandt.
9. Die Zugrundelegung einer 38,5-h-Woche als Vollzeitäquivalent wird befürwortet. Wir schlagen aber vor, dass nicht eine Stundenaussage getroffen wird, sondern dass das Vollzeitäquivalent des anzuwendenden Arbeits- oder Dienstvertrages eines Krankenhauses zugrunde gelegt wird.
10. Die Verlängerung der Konvergenzphase von 2 auf 3 Jahre wird begrüßt, doch sollten Anreize geschaffen werden, den Prozess des Abbaus von Überkapazitäten zu beschleunigen. Dies ist nur teilweise durch den Transformationsfonds möglich. Anreizsysteme sollten darauf abzielen, eine Leistungsverlagerung in den teilstationären und ambulanten Bereich gezielt zu fördern unter besonderer Berücksichtigung der intersektoralen Behandlung. Krankenhäusern sollte die Gelegenheit ermöglicht werden, ambulante Patienten mit ihrer Fachexpertise bei Bedarfsnotwendigkeit zu behandeln.

11. Wir stimmen überein mit der geplanten Budgetneutralität des Leistungsgruppensystems für 2027 und der Implementierung der Vorhaltevergütung in zwei Schritten ab 2028, da die Transparenz dieses Prozesses wie auch die Regelung der Rest-DRG-Finanzierung aktuell nicht ausreichend erscheint. Unseres Erachtens sollte eine weitere Entkoppelung der Vorhaltevergütung von Fallzahlen hin zu einer echten Vorhaltevergütung erfolgen, die unabhängig ist von einer Leistungserbringung. Die sogen. Rest-DRG-Finanzierung darf nicht dazu führen, dass der auf der einen Seite reduzierte ökonomische Druck auf der anderen Seite erneut erhöht wird.

Zu unserem Bedauern werden im Koalitionsvertrag wichtige Probleme nicht thematisiert:

1. Das zentrale Thema der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und deren Berücksichtigung in der Kostenstruktur der DRGs (künftig Vorhaltevergütung plus Rest-DRG-Systematik) muss dringend adressiert werden.
2. Für signifikante Prozeduren (Untersuchungen und operative Eingriffe) muss eine Zusatzkodierung im OPS eingeführt werden, die kenntlich macht, ob es sich um einen Weiterbildungseingriff handelt (Durchführung durch Ärztin/Arzt oder Facharzt unter Aufsicht und Anleitung eines qualifizierten Facharztes zum Zweck der Weiterbildung in einem Gebiet, Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung).
3. Es ist aus fachlicher Sicht nicht akzeptabel, dass eine notwendige Personalmessung des ärztlichen Dienstes weiterhin nicht vorgesehen ist, obwohl mit dem Ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) ein entsprechendes Instrument zur Verfügung steht.
4. Der Abbau der Bürokratie und damit der Abzug von Ressourcen, die eigentlich für die Patientenversorgung vorgesehen sind, muss als strategische Aufgabe gesehen werden. Neben anderen Maßnahmen muss vordringlich 1. die Zahl der Fallprüfungen, die mehr als 10 % aller stationären Fälle ausmacht, wesentlich gesenkt werden, 2. Bei der in Entwicklung befindlichen Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ des Medizinischen Bundes Doppelt- und Mehrfachprüfungen verhindert, Prüfungsinhalte vereinfacht und auf das Mindestmaß beschränkt sowie das Prinzip der Vertrauenskultur eingeführt werden und 3. Kontrollichten deutlich reduziert werden.

Die AWMF steht als Vertretung von 184 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften mit mehr als 300.000 Mitgliedern für die konstruktive Diskussion der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und wird diesen Prozess mit ihrer Fachexpertise sowie die politisch Entscheidenden dabei unterstützen.



Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: office@awmf.org

Für die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF

Dr. Manfred Gogol

Dr. Monika Nothacker