

## Stellungnahme

# Stellungnahme der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF zur Weiterentwicklung des Krankenhausversorgungs-Verbesserungs- Gesetz (KHVVG)

**Berlin, 09. Juli 2025** · In der aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung des KHVVG sind aus Sicht der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF die im Gesetz genannten Ziele der Qualitätssicherung und Entbürokratisierung vordringlich zu berücksichtigen. Dabei sollte den unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Krankenhäusern einerseits und einer drohenden Ausweitung von Überprüfungen durch die Einführung des Leistungsgruppensystems andererseits adäquat begegnet werden. Die Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF schlägt u.a. eine flexiblere Personalplanung und die Anerkennung bestehender Zertifikate mit weniger häufigen Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor.

Die Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF fordert, dass die wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften bei der Festlegung von Qualitätskriterien sowie bei der als essenziell erachteten Ausarbeitung einer begleitenden Evaluation der Auswirkungen der Krankenhausreform beteiligt werden.

Im Folgenden werden die Forderungen und Vorschläge in acht Punkte ausgeführt.

### **1. Flexibilisierung der Personalplanung für Leistungsgruppen/Berücksichtigung eines Modells**

#### **1.1 Aufhebung der Beschränkungen der Berücksichtigung von Fachärzt\*innen (FÄ) der LG 1 Allgemeine Innere Medizin und LG 14 Allgemeine Chirurgie**

Das KHVVG sieht vor, dass FÄ, die für die LG 1 und 14 genannt werden, in keiner anderen LG berücksichtigt werden können. Dies kann für Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ein Problem darstellen, da die Ressourcen aufgrund der Größe eines solchen Krankenhauses beschränkt sind und die Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses mit Notfallversorgung häufig bei mehr als 30 Minuten liegt. Daher sollten qualitätsgeprüfte Ausnahmen für die Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag möglich sein.

1. FÄ, die in der LG 1 und 14 berücksichtigt werden, können in Krankenhäusern mit Sicherstellungszuschlag für die LG 64 berücksichtigt werden, soweit sie

- a) über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin verfügen und
  - b) die Anforderungen der personellen Ausstattung der LG 64 erfüllt sind.
2. FÄ, die in der LG 1 und 14 berücksichtigt werden, können in Krankenhäusern mit Sicherstellungszuschlag (ggf. mit der Einschränkung der ländlichen Versorgung) für die LG 65 berücksichtigt werden, soweit ansonsten die Anforderungen der personellen Ausstattung der LG 65 erfüllt werden.“

### **1.2 Berücksichtigung von FÄ im Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung**

Einige Gebiete oder Schwerpunkte sind durch mehrere Leistungsgruppen definiert, z.B. Kardiologie, Gefäßchirurgie oder Visceralchirurgie.

Vorschlag der Kommission Versorgungsstrukturen: Soweit im Bereitschaftsdienst einer Leistungsgruppe ein(e) Facharzt/-ärztin den Dienst versieht, soll die Verpflichtung zur weiteren FÄ-Vorhaltung für den Bereitschaftsdienst in den Leistungsgruppen eines Gebietes oder Schwerpunktes entfallen.

### **1.3 Berücksichtigung der Weiterbildung bei der Personalplanung**

Die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt ist eine genuin ärztliche Aufgabe. Sie weist seit langem quantitative und qualitative Defizite auf, weil Ressourcen für diese Aufgabe im Finanzierungsmodell der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung nicht berücksichtigt sind.

Forderung der Kommission: Das Personalbemessungsmodell der Bundesärztekammer soll nach erfolgter Evaluation für die Finanz- und Personalausstattung berücksichtigt werden.

## **2. Überprüfung von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen (§ 275a SGB V) – inhaltlich und zeitlich**

Die AWMF und die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften setzen sich für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ein, u.a. durch die Erstellung/Förderung von Leitlinien und Zertifikaten. Diese sollen genutzt werden, um einer Überbürokratisierung bei der Überprüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien aus den LG entgegenzuwirken.

Vorschlag der Kommission:

Die Überprüfungen von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst sollen nach einer erstmaligen Prüfung in einem Abstand von mindestens 3 Jahren erfolgen und sich dann auf eine repräsentative Stichprobe der existierenden Leistungsgruppen beschränken. Die Prüfung des Medizinischen Dienstes soll sich auf die Strukturkriterien beschränken. Die Prozessqualität soll durch die vom IQTIG anerkannten Qualitätszertifikate erfolgen und nicht einer erneuten Prüfung unterzogen werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass diese Qualitätszertifizierungen, die regelhaft quantitativ und qualitativ über die Anforderungen der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen hinausgehen, an Wert verlieren und die regelmäßige und parallele Überprüfung durch Medizinischen Dienst und unabhängige Zertifizierungen zu einer deutlichen Bürokratiezunahme führen werden. Eine dadurch bedingte Abnahme von Qualitätszertifikaten wäre kontraproduktiv für die Steigerung der Behandlungsqualität und -sicherheit der Patient\*innen.

Des Weiteren ist es vordringlich, dass Prüfinhalte und -frequenzen, die sich aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben, z.B. aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, harmonisiert werden.

### **3. Definition von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen durch das IQWiG**

In Studien werden in der Regel Assoziationen, bestenfalls Korrelationen, zwischen Mengen und Ergebnissen zu einzelnen Eingriffen erhoben. Für das Gesamtspektrum von Diagnosen und Prozeduren innerhalb einer Leistungsgruppe liegen demzufolge nur für einzelne Prozeduren solche Zusammenhänge vor. Eine qualitative hochwertige Versorgung ergibt sich nicht nur aus einer bestimmten Menge an Leistungen, sondern u.a. auch aus Vorhaltungen, Art der Zusammenarbeit und Kommunikation mit Patient\*innen, d.h. weiteren Aspekten von Struktur- und Prozessqualität (s.a. Punkt 2).

Auch aus diesem Grund ist für eine Festlegung von Mindestvorhaltezahlen im Rahmen von Leistungsgruppen medizinisch-wissenschaftliche Expertise unabdingbar. Eine Verkürzung des Qualitätsbegriffs auf wenige Zahlen wird seitens der Kommission kritisch gesehen.

Forderung der Kommission:

Die AWMF und die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sind bei der Definition und Festlegung von Mindestvorhaltezahlen durch das IQWiG zu beteiligen. Bei der Festlegung von Mindestanforderungen im Sinne von Fallzahlen sind auch hinsichtlich der einzubeziehenden Diagnosen und Prozeduren fachlich- inhaltliche Entscheidungen zu treffen, die nicht unmittelbar aus publizierter Studienevidenz zu einzelnen Prozeduren abgeleitet werden können. Überprüfung dieser Festlegungen in Bezug auf Auswirkungen auf die Ergebnisqualität sollen Teil der Begleitevaluation sein (s.a. Punkt 6).

### **4. Erfüllungsgrad von Qualitätskriterien (§ 135e (4) SGB V)**

Für die Zuteilung von Leistungsgruppen ist ein Erfüllungsgrad in den Bereichen der sachlichen und Personalvorhaltung der Qualitätskriterien von 100 % vorgesehen. Dies ist im klinischen Alltag unrealistisch, da planerisch von einer Ausfallquote ausgegangen werden muss.

Vorschlag der Kommission: Für die Personalvorhaltung soll eine Untergrenze im Sinne einer Mindesterfüllung von Jahresdurchschnittlich 85 %, für die sachliche Ausstattung von 90 % vorgesehen werden.

### **5. Zuteilung einer Leistungsgruppe bei nicht erfüllten Qualitätskriterien (§ 6a KHG)**

Vorschlag der Kommission: Die befristete Zuteilung einer Leistungsgruppe bei Nichtvorliegen der Qualitätskriterien zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, hier insbesondere bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, soll flankiert werden von einem strukturierten Entwicklungskonzept, dass die Erreichung der Qualitätskriterien zukünftig möglich erscheinen erlässt. Unter der gleichen Voraussetzung sollte bei Vorliegen eines Bedarfes und der Nichterreichung der Qualitätskriterien eine weitere Verlängerung (z.B. um 2, in begründeten Ausnahmefällen auch 3 Jahren) ermöglicht werden.

### **6. Evaluation der Folgen des KHVVG (§ 426)**

Die begleitende Folgenbeurteilung der KH-Reform ist unbedingt erforderlich.

Forderung der Kommission: Das Bundesministerium für Gesundheit soll neben den genannten Verbänden auch unabhängige wissenschaftliche Institute mit der Folgenbeurteilung der Krankenhausreform beauftragen und dafür Mittel bereitstellen. Die Leistungserbringenden sollen bei Konzeption und Durchführung der Evaluation beteiligt werden. Evaluationen sollen zeitnah nach In-Kraft-Treten die Weiterentwicklung der KH-Reform begleiten.

### **7. Forderungen an die Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes**

Die Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienst für die Leistungsgruppen (LOPS-RL) ist sachlich fehlerhaft und an vielen Punkten zu detailliert. Des Weiteren führt die LOPS-RL systematisch zu Doppelprüfungen, da bestehende Prüfaufgaben, die sich aus anderen gesetzlichen Regelungen ergeben, z.B. Strahlenschutzvorschriften, nicht berücksichtigt. Dieses Vorgehen ist mit einer politischen Zielsetzung des Abbaus von Bürokratie nicht vereinbar.

Forderung der Kommission: Die Stellungnahmen der AWMF an den Medizinischen Dienst zur Reduktion von bürokratischen Aufwänden u.a. in Bezug auf Doppelprüfungen sind zu berücksichtigen.

### **8. Berücksichtigung der Änderungsanträge der wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften zu den Kriterien der Leistungsgruppen**

Die AWMF und die ihr organisierten Fachgesellschaften haben bei 90 % der Leistungsgruppen der Anlage 1 KHVVG medizinisch begründete Änderungen vorgeschlagen.

Forderung der Kommission: Die vorgeschlagenen Änderungen sollen vom Leistungsgruppenausschuss berücksichtigt werden. Die AWMF und die thematisch zuständigen Fachgesellschaften sind zu einer ggf. notwendigen Diskussion einzuladen.

### **9. Berücksichtigung der Leistungsgruppen 3, 16, 47 und 65 und neu beantragter Leistungsgruppen**

Die Notwendigkeit der Berücksichtigung und Umsetzung der neu beantragten Leistungsgruppen ist aus Gründen der vollständigen Leistungsabbildung der stationären Versorgung und aus Qualitätsgründen erforderlich. Des Weiteren ist ihre Berücksichtigung auch notwendig, um eine zukünftige Leistungsausweitung in nicht definierten Bereichen zu verhindern. Die AWMF-FG unterstützen eine kriteriengestützte Weiterentwicklung von Leistungsgruppen, die auch erhobene Bedarfe und versorgungsverbessernde Innovationen berücksichtigt.

Forderung der Kommission: Die Stellungnahmen der Kommission zu den in der Anlage 1 KHVVG genannten Leistungsgruppen 1 bis 65 und die neu beantragten Leistungsgruppen sind bei der Umsetzung des KHVVG zu berücksichtigen. Für den Fall der Nichtberücksichtigung von vorgeschlagenen Leistungsgruppen ist dafür Sorge zu tragen, dass diese Leistungen in den vorhandenen LG adäquat abgebildet werden, z.B. dass Kinder und Jugendliche aus den Leistungsbereichen der LG 47 grundsätzlich der LG 46 zugeordnet werden.

Für die Fallzuordnung zu einer Leistungsgruppe soll im OPS-Katalog ein Leistungsgruppenschlüssel berücksichtigt werden. Damit kann gewährleistet werden, dass die Fallzuordnung eindeutig ist und die Restklassenzuordnung zu den Leistungsgruppen



Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie substanziell reduziert wird. Die AWMF und ihre Mitgliedsfachgesellschaften sind in eine kriteriengestützte Weiterentwicklung von Leistungsgruppen einzubeziehen.

Für Fragen und Austausch stehen wir jederzeit zur Verfügung: *office@awmf.org*

Autorinnen und Autoren

Dr. Manfred Gogol

Dr. Monika Nothacker