

Stellungnahme

Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV

24. Januar 2025

Vorbemerkung

Eine alternde Gesellschaft in Deutschland benötigt eine optimale Versorgung. Der Transformationsfonds soll, die im KHVVG angelegte Zentralisierung von Leistungen in größeren Versorgungszentren und gleichzeitig eine wohnortnahe Versorgung fördern. Der Fonds soll an den zukünftigen Bedürfnissen orientiert eine hochwertige Versorgung, insbesondere mit innovativen Medizintechnologien unterstützen.

Die Zentralisierung von Leistungsgruppen soll zu einer Verschiebung von Patientenströmen, aber nicht zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten führen. Es soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser, die zusätzliche Versorgungskapazitäten von anderen Krankenhäusern übernehmen, durch den Transformationsfonds gefördert werden. Im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung ist darauf zu achten, dass die Zentralisierung von Leistungen nicht zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zu einer Wartelistenmedizin führt. Dies gilt insbesondere für versorgungsschwache Regionen.

Die Knappheit an qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen ist einer der Hauptgründe für die Notwendigkeit der Krankenhausreform. Investitionen in Medizintechnologie, die einen effizienten und sicheren Einsatz von Personal ermöglichen, sollen gefördert werden.

Grundsätzlich sind bedarfsnotwendige Krankenhaustandorte zur Erreichung der Mindestvoraussetzungen oder weiterer Qualitätssteigerungen mit modernen Medizintechnologien sowie für die nachhaltige Stärkung der flächendeckenden Versorgung und Aufbau von notwendigen Kapazitäten in die Förderung mit aufzunehmen.

Das KHVVG betont den Zusammenhang zwischen ökonomischem Fallzahlendruck, Krankenhausdefiziten und unzureichender Investitionsfinanzierung durch die Länder. Der BVMed sieht das Problem weniger in fehlenden baulichen Investitionen, vielmehr in der unzureichenden Finanzierung bedarfsnotwendiger medizintechnischer Investitionen. Das betrifft speziell interventionelle, chirurgische und radiologische Leistungsgruppen. Weder die Vorhaltefinanzierung noch der temporär angelegte Transformationsfonds lösen diese Finanzierungslücke. Auch zukünftig könnten die Krankenhäuser gezwungen sein, erforderliche Investitionsgüter aus den Mitteln der Betriebskostenfinanzierung zu finanzieren, die aber für eine an der Ergebnisqualität ausgerichteten Versorgung, z. B. mit hochwertigen und leistungsfähigen Implantaten, erforderlich sind.

Um die Finanzierung von investiven medizintechnischen Vorhaltestrukturen (sachliche Ausstattung) für die einzelnen Leistungsgruppen durch die Investitionsfinanzierung der Länder sicherzustellen, sollte deren Finanzierung verpflichtend festgeschrieben werden. Zusätzlich sollten die erforderlichen medizintechnischen Investitionsgüter über den Transformationsfonds (gemäß § 12b Absatz 1 KHG) gefördert werden. Jedem Krankenhaus sind die für die zugewiesenen Leistungsgruppen erforderlichen Investitionsmittel für die medizintechnische Ausstattung bereitzustellen.

Der BVMed unterstützt die Notwendigkeit eines Transformationsfonds, um die Patientenversorgung sicherzustellen. Der Transformationsfonds soll die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens mitgestalten, Krankenhausstrukturen in Deutschland fördern und nicht dazu verwendet werden, bestehende Investitionslücken zu schließen. Deshalb ist der gesetzliche geregelte Nachweis der zusätzlichen Investitionsförderung über den Transformationsfond eine wichtige Maßnahme, die gesetzten Ziele zu erreichen. Dies hat transparent und nachvollziehbar zu erfolgen.

Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

1. § 2 Förderfähigkeit

Der § 2 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Ein Vorhaben dient *nicht auch* dem in Satz 1 genannten Ziel *der Transformation*, wenn es *überwiegend bestehende bedarfsnotwendige Strukturen erhalten oder ausbauen soll und zur Qualitätssteigerung dient.*“

Begründung

Gerade im ländlichen Raum müssen auch Möglichkeiten geschaffen werden, bestehende stationäre Strukturen in die Lage zu versetzen, ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen, wenn keine Schließung oder Zusammenlegung erfolgt. Gleichzeitig müssen in den vom KHVVG präferierten größeren und spezialisierten Versorgungseinheiten die Möglichkeit gegeben werden, zeitnah ihre Versorgungskapazitäten auszubauen, damit es zu keiner Unterversorgung kommt.

2. § 3 Regelungen zu einzelnen Fördertatbeständen

2.1 In § 3 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „*oder Errichtung*“, „*und Leistungsfähigkeit*“ sowie „*Fernüberwachung und -steuerung und zur*“ eingefügt.

Kosten für die Angleichung oder Errichtung der digitalen Infrastruktur sind förderfähig, soweit die Angleichung bei einem Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration zusätzlich zu den in Satz 2 genannten Maßnahmen erforderlich ist und Maßnahmen zur Förderung der Interoperabilität und Leistungsfähigkeit informationstechnischer Systeme sowie zur Fernüberwachung und -steuerung und zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser vorsehen.

Begründung

Die Kostenübernahme für die Angleichung digitaler Infrastruktur reicht nicht aus, teilweise müssen auch neue Strukturen eingerichtet werden, beispielsweise Remote-Scanning-Lösungen, um den Fachkräftemangel zu adressieren.

2.2 In § 3 Absatz 2 Satz 2 sind die Wörter „*mit Ausnahme der Kosten für den Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen*“ zu streichen:

„Förderfähige Kosten eines in Satz 1 genannten Vorhabens sind die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen sowie Kosten für weitere Maßnahmen, die für die Umstrukturierung zwingend erforderlich sind, ~~mit Ausnahme der Kosten für den Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen.~~“

Begründung

Dieser Absatz beschreibt die Förderfähigkeit von Umstrukturierungen von Krankenhäusern zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Ein wesentliches Kennzeichen dieser ist die Integration von ambulanten Leistungen. Die hier gewählte allgemeine Formulierung macht jede Baumaßnahme, die auch für oder von ambulanten Versorgungsstrukturen genutzt werden könnte, ausgeschlossen. Das macht die Umwandlung von bisherigen Krankenhausstandorten noch unattraktiv. Eine notwendige Klärung rechtlicher Fragen rund um die Förderung von ambulanten

Strukturen in sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollte hier nicht vorweggenommen werden. Daher kann auf den Nebensatz verzichtet werden.

Das Ziel von sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜVE) ist, eine Aufweichung der strikten Trennung von ambulanten und stationären Leistungen. SÜVE sollen sich an der ambulanten Versorgung beteiligen, insbesondere in Regionen, in denen eine Unterversorgung an bestimmten Leistungen herrscht. In der Praxis wird die Infrastruktur von SÜVE daher sowohl ambulant als auch stationär genutzt, was auch zu einem effizienten Einsatz von Ressourcen beiträgt. Der Zusatz mit Ausnahme der Kosten für den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen sollte daher gestrichen werden. Das KHVVG setzt für Krankenhäuser wenige Anreize zur Ambulantisierung von medizintechnischen Leistungen, um vorhandene Geräte effizienter zu nutzen.

2.3 In § 3 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „, **Lösungen zur Fernüberwachung und -steuerung**“ eingefügt.

*Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer Systeme und Anlagen sind förderfähig, wenn diese Maßnahmen zusätzlich zu den in Satz 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind und Maßnahmen zur Förderung der Interoperabilität informationstechnischer Systeme, **Lösungen zur Fernüberwachung und -steuerung** sowie zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser vorsehen.*

Begründung

Um Fachkräftemangel zu begegnen, Kosten zu senken, Effizienz zu steigern und die Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten, werden neue Modelle der digitalen Unterstützung benötigt, die über die Anschaffung informationstechnischer Maßnahmen hinausgehen. Lösungen zur Fernüberwachung und Fernsteuerung ermöglicht Fachkräften, aus der Ferne zu arbeiten bzw. mehrere Standorte gleichzeitig zu unterstützen und damit schnellere Diagnostik, insbesondere in ländlichen Gebieten zu ermöglichen. Damit können komplexe Untersuchungen auch außerhalb von Ballungsgebieten ermöglicht werden, ohne Fachkräfte physisch dauerhaft vorzuhalten, bei gleichbleibend hoher Qualität der Versorgung. Die Einführung solcher Lösungen werden insbesondere beim Zusammenschluss mehrerer Standorte relevant und sollten daher durch die Mittel aus dem Transformationsfonds abgedeckt werden können.

2.4 § 3 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

*„Förderfähig sind Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern **und anderen Leistungserbringern**, einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter **Tele-Chirurgie** sowie dem Einsatz von **qualitätsverbessernden und telemedizinischen Technologien**.“*

Begründung

Die Erweiterung auf andere Leistungserbringer ist notwendig, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten.

Der Wortlaut des § 12b Satz 4 Nummer 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz im Entwurf des KHVVG kann zu Missverständnissen führen. Unklar ist, was mit „Telechirurgie“ gemeint ist. Unter „Telechirurgie“ könnte man in einer engen Auslegung verstehen, es gehe ausschließlich um ferngesteuerte Operationen, bei denen der verantwortliche Operateur und der Patient nicht am gleichen Ort sind. Solche Operationssysteme sind derzeit nicht auf dem Markt und es fehlen auch noch technische und rechtliche Voraussetzungen. Damit würde die sehr sinnvolle Förderung von telemedizinischen Netzwerken in der Chirurgie ins Leere laufen.

Praktisch umsetzbar ist heute die telemedizinische Konsultation während eines Eingriffs. Ärzte mit besonderer Expertise können in laufende Operationen zugeschaltet werden, um Empfehlungen für nächste Schritte an den verantwortlichen Arzt vor Ort geben können. Wir schlagen daher eine Ergänzung vor, die klarstellt, dass auch weitere qualitätsfördernde Infrastrukturmaßnahmen der Einführung und Durchführung von Telechirurgie dienen.

2.5 In § 3 Absatz 3 wird nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt:

„Auch die Schaffung der Voraussetzungen für teleradiologische und teleintensivmedizinische Netzwerkstrukturen sind förderfähig.“

Begründung

Telemedizinische Netzwerkstrukturen sollten explizite Maßnahmen zur Errichtung und Ausbau von Tele-Intensivmedizin, Tele-Radiologie und Tele-Stroke Netzwerken enthalten, da diese deutlich zu einem effizienteren Einsatz von Personalkapazitäten beitragen können. Tele-intensivmedizinische Netzwerkstrukturen sollten insbesondere dafür geeignet sein, Mindestanforderungen zur Erbringung verwandter Leistungsgruppen im Bereich der LG Intensivmedizin zu erfüllen.

Beispiel: Wenn eine sektorübergreifende Versorgungseinrichtung die Leistungsgruppe Geriatrie vom Land zugewiesen bekommt, sollte die Möglichkeit bestehen, die Anforderung zur Erbringung der Leistungsgruppe Intensivmedizin telemedizinisch erbracht werden können und damit die Anforderungen an die Bereitstellung von Intensivmedizinern am Standort der SÜVE für diese Leistungsgruppe entfallen, soweit die Leistungsgruppe Intensivmedizin nur für die Erbringung von Leistungen der Leistungsgruppe Geriatrie erforderlich ist.

2.6 In § 3 Absatz 3 wird der bisherige Satz 2 zu Satz 3. Das Wort „**medizinischer**“ wird in diesen Satz eingefügt:

*„Förderfähige Kosten eines in Satz 1 genannten Vorhabens sind die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung interoperabler und sicherer **medizinischer**, informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Systeme und Anlagen...“*

Begründung

Medizintechnische Systeme müssen mitberücksichtigt werden.

2.7 § 3 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

„Förderfähig sind Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen sowie Eltern-Kind-Zentren, Perinatal-Zentren und Kliniken der Geburtshilfe an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind. Förderfähige Kosten eines in Satz 1 genannten Vorhabens sind die Kosten für die Schließung von Teilen eines Krankenhauses, die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen, Kosten für den Aufbau von tele-medizinischen Netzwerkstrukturen sowie Kosten für weitere Maßnahmen, soweit sie für die Umsetzung des Vorhabens zwingend erforderlich sind.“

Begründung

Der Begriff schwerwiegende sollte gestrichen werden, da jegliche intensivmedizinische Versorgung damit umfasst sein könnte und es keinen Grund gibt, dass eine tele-intensivmedizinische Versorgung nur in Kooperation mit Hochschulkliniken durchgeführt werden kann. Dies würde andere Klinikverbünde unberechtigt benachteiligen. Insbesondere die ergänzten Fachabteilungen dienen der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten und können Investitionen nicht über eine Mengenausweitung kompensieren. Die Begründung zu Kosten für Netzwerkstrukturen befindet sich in Punkt 2.5.

2.8 In § 3 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Hebammen,“ und „und medizinischen Technologen für Radiologie“ eingefügt.

„Förderfähig sind Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in staatlich anerkannten Einrichtungen an einem Krankenhaus, das Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte ist, zur Ausbildung für die Berufe Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, und im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent und Pflegefachassistentin und medizinischen Technologen für Radiologie.“

Begründung

Bei Hebammen und medizinisch-technische Radiologieassistent besteht Fachkräftemangel, dem durch die Erweiterung der Förderfähigkeit begegnet werden kann. Eine der Hauptannahmen des KHVVGs ist die Konzentration von Gesundheitsfachpersonal, insb. Pflegekräften, in den priorisierten Versorgungszentren mit mehr Leistung und Spezialisierung. Daher sind Arbeitsbedingungen notwendig, die das Gesundheitspersonal durch Pflegetechnologien umfänglich unterstützen. Damit wird das Arbeitsumfeld sicherer und attraktiver, zum Beispiel für OP-Pflege oder auch Pflegekräfte auf der Intensivstation. Die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten kann die notwendige Versorgung mit Medizintechnologien sicherstellen.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

