

## **Antwort der Bundesregierung**

### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/13446 –**

#### **Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf den Heilmittelbereich und die Sozialdienste**

##### Vorbemerkung der Fragesteller

Auf Grundlage der Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf)) und der Eckpunkte der Bund-Länder Arbeitsgruppe (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf)) hat die Bundesregierung am 17. Juni 2024 den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)) vorgelegt (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/KHVVG\\_GE\\_Kabinett.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf)).

Es ist Ziel dieser Reform, flächendeckend eine qualitätsorientierte, leitlinienkonforme und bedarfsgerechte Versorgung in der Zukunft – insbesondere auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels – sicherzustellen. Die Reform soll zu einer qualitätsorientierten Konzentration von Leistungen auf personell und technisch adäquat ausgestattete Krankenhäuser führen und durch die Einführung einer Vorhaltekosten-Finanzierung den finanziellen Druck zur Leistungsausweitung deutlich reduzieren. Zukünftig sollen bundesweit einheitliche Anforderungen an definierte Leistungsgruppen festgelegt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Komplexe Behandlungen sollen in darauf spezialisierten Krankenhäusern konzentriert werden, die die bundeseinheitlich geltenden Qualitätsvorgaben zur Vorhaltung der strukturellen Ausstattung und personeller Expertise erfüllen und nachgewiesen haben (vgl. u. a. [www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html](http://www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html)).

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungstherapie und andere Formen der Heilmittelbringung sowie die Soziale Arbeit mit ihren psychosozialen Leistungen in den Sozialdiensten sind neben Medizin, Pflege und anderen Gesundheitsberufen ebenfalls essenzielle Bestandteile einer qualitativ hochwertigen, leitlinienkonformen und bedarfsgerechten Patientenversorgung. Bei der konkreten Ausgestaltung sowie der (Weiter-)Entwicklung der geplanten Leistungsgruppen und diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) müssen

das erforderliche therapeutische und psychosoziale Personal und die für die Therapie, Beratung und Krisenintervention notwendige Ausstattung in Kliniken mitgedacht werden, um eine leitliniengerechte und qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Gerade das Entlassmanagement ist vor dem Hintergrund der Sicherstellung des Behandlungserfolgs, der Vermeidung von Versorgungsabbrüchen und einer zunehmenden Mangelsituation bei Angeboten der Nachsorge und Anschlussversorgung von herausragender Bedeutung. Es ist zudem anzunehmen, dass entsprechende Maßnahmen bereits kurzfristig zu Kostenersparnissen führen, da Patientinnen und Patienten durch therapeutische und psychosoziale Interventionen einen schnelleren Genesungsverlauf, kürzere Liegedauern und weniger Komplikationen aufweisen (vgl. [www.lecturio.de/artikel/medizin/einteilung-von-interventionen/](http://www.lecturio.de/artikel/medizin/einteilung-von-interventionen/) und DAK Pflegereport 2022, S. 113).

1. Wie ist nach Ansicht der Bundesregierung die Finanzierung von Leistungen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Ernährungstherapie und anderer Formen der Heilmittelerbringung sowie der Sozialen Arbeit innerhalb der Vorhaltekosten und der DRGs im KHVVG abgebildet?

Mit der im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) umzusetzenden Krankenhausreform wird eine Vorhaltevergütung eingeführt, mit der das Vorhalten von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert wird. Zukünftig erhalten Krankenhäuser eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesen worden sind und deren Qualitätskriterien sowie Mindestvorhaltezahlen sie erfüllen. Zur Umsetzung der Vorhaltevergütung wird die Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus pauschalitem DRG-Vergütungssystem, krankenhausesindividueller Pflegepersonalkostenvergütung und einem Vorhaltevergütungsanteil umgestellt. Dafür wird aus dem bisherigen stationären Vergütungssystem für somatische Krankenhäuser ein Anteil in Höhe von 60 Prozent ausgegliedert. Dieser wird dem Krankenhaus unabhängig von der Erbringung der konkreten Leistungen gezahlt. Das Vergütungssystem als solches wird – wie bisher – auf Basis der tatsächlichen Kosten einer umfassenden Stichprobe der stationären Krankenhausesfälle kalkuliert. Soweit für Leistungen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Ernährungstherapie und anderer Formen der Heilmittelerbringung sowie der Sozialen Arbeit Kosten entstehen, werden diese im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Damit sind sie auch Teil der auszugliedernden Vorhaltekosten.

2. In welchen konkreten DRGs sind nach Kenntnis der Bundesregierung diese Leistungen aktuell fachlich und somit auch finanziell enthalten (bitte auflisten), und in welchem Umfang werden Leistungen der genannten Heilmittelbereiche und der psychosozialen Interventionen in den dafür vorgesehenen DRGs im aktuellen System abgerufen?

Die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen beruht auf einem Vollkostenansatz, so dass auch die in deutschen Krankenhäusern anfallenden Kosten für Leistungen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie, der Ernährungstherapie und anderer therapeutischer Verfahren der Heilmittelerbringung, der sozialen Arbeit sowie psychologische und psychotherapeutische Leistungen in die Fallpauschalen eingehen. Eine Analyse in welchen Fallpauschalen in welchem Umfang Personalkosten aus den genannten therapeutischen Verfahren in die Kalkulation des jeweiligen DRG-Systems eingegangen sind, ist über den jährlich vorgelegten Report-Browser des Instituts für das Entgeltsystem im Kran-

kenhaus (InEK) möglich. Dieser ist über die Internetseite des InEK verfügbar ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

3. Welchen Kenntnisstand hat die Bundesregierung über die derzeitige Berechnungsgrundlage
  - a) für therapeutische Stellen und deren Finanzierung im Bereich der Komplexleistung, und
  - b) für therapeutische Stellen und deren Finanzierung im Bereich der „normalen DRG“?

Zur Vergütung der stationären Krankenhausleistungen und zur Kalkulation der Fallpauschalen wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen. Die im Krankenhaus anfallenden Personalkosten für die Erbringung von stationären Krankenhausleistungen werden im Rahmen des Vollkostenansatzes bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt.

Das KHVVG sieht zudem vor, dass eine Kommission für die Personalbemessung im Krankenhaus geschaffen wird (§ 137n des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Diese soll untersuchen, ob die Notwendigkeit einer Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere Berufsgruppen im Krankenhaus besteht, worunter auch Therapeutinnen und Therapeuten fallen würden.

4. Welche Veränderungen bzw. Anpassungen soll es nach Ansicht der Bundesregierung im Bereich der DRGs für die Heilmittel geben?

Soweit es Änderungen in den in Krankenhäusern anfallenden Kosten für Heilmittel gibt, werden diese im Rahmen der jährlichen Kalkulation für die Fallpauschalen des nächsten Jahres berücksichtigt. Gesetzlich sind keine Veränderungen oder Anpassungen für die Berücksichtigung von Kosten für Heilmittel im stationären Vergütungssystem vorgesehen.

5. Wird es nach Ansicht der Bundesregierung eine Verankerung von therapeutischen und psychosozialen Leistungen in den Leistungsgruppen und somit auch in den Vorhaltekosten geben, sodass sie letztlich nicht nur lediglich in einigen Komplexbehandlungspauschalen inbegriffen sind (u. a. Stroke Unit), wenn ja, wie werden therapeutische und psychosoziale Leistungen künftig personell (Anzahl an Therapieeinheiten im Verhältnis zur Belegung) sowie finanziell (DRG, Vorhaltekosten) dargestellt, und in welchen der neu zu definierenden Leistungsgruppen werden therapeutische und psychosoziale Leistungen fachlich und somit auch finanziell abgebildet?

Auf die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen.

6. Sollen die therapeutischen und psychosozialen Berufsgruppen nach Ansicht der Bundesregierung auch im Bereich der Grundversorgung etabliert werden?

Krankenhäuser dürfen gemäß § 124 Absatz 5 SGB V Leistungen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie durch Personen abgeben, die die berufsrechtlichen Anforderungen nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 SGB V erfüllen. Diese

Erlaubnis gilt unabhängig von der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses.

Zum 31. Dezember 2023 waren nach den Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis: Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2023) in den Krankenhäusern 20 601 Physiotherapeutinnen und -therapeuten, 689 Masseurinnen und Masseur, 1 095 Ergotherapeutinnen und -therapeuten und 637 Logopädinnen und Logopäden beschäftigt.

7. Plant die Bundesregierung, Heilmittelerbringer oder ein Bündnis der therapeutischen und psychosozialen Berufe bzw. Fachverbände an der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu beteiligen, und wenn ja, in welcher Form?

Das KHVVG sieht unter anderem vor, das Spektrum medizinischer Leistungen in 65 Leistungsgruppen abzubilden. Die Leistungsgruppen werden bundeseinheitlich definiert und mit Qualitätskriterien hinterlegt, die erfüllt sein müssen, damit einem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen werden darf und es hierfür eine Vorhaltevergütung erhält. Das stärkt die Qualität medizinischer Versorgung, denn zukünftig sollen nur die Krankenhäuser Leistungen erbringen, die dafür die adäquate technische Ausstattung, das fachärztliche und pflegerische Personal sowie erforderliche Fachdisziplinen vorweisen. In der Anlage 1 zu § 135e SGB V werden die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien festgelegt. In der Tabellenspalte „Personelle Ausstattung“ werden Vorgaben hinsichtlich der fachärztlichen Qualifikation sowie der zeitlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten normiert. Punktuell werden Vorgaben zu weiteren an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in der Tabellenspalte „Sonstige Struktur- und Prozesskriterien“ getroffen.

Die Länder entscheiden darüber, welche Standorte welche Leistungen unter den gesetzten Voraussetzungen erbringen dürfen. Die Planung der Krankenhausversorgung vor Ort bleibt damit uneingeschränkt bei den Ländern.

Die Definition und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und der dahinterstehenden Qualitätsmerkmale wird gemeinsam von Bund und Ländern verantwortet und in einer Rechtsverordnung geregelt, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Hierzu wird ein mit breiter Expertise besetzter Ausschuss eingerichtet, der zu den Inhalten dieser Verordnung Empfehlungen abgeben wird. Die Entscheidung, ob eine Verankerung von therapeutischen und psychosozialen Leistungen in den Leistungsgruppen empfohlen wird, obliegt dem Ausschuss. Die Einbindung weiterer Berufsgruppen erfolgt zum einen durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), wenn sie in den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unter dem Dach der AWMF organisiert sind. Der Ausschuss kann zudem sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Soweit der Ordnungsgeber von den Empfehlungen des Ausschusses abweicht, hat er dies zu begründen.

Zur Vergütung der stationären Krankenhausleistungen, zur Kalkulation der Fallpauschalen und zur Ermittlung der Vorhaltevergütung wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

8. Wie kann die Einbindung von Sozialer Arbeit und psychologischen Konsiliardiensten im stationären Kontext in der sektorenübergreifenden Versorgung und in der Notaufnahme sichergestellt werden, oder ist dies aus der Sicht der Bundesregierung nicht notwendig?

Die sozialrechtliche und psychosoziale Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt im Rahmen des Entlassmanagements, das nach § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V Teil der von den Krankenhäusern zu erbringenden Krankenhausbehandlung ist und der Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient. Dies gilt unabhängig davon, welche Leistungsgruppen den Krankenhäusern nach dem KHVVG zugewiesen werden oder ob es sich um ein Krankenhaus handelt, das zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bestimmt wird.

Soweit in Krankenhäusern psychologische Konsiliardienste im stationären Kontext in Anspruch genommen werden, ändert das KHVVG die diesbezüglichen rechtlichen Rahmenbedingungen nicht. Medizinisch erforderliche Konsiliardienste, einschließlich der angesprochenen psychologischen Konsiliardienste, können wie bisher erbracht werden.

Soweit Patientinnen und Patienten, die in der Notaufnahme behandelt wurden, einer Anschlussversorgung bedürfen, ist es Aufgabe des dort behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin Hinweise zu den aus seiner bzw. ihrer Sicht gebotenen weiteren Schritte zu geben. Darüber hinaus obliegt es der Hausärztin oder dem Hausarzt im Rahmen seiner Betreuungs- und Koordinationsfunktion, über die adäquate weitere Versorgung zu beraten und sie gegebenenfalls zu veranlassen.

9. Wie steht die Bundesregierung dazu, Heilmittelerbringern im klinischen Bereich mehr fachliche Entscheidungskompetenz, z. B. bezüglich Therapiedauer und Therapiefrequenz, zuzugestehen, um damit die Behandlungsqualität und Ressourcenverteilung im Krankenhaus zu verbessern?

Aus Sicht der Bundesregierung ist es sinnvoll, dass Heilmittelerbringer, z. B. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, auch bei einer Tätigkeit im Krankenhaus – ebenso wie im ambulanten Bereich – das volle Spektrum der therapeutischen Entscheidungsmöglichkeiten ausschöpfen, das mit ihren beruflichen Kompetenzen einhergeht. Die bestehende Ausbildung in der Physiotherapie ermöglicht die therapeutische Entscheidung über Therapiedauer und -frequenz, was sich im ambulanten Bereich in den Regelungen zur Blankoverordnung abbildet. Im Zuge von Reformen der Berufsgesetze wird eine weitere Aufwertung der beruflichen Kompetenzen der Therapieberufe erzielt werden, die dann auch in ihren therapeutischen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen in der ambulanten und stationären Versorgung zum Tragen kommen kann.

10. Wie wird die Bundesregierung sicherstellen, dass therapeutische und psychosoziale Leistungen im Rahmen der Krankenhausreform tatsächlich in ausreichender Menge und Frequenz in der Krankenhausversorgung erbracht werden, wird die Bundesregierung dabei berücksichtigen, dass auch Zeit und Ressourcen für interprofessionellen Austausch und Zusammenarbeit bestehen müssen, und wenn nein, aus welchen Gründen nicht?

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Erbringung therapeutischer und psychosozialer Leistungen liegt in erster Linie im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser. Darüber hinaus wird eine qualitativ und quantitativ hochwertige

ge Versorgung über vielfältige Maßnahmen der Qualitätssicherung gewährleistet. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Maßnahmen dienen unter anderem Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen von systematischen Prüfungen hinsichtlich der Strukturvoraussetzungen und von fallbezogenen Einzelprüfungen nach Leistungserbringung.

11. Sieht die Bundesregierung Probleme bei einem möglichen sog. Outsourcing von Heilmittelleistungen (beispielsweise fehlende Finanzierung interprofessioneller Leistungen wie Teamsitzungen, Teamfortbildungen, Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagements, Fehlerkultur etc.), und wenn ja, wie sollen diese in Zukunft im Hinblick auf eine ressourcenschonende und patientenorientierte Versorgung minimiert werden?

Auch bei einem sogenannten Outsourcing liegt die Verantwortung einer vollumfänglichen Leistungserbringung bei den Krankenhäusern. Eine Finanzierungslücke wird hier nicht gesehen. Insbesondere die Komplexbehandlungen des Kapitels 8 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beinhalten als Vorgabe Teamsitzungen und setzen entsprechende Aus- und Weiterbildungen voraus. Die Erfüllung dieser Vorgaben ist für die Abrechnung von Komplexbehandlungen eine Voraussetzung. Darüber hinaus wird auf die Antwort zu den Fragen 1 und 2 verwiesen.

12. Sollen zukünftig verstärkt Anreize geschaffen werden, Heilmittelerbringer zu motivieren, im stationären Bereich tätig zu sein, und wenn ja, ist hierbei auch eine Anpassung der Definition der Entgeltgruppen bezüglich der Komplexität der Störungsbilder, des eigenverantwortlichen Handelns und der Abschlüsse dieser Berufsgruppen vorgesehen, und wie soll dabei aus Sicht der Bundesregierung ein Wettbewerb um Fachkräfte zu Lasten des ambulanten Bereiches vermieden werden?

Im KHVVG ist zunächst angelegt, dass eine Kommission für die Personalbemessung im Krankenhaus geschaffen wird (§ 137n SGB V). Diese soll untersuchen, ob die Notwendigkeit einer Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere Berufsgruppen im Krankenhaus besteht, darunter würden auch Therapeutinnen und Therapeuten fallen. Die Einführung solcher Instrumente würde Transparenz über den Personalbedarf und die demgegenüber bestehende tatsächliche Personalausstattung schaffen.

13. Gibt es vonseiten der Bundesregierung Vorstellungen bezüglich der Finanzierung und Freistellung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Beschäftigten im Heilmittel- und psychosozialen Bereich?

In den Krankenhäusern anfallende Kosten gehen im Rahmen des Vollkostenansatzes in die jährliche Kalkulation der Fallpauschalen ein. Soweit Krankenhäusern Kosten für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entstehen, werden diese somit im Rahmen des Vergütungssystems von stationären Krankenhausleistungen berücksichtigt.

14. Wie möchte die Bundesregierung den bürokratischen Aufwand für Heilmittelerbringer und Sozialdienste minimieren, um mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung bereitzustellen, sollen hierzu auch digitale Lösungen zur Optimierung von Dokumentation, Berichtswesen und Abrechnung implementiert werden, und soll es nach Ansicht der Bundesregierung diesbezüglich Qualitätsstandards und Prozesse für den Austausch von Patientendaten und Berichtswesen geben, um Doppelungen von Untersuchungen zu vermeiden und eine Verbesserung der Patientensicherheit zu gewährleisten?

Da sie bereits über eine Zulassung zur stationären Behandlung verfügen, dürfen Krankenhäuser gemäß § 124 Absatz 5 SGB V auch ohne zusätzliche Zulassung Heilmittel durch qualifiziertes Personal abgeben. Zudem gelten für sie die bundesweiten Verträge nach § 125 SGB V zur Heilmittelversorgung, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen geschlossen werden. Eigenständiger Verhandlungen zu den Einzelheiten der Heilmittelversorgung und zu den Vergütungen oder einer ausdrücklichen Anerkennung der geschlossenen Verträge bedarf es nicht. Damit einher geht eine erhebliche Begrenzung des Bürokratieaufwands auf der Ebene der Krankenhausträger und -leitungen. Zu deutlichen Entlastungen auch auf der Ebene der Beschäftigten wird die vollständige Einbeziehung des Heilmittelbereichs in die Telematikinfrastruktur zum 1. Januar 2026 führen. Der schnelle Zugriff auf Informationen zum bisherigen, gegebenenfalls auch schon vor dem Krankenhausaufenthalt stattgefundenen Behandlungsverlauf, die digitale Bereitstellung aller relevanten Dokumente und Unterlagen in der „ePA für alle“, sofern die Patientin oder der Patient dem nicht widersprochen hat, sowie die Möglichkeit der digitalen Kommunikation mit anderen an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen und Leistungserbringern innerhalb und außerhalb des Krankenhauses werden zu einer deutlichen Bürokratieentlastung und einem Qualitätszugewinn in der Heilmittelversorgung führen. Dies gilt auch für die Arbeit der in den Sozialdiensten der Krankenhäuser tätigen Beschäftigten, die insbesondere bei dem von ihnen durchzuführenden Entlassmanagement zwingend auf den Austausch mit anderen Berufsgruppen und Leistungserbringern angewiesen sind.

