



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im
Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
(BT-Drucksache 20/11854 vom 17.06.2024)

Berlin, 23.09.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	4
2. Vorbemerkung	5
3. Stellungnahme im Einzelnen	6
3.1 Krankenhausreform und ärztliche Weiterbildung.....	6
3.2 Krankenhausreform und ärztliche Personalausstattung – ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer.....	7
3.3 Leistungsgruppensystematik.....	9
§ 135e SGB V – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	9
§ 40 KHG i. V. m. § 8 Abs. 4 KHEntgG – Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen	14
§ 135f SGB V – Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	15
§ 6a KHG – Zuweisung von Leistungsgruppen	16
3.4 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten/Ausnahmemöglichkeiten	17
§ 6a Abs. 4 KHG (Zuweisung von Leistungsgruppen)	18
3.5 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.....	20
§ 115g SGB V – Behandlung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.....	20
§ 6c KHG – Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung.....	22
§ 6c KHEntgG – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	23
3.6 Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und hausärztliche Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	24
§ 116a SGB V – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	24
3.7 Auswirkungsanalyse und Evaluation	27
§ 426 SGB V – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG).....	28
§ 115g Absatz 4 SGB V – Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen.....	30
§ 135f Absatz 3 SGB V – Auswertungen zu den Auswirkungen der Empfehlungen für die Mindestvorhaltezahlen (MVHZ).....	30
§ 17b Absatz 4c KHG – Evaluation der Einführung der Vorhaltevergütung.....	31
3.8 Vorhaltevergütung und weitere Finanzierungsinstrumente.....	32
3.9 Transformationsfonds	33
§ X 12b – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung.....	33
3.10 Bürokratiefolgen	34

§ 136c SGB V – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.....	35
§ 137 Absatz 3 SGB V – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	35
§ 275a SGB V – Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern, in Verbindung mit § 109 – Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern – und in Verbindung mit § 6a KHG – Zuweisung von Leistungsgruppen	35
§ 283 SGB V – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	37
4. Ergänzender Änderungsbedarf.....	38

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer hat sich bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vom 30.04.2024 positioniert. Die Hauptkritikpunkte haben mit Blick auf den vorliegenden Gesetzentwurf weiterhin Bestand.

Die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Absicht einer grundlegenden Krankenhausreform in Deutschland wird von der Bundesärztekammer ausdrücklich unterstützt. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält dafür in einigen Punkten richtige Ansätze.

Eine umfassende Reform kann jedoch nur gelingen, wenn Bund und Länder sie gemeinsam umsetzen, unter Einbindung des Sachverständes der Ärzteschaft sowie der weiteren Akteure des selbstverwalteten Gesundheitswesens. Diesem Anspruch wird der vorgelegte Gesetzentwurf nicht gerecht. Daneben verfehlt er in wesentlichen Punkten die selbstgesteckten Ziele von Qualitätsverbesserung, Entbürokratisierung und Sicherung der flächendeckenden Versorgung.

Die ärztliche Weiterbildung und Fragen der ärztlichen Personalausstattung werden nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer hält daher an vielen Stellen Änderungen und Ergänzungen am Gesetzentwurf für erforderlich und steht bereit, den ärztlichen Sachverständ in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechte Krankenhausversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

Ausgangslage und Zielbild einer Reform aus Sicht der Bundesärztekammer

Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist derzeit von einer gravierenden Überlastung des Personals, von wirtschaftlichen Schwierigkeiten vieler Krankenhäuser, von ungenutzten Potentialen bei der sektorenverbindenden Versorgung sowie vom Nebeneinander einer hohen Krankenhausdichte in den Ballungsräumen und einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung in manchen ländlichen Regionen gekennzeichnet.

Zugleich wird der Versorgungsbedarf angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts in den kommenden Jahren weiter steigen, während sich der Fachkräftemangel angesichts der Demographie in der Ärzteschaft und in weiteren Gesundheitsberufen erheblich verschärfen wird. Die Frage nach dem in der Patientenversorgung tätigen Personal wird daher in den kommenden Jahren zum eigentlichen Schlüsselthema für Versorgungsqualität und -sicherheit werden.

Angesichts dieser Herausforderungen muss sich jede Reform zunächst daran messen lassen, ob sie zu den dringend erforderlichen Verbesserungen bei Personalausstattung, Arbeitsbedingungen, Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung führt. In diesem Zusammenhang sind die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung und auf die ärztliche Personalausstattung von zentraler Bedeutung. Von besonderer Relevanz ist außerdem eine durchgreifende Entbürokratisierung, weil damit dringend benötigte Zeit für die Patientenversorgung erschlossen und zugleich die Berufszufriedenheit erhöht werden kann.

Strukturell muss die Reform zu mehr Aufgabenteilung und Kooperation unter den Krankenhäusern, zu mehr Konzentration in der Spezialversorgung und zugleich zu einer nachhaltigen Stabilisierung der flächendeckenden Grundversorgung führen. Im Flächenstaat

Deutschland dürfen dünn besiedelte Regionen nicht von der Versorgung abgekoppelt werden. Dort müssen gleichwertige Lebensverhältnisse gewährleistet bleiben.

Schließlich wird eine Krankenhausreform ins Leere laufen, wenn sie nicht mit einer nachhaltigen Stärkung der ambulanten Versorgung, mit einer stimmigen Reform der Notfallversorgung und mit einer konsequenten Förderung der sektorenverbindenden Versorgung verbunden wird.

Diese Ziele können nur erreicht werden, wenn ihre Umsetzung in einer Balance zwischen einem klaren, bundesweit mit den Ländern konsistenten Zielbild und einer angemessenen Berücksichtigung der gewachsenen Krankenhausstrukturen und regionaler Besonderheiten vollzogen wird. Die föderale, grundgesetzlich vorgegebene Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern darf deswegen nicht als Hindernis gesehen werden, sondern muss im Gegenteil durch kluge Regelungen als Stärke erschlossen werden.

Zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens gehört auch das Prinzip der Selbstverwaltung, das für Sachnähe und fachliche Kompetenz steht. Bei der Konzeption und Umsetzung der Reform müssen deswegen das Versorgungswissen und der sektorenübergreifende ärztliche Sachverstand, wie ihn die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer repräsentieren, ebenso wie die weiteren Akteure des selbstverwalteten Gesundheitswesens umfassend eingebunden werden.

2. Vorbemerkung

Die Stellungnahme gliedert sich in verschiedene Themenfelder, wobei die Bundesärztekammer in jedem Themenfeld zu den jeweiligen Paragrafen des Gesetzentwurfs Stellung nimmt:

- 3.1 [Krankenhausreform und ärztliche Weiterbildung](#)
- 3.2 [Krankenhausreform und ärztliche Personalausstattung – ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer](#)
- 3.3 [Leistungsgruppensystematik](#)
- 3.4 [Berücksichtigung regionaler Besonderheiten/ Ausnahmemöglichkeiten](#)
- 3.5 [Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen](#)
- 3.6 [Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und hausärztliche Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen](#)
- 3.7 [Auswirkungsanalyse und Evaluation](#)
- 3.8 [Vorhaltevergütung und weitere Finanzierungsinstrumente](#)
- 3.9 [Transformationsfonds](#)
- 3.10 [Bürokratiefolgen](#)

3. Stellungnahme im Einzelnen

3.1 Krankenhausreform und ärztliche Weiterbildung

Die absehbaren Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung sind bisher im Referentenentwurf nicht ausreichend berücksichtigt.

Dabei ist die ärztliche Weiterbildung die zentrale Voraussetzung dafür, dass auch in Zukunft genügend gut qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Insbesondere die Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik auf die ärztliche Weiterbildung sind komplex und müssen differenziert betrachtet werden.

Leistungsgruppen sollten sich an der Systematik der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren, wie dies bei den 60 Leistungsgruppen aus dem NRW-Krankenhausplan überwiegend der Fall ist.

Im Gesetz sollte explizit vorgesehen werden, dass der „Leistungsgruppenausschuss“ nach § 135e SGB V bei der Erstellung seiner Empfehlungen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen hat.

Wenn die Leistungsgruppenplanung zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führt, muss auf eine verstärkte Kooperation von Krankenhäusern, die solche Versorgungsaufträge erhalten, mit anderen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen der Patientenversorgung in der ärztlichen Weiterbildung hingewirkt werden.

Dabei sind auch arbeits- und steuerrechtliche Fragen (z. B. Arbeitnehmerüberlassung) in den Blick zu nehmen. Die ärztliche Weiterbildung muss außerdem künftig im stationären wie im ambulanten Bereich ausreichend und angemessen finanziert werden.

Auch die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen können relevante Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung entfalten. Angesichts des voraussichtlich stark begrenzten Versorgungsspektrums (u. a. keine Notfallversorgung, voraussichtlich keine intensivmedizinische Betreuung) werden die Weiterbildungsmöglichkeiten dieser Einrichtungen voraussichtlich sehr eingeschränkt sein; dies kann sich negativ auf die Attraktivität der Einrichtungen für Ärztinnen und Ärzte auswirken.

Verfehlt ist zudem die Annahme des Gesetzentwurfs, diese Einrichtungen könnten eine wesentliche Rolle ausgerechnet in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung spielen.

Angesichts der vielfältigen Auswirkungen des Gesetzesvorhabens auf die ärztliche Weiterbildung ist es erforderlich, die Bundesärztekammer an allen Stellen zu beteiligen, an denen der Gesetzentwurf eine weitere Ausgestaltung bzw. Konkretisierung auf dem Wege von Verordnungen oder Vereinbarungen vorsieht, z. B. mit Blick auf die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Aufgrund der zentralen Bedeutung wird das Thema der ärztlichen Weiterbildung auch in den folgenden Abschnitten der Stellungnahme aufgegriffen. Bezogen auf die einzelnen Themenfelder werden dort mit Blick auf die ärztliche Weiterbildung konkrete Gesetzesänderungen bzw. -ergänzungen vorgeschlagen.

3.2 Krankenhausreform und ärztliche Personalausstattung – ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer

Die ärztliche Personalausstattung ist – zusammen mit der Personalausstattung in den weiteren in der Patientenversorgung tätigen Berufen – der Dreh- und Angelpunkt einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung.

Ärztinnen und Ärzte arbeiten schon jetzt in vielen Bereichen der Krankenhausversorgung an der Belastungsgrenze, oft weit darüber hinaus. Patientinnen und Patienten erleben überlastete Ärztinnen und Ärzte, die unter Personalmangel leiden und oft jenseits der eigentlichen Patientenversorgung mit zahlreichen weiteren Aufgaben konfrontiert sind.

Deswegen muss das vorliegende Gesetz wirksame Maßnahmen zur Sicherung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung enthalten. Dies ist bisher nicht der Fall. Die für die Leistungsgruppen vorgegebenen Facharztzahlen sichern lediglich einen Mindeststandard bei der fachärztlichen Rufbereitschaft („Hintergrunddienst“). Sie leisten deswegen keinen Beitrag zur Sicherung der insgesamt erforderlichen ärztlichen Personalausstattung (zu der neben Fachärztinnen und Fachärzten auch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung gehören). Im Gegenteil kann die isolierte Aufnahme der Vorgaben zur fachärztlichen Rufbereitschaft sogar das Risiko beinhalten, dass Krankenhäuser ihre ärztliche Personalausstattung vermindern, weil sie sich lediglich an diesen Mindestvorgaben orientieren.

Darunter wird nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch die ärztliche Weiterbildung leiden, denn eine gute ärztliche Weiterbildung setzt eine ausreichende Personalausstattung voraus.

Die Bundesärztekammer hat ein ärztliches Personalbemessungsinstrument entwickelt, mit dem der ärztliche Personalbedarf differenziert und bürokratievermeidend ermittelt werden kann. Dabei werden neben den ärztlichen Aufgaben in der Patientenversorgung auch die weiteren Aufgaben berücksichtigt, denen sich Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern stellen müssen (z. B. als hygienebeauftragte/r Ärztin oder Arzt). Auch patientenbezogene Unterschiede (z. B. ein erhöhter Personalaufwand, wenn ein Krankenhaus bestimmte Patientengruppen mit gesteigertem Versorgungsaufwand überdurchschnittlich häufig behandelt) werden berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer hält es für unbedingt geboten, dieses Personalbemessungsinstrument im Rahmen der Krankenhausreform gesetzlich zu verankern.

Dazu schlägt die Bundesärztekammer die Aufnahme eines neuen Paragraphen 137m SGB V vor:

„§ 137 m SGB V (neu)

Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihren ärztlichen Personalbedarf für eine patienten- und aufgabengerechte Patientenversorgung unter Anwendung des ärztlichen Personalbemessungsinstrumentes der Bundesärztekammer abteilungsbezogen nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Satz 5 zu ermitteln. Die Ermittlung ist jeweils durch die ärztliche Leitung der Krankenhausabteilung nach den Vorgaben des Personalbemessungsinstruments der Bundesärztekammer vorzunehmen. Die Krankenhäuser setzen ihre tatsächliche ärztliche Personalausstattung zu dem nach den Sätzen 1 und 2 ermittelten ärztlichen Personalbedarf ins Verhältnis. Beide Werte übermitteln die Krankenhäuser an die zuständige Landesbehörde zur Berücksichtigung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung und an das Bundesministerium für

Gesundheit zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung nach § 135d Absatz 1 Satz 1. Die Einzelheiten der Datenverarbeitung, insbesondere zum erstmaligen Erhebungs- und Übermittlungszeitpunkt und zu den weiteren Erhebungs- und Übermittlungszeiträumen legt das Bundesministerium für Gesundheit nach vorheriger Abstimmung mit der Bundesärztekammer erstmalig bis zum 01.07.2025 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats fest. Die Rechtsverordnung kann eine bis zu einjährige Erprobungsphase mit einer repräsentativen Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern vorsehen.“

Auf Basis dieser Regelung ist die mit dem Ärztlichen Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer ermittelte Personalausstattung als Auswahlkriterium bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zu verankern. Dazu ist eine Ergänzung in § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorzunehmen:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den ... zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen ... zuweisen. ... Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe ... geltenden Qualitätskriterien. Ein Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Der nach § 137m SGB V ermittelte Erfüllungsgrad der ärztlichen Personalanforderungen auf Grundlage des Personalbemessungsinstrumentes der Bundesärztekammer ist als Kriterium bei Auswahlentscheidungen zwischen Krankenhäusern zu berücksichtigen. [...]“

Die ärztliche Personalausstattung ist auch bei der Weiterentwicklung der Qualitätskriterien durch den „Leistungsgruppenausschuss“ zu berücksichtigen. Dazu ist § 135e SGB V Abs. 3 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beschließt. ... Zudem beauftragt der Ausschuss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Unterstützungsleistungen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien zur ärztlichen Personalausstattung berücksichtigt der Ausschuss die durch das Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer bestimmten Maßstäbe. [...]“

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es schließlich von zentraler Bedeutung, dass die von den Krankenhäusern im Rahmen der ermittelten aufgaben- und patientengerechten ärztlichen Personalausstattung besetzten ärztlichen Stellen über die Vorhaltevergütung refinanziert werden. Der Gesetzentwurf sieht weder die von der Ärzteschaft analog zum Pflegebudget geforderte Ausgliederung der ärztlichen Personalkosten aus den DRG vor noch finden sich andere Ansätze zu einer sachgerechten Berücksichtigung der erforderlichen ärztlichen Personalvorhaltung. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist schon deswegen eine grundlegende Überarbeitung der Vergütungssystematik erforderlich (siehe Abschnitt 3.8 Vorhaltevergütung und weitere Finanzierungsinstrumente).

3.3 Leistungsgruppensystematik

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 135e SGB V – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

(1) In Absatz 1 wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen, für jede Leistungsgruppe Qualitätskriterien festzulegen, Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zu treffen sowie Vorgaben zu schaffen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist. Laut Gesetzesbegründung soll die Einteilung in Leistungsgruppen eine sachgerechte und transparente Strukturierung der Versorgung ermöglichen.

Die Rechtsverordnung ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Absatz 2 legt fest, dass ein Krankenhaus grundsätzlich die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen erfüllen muss, deren Leistungen es erbringt.

(3) Laut Absatz 3 richtet das BMG einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung der in Absatz 1 festgelegten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gibt. Der Ausschuss kann zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einholen und bei Bedarf beschließen, dass das BMG das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit unterstützenden Aufgaben beauftragt.

Der Ausschuss setzt sich aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflege zusammen. Patientenorganisationen haben ein beratendes Mitspracherecht.

(4) In Absatz 4 wird festgelegt, dass bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten.

Die Anlage umfasst unter anderem die 60 somatischen Leistungsgruppen, die auch der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthält, sowie 5 zusätzliche Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie). Ausweislich der Begründung orientieren sich die Qualitätskriterien für die 60 Leistungsgruppen am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (1)

Die Bundesärztekammer betont, dass die vom BMG festzulegenden Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen medizinisch-fachlich stimmig begründet sein sollten, jedoch auch praxistauglich und nicht übermäßig ressourcenintensiv ausgestaltet werden dürfen. Die Erfahrungen mit den bisherigen Strukturqualitätsrichtlinien zeigen, dass eine rein formale

Erfüllung von Strukturvorgaben nicht zwangsläufig eine Verbesserung der Versorgungsqualität bedeutet. Eine Ausgestaltung, die regionale Besonderheiten und Versorgungserfordernisse angemessen berücksichtigt, ist daher unabdingbar.

Für die künftige Erarbeitung der Qualitätskriterien sollte berücksichtigt werden, dass der aktuelle Stand der Wissenschaft nicht immer und für jedwedes Regelungsdetail verfügbar sein kann bzw. wird und viele Festlegungen in der Verordnung eher auf Setzungen, denn auf Evidenz beruhen müssen. Die Bundesärztekammer spricht sich jedoch dafür aus, evidenzgestützten Qualitätskriterien stets und unverändert einen hohen Stellenwert einzuräumen. Der Verzicht auf den Nachweis dezidierter Zertifikate zur Erfüllung von Struktur- und Prozessqualität wird insbesondere aus rechtssystematischen Gründen und angesichts der nicht immer eindeutigen Aussagekraft begrüßt.

Daneben weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass mit dem KHVVG zeitgleich für viele Beteiligte eine Vielzahl neuer Datenflüsse und Meldefristen eingeführt werden, die insbesondere Krankenhäuser, aber auch andere Institutionen wie das InEK, IQTIG, IQWIG, Landesbehörden und Krankenkassen betreffen. Diese komplexen digitalen Datenflüsse und die Vielzahl einzurichtender digitaler Schnittstellen stellen eine erhebliche Herausforderung und eine zusätzliche Dokumentationslast dar. Daher ist eine gestufte Zeitplanung mit Übergangsfristen unabdingbar und sollte in den geplanten Rechtsverordnungen berücksichtigt werden.

Zu (3)

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der Gesetzentwurf eine Ergänzung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik in einem Ausschuss vorsieht, in dem Akteure der Selbstverwaltung, darunter auch die Bundesärztekammer, mitwirken sollen.

Die in Absatz 3 genannte Frist zur Vorlage der ersten Rechtsverordnung, ist jedoch unangemessen. Eine sorgfältige und im Ausschuss abgestimmte Erarbeitung der in Absatz 1 genannten Punkte und Kriterien innerhalb von drei Monaten ist vollkommen unrealistisch.

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz hat dazu gefordert, den avisierten Leistungsgruppenausschuss unter echter Parität der zu beteiligenden Institutionen zu besetzen, um insbesondere der ärztlichen Expertise bei der Weiterentwicklung und weiteren Aspekten, wie z. B. der ärztlichen Weiterbildung, Rechnung tragen zu können (Beschluss Ib - 09 des 128. Deutschen Ärztetages 2024).

Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen hat eine erhebliche strukturelle Bedeutung und ist daneben als Grundlage für die Vergütung von entscheidender Wichtigkeit.

Aktuell ist gemäß § 21 KHEntG vorgesehen, dass das InEK die Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen erarbeitet. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dabei in Anlehnung an die in NRW entwickelte Zuordnung zu bleiben, damit der Charakter der in NRW konsentierten Leistungsgruppen erhalten bleibt und sich keine Verwerfungen ergeben. Nach Einschätzung der Bundesärztekammer wird eine Fallzuordnung bei den fünf neu geplanten Leistungsgruppen auf erhebliche methodische Schwierigkeiten treffen. Die geforderten fachärztlichen Zusatzqualifikationen für die Erfüllung der Mindestvorgaben sind ausweislich der Ärztestatistik nicht in ausreichender Zahl vorhanden. Dies spricht dafür, die Einführung dieser Leistungsgruppen zu streichen, zumindest aber zunächst zurückzustellen. Der Übergang von der Bettenplanung zur Planung mit Fällen und Leistungsgruppen ist methodisch anspruchsvoll und erfordert insbesondere auch medizinisch-fachlichen Sachverstand. Die Bundesärztekammer spricht sich deshalb dafür aus, zunächst von den in NRW entwickelten Leistungsgruppen – sowohl für die

Qualitätsanforderungen als auch so weit wie möglich für die Fallzuordnung – auszugehen und Fragen zu Qualitätsanforderungen und präzisen Fallzuordnungen im Leistungsgruppenausschuss zu beraten.

Zu (4)

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es zu begrüßen, dass die Reform zunächst von den in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen ausgehen soll, die dort im Einvernehmen mit den Landesärztekammern, der Krankenhausgesellschaft, der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der weiteren Beteiligten breit analysiert und konsentiert wurden.

Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzentwurf – ohne vorherigen Abstimmungsprozess mit den Ländern oder den Selbstverwaltungspartnern – Änderungen an den Anrechnungsregeln für die Mindestfacharztzahlen der Leistungsgruppen vorgibt.

Während beispielsweise im Krankenhausplan NRW 2022 bis auf wenige Ausnahmen mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte (Vollzeitäquivalente) mit ganzjähriger 24/7-Rufbereitschaft erforderlich sind, schränkt der vorliegende Gesetzentwurf die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten auf bis zu jeweils drei Leistungsgruppen ein, bzw. ist eine weitere Anrechnung in den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ nicht möglich. Dies ist nicht sachgerecht und kann standortspezifisch, abhängig von Kombination der Leistungsgruppen, zu einer deutlichen Erhöhung der benötigten Facharztzahlen führen, wodurch unnötige Versorgungsgapse entstehen können.

Darüber hinaus ist es beispielsweise unverständlich, dass in der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ eine Fachärztin oder ein Facharzt für Allgemeinchirurgie nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. eine Fachärztin oder einen Facharzt für Viszeralchirurgie kompensiert werden kann.

Neben diesem Beispiel finden sich im vorliegenden Gesetzentwurf weitere Erhöhungen oder Absenkungen der im Krankenhausplan NRW 2022 abgebildeten Qualitätsstandards, die sich medizinisch-inhaltlich nicht nachvollziehen lassen.

Für die neuen Leistungsgruppen werden im Gesetzentwurf Mindestvorgaben für Facharztzahlen festgelegt, die aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar sind und mindestens zum Teil nicht erreicht werden können. Damit drohen kritische Auswirkungen des Gesetzes gerade in sensiblen Bereichen wie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Schwerstverletzten, Infektionspatienten oder in der Notfallversorgung.

Für die Notfallmedizin werden beispielsweise fünf Fachärztinnen und Fachärzte Innere Medizin oder Chirurgie oder Anästhesiologie oder Neurologie gefordert, die zu mindestens 80 % in der Notaufnahme tätig sind und von denen mindestens drei Fachärzte die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ erworben haben müssen. Zunächst weisen wir darauf hin, dass die Verwendung der Begriffe Innere Medizin und Chirurgie zu Missverständnissen führen kann, da gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 hiermit Gebiete umschrieben werden, denen wiederum verschiedene Facharztbezeichnungen zugeordnet sind. Dies müsste klargestellt werden, indem von den „Gebieten Innere Medizin oder Chirurgie“ gesprochen wird, oder alternativ müssten die darunter gefassten Facharztrichtungen konkret benannt werden (z. B. Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie usw.). Daneben ist es fachlich nicht nachvollziehbar, warum in Bezug auf die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eine Einschränkung auf die genannten Gebiete oder Facharztkompetenzen

erfolgt. Die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ergänzt laut MWBO 2018 immer eine Facharztkompetenz der unmittelbaren Patientenversorgung – insofern sieht die Bundesärztekammer die Einschränkung auf o. g. Facharztkompetenzen kritisch, beispielsweise mit Blick auf das Gebiet Allgemeinmedizin.

Aktuell sind 2.008 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit dieser Zusatz-Weiterbildung registriert, wobei 1.787 hauptsächlich stationär tätig sind. Diese Zahlen sind zum einen nicht differenziert nach Gebieten oder Facharztkompetenzen und spiegeln darüber hinaus lediglich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte wider, nicht jedoch die tatsächlich verfügbare Arbeitszeit, wodurch auch Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente nicht möglich sind. Im Jahr 2022 nahmen gemäß dem Statistischen Bundesamt 1.130 Krankenhäuser an der gestuften stationären Notfallversorgung teil, hierbei 649 in Stufe I, 301 in Stufe II und 180 in Stufe III. Der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung plant derzeit die Einrichtung von 700 Integrierten Notfallzentren (INZ-Standorten). Unter Berücksichtigung der 1.787 stationär tätigen Ärzte mit der entsprechenden Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wären bei idealer Verteilung derzeit nur durchschnittlich 2,6 Ärztinnen und Ärzte pro INZ-Standort verfügbar. Da die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung z. B. auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt ist und die Weiterbildungszeit darüber hinaus 24 Monate beträgt, wird die flächendeckende und realistische Verfügbarkeit von wie gefordert qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten auch in absehbarer Zukunft problematisch bleiben.

Der Gesetzentwurf lässt zudem offen, welche Fälle den weiteren Leistungsgruppen zugeordnet werden sollen. Gerade in der Notfallversorgung dürfte es kaum Leistungsgruppen geben, die nicht auch den anderen Fachabteilungen zugeordnet sind und von diesen, nach Übernahme aus der Notaufnahme, auch abgerechnet werden.

Die Bundesärztekammer fordert daher zunächst von den in NRW entwickelten Leistungsgruppen auszugehen und Fragen zu Qualitätsanforderungen für die 60 im Krankenhausplan NRW 2022 vorgegebenen Leistungsgruppen zunächst durch den Leistungsgruppenausschuss beraten zu lassen. Auch mögliche weitere Leistungsgruppen sind auf Grundlage einer Ist-Analyse zunächst im Leistungsgruppenausschuss zu beraten.

Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung

Eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung ist die zentrale Voraussetzung dafür, dass auch zukünftig genügend qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung jedoch nicht ausreichend. Die Konsequenzen für die Weiterbildung sind komplex und müssen differenziert betrachtet werden. Das gilt insbesondere für die Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik.

Voraussichtlich werden im Zuge der Reform weniger Weiterbildungsstätten alle erforderlichen Kompetenzen für eine Facharztweiterbildung anbieten können, sodass Weiterzubildende tendenziell häufiger die Weiterbildungsstätte wechseln müssen. Weiterbildungsabschnitte mit spezifischen Weiterbildungsinhalten können ggf. an weniger Weiterbildungsstätten absolviert werden als bisher, sodass die ärztliche Weiterbildung möglicherweise erschwert wird. Darüber hinaus ist die Integration häufig wechselnder Weiterzubildender im klinischen Alltag mit hohem Aufwand verbunden.

Kliniken der Maximalversorgung dürften unter den neuen Rahmenbedingungen insgesamt weniger Probleme haben, ein umfangreiches Weiterbildungsangebot aufrechtzuerhalten

und damit für knappes ärztliches Personal attraktiv zu bleiben, als kleinere, aber womöglich für die Versorgung essenzielle Häuser in ländlichen Gegenden.

Die Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsleistungen erfordert daher verstärkte Kooperationen zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, wobei vermehrt lokale und regionale Weiterbildungsverbünde für notwendige Rotationen realistisch gestaltet werden müssen (siehe Beschluss IIIc - 14 des 128. Deutschen Ärztetages 2024). Die Bundesärztekammer begrüßt in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzentwurf Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden vorsieht, weist jedoch darauf hin, dass mit solchen Weiterbildungskooperationen einige bislang nicht abschließend geklärte organisatorische und arbeitsrechtliche Fragen einhergehen (z. B. fehlender Kündigungsschutz, Aneinanderreihung von Kurzzeitverträgen mit verschiedenen Arbeitgebern, mit Arbeitnehmerüberlassung verbundene Regularien). Dementsprechend müssen für eine gelingende ärztliche Weiterbildung in Verbünden die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden (insbesondere in Bezug auf Arbeitnehmerüberlassung und Kurzzeitverträge). So würde eine Ausnahme der ärztlichen Weiterbildung von der Arbeitnehmerüberlassung die Planbarkeit und Umsetzung der ärztlichen Weiterbildung deutlich vereinfachen. Weiterbildungskooperationen dürfen nicht dazu dienen, lediglich Personalengpässe auszugleichen.

Zusammenfassend betont die Bundesärztekammer die Notwendigkeit, Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen und fordert sowohl in Bezug auf Fallzuordnung als auch auf Qualitätskriterien zunächst von den in NRW entwickelten Leistungsgruppen auszugehen. Fragen zur ärztlichen Weiterbildung müssen darüber hinaus auch bei den Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine ausgewogene und gleichberechtigte Besetzung der zu beteiligenden Institutionen im Leistungsgruppenausschuss zu gewährleisten, fordert die Bundesärztekammer in § 135e Absatz 3 Satz 5 SGB V folgende Änderungen:

„[...] Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits.“

Die Bundesärztekammer fordert, dass für die Fallzuordnung zunächst von den in NRW entwickelten Leistungsgruppen ausgegangen wird. Weitere Fragen zu präzisen Fallzuordnungen sollten durch den Leistungsgruppenausschuss bearbeitet werden. Daher fordert die Bundesärztekammer in § 21 Absatz 3c KHEntgG folgende Ergänzung:

„(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Für die Fallzuordnung bzw. Leistungsgruppedefinition sind zunächst die Festlegungen des Krankenhausplans NRW 2022 zu verwenden. Änderungen oder Ergänzungen sind durch den gemäß § 135e Absatz 3 eingerichteten Ausschuss zu beraten, der entsprechende Empfehlungen beschließt. Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“

und in § 135e Absatz 3 Satz 1 SGB V folgende Änderungen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 sowie zu den Vorgaben für die Zuordnung gemäß §21 Absatz 3c Satz 1 KHEntgG beschließt.“

§ 135e Absatz 3 SGB V sollte außerdem dahingehend ergänzt werden, dass – sofern an der Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen festgehalten wird – der Leistungsgruppenausschuss auch diesbezügliche Fragen berät und insgesamt bei seinen Empfehlungen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 sowie zu den Vorgaben für die Zuordnung gemäß §21 Absatz 3c Satz 1 KHEntgG und Mindestvorhaltezahlen beschließt. Hierbei sind Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung zu berücksichtigen.“

In Bezug auf den Leistungsgruppenausschuss weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass die in § 135e SGB V Absatz 3 genannte Frist zur Vorlage der ersten Rechtsverordnung unangemessen ist. Eine sorgfältige und im Ausschuss abgestimmte Erarbeitung der in Absatz 1 genannten Punkte und Kriterien innerhalb von drei Monaten ist vollkommen unrealistisch.

§ 40 KHG i. V. m. § 8 Abs. 4 KHEntgG – Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 40 KHG sind Aufträge an das BfArM sowie das InEK enthalten, die ausweislich der Gesetzesbegründung dem Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung chirurgischer Leistungen dienen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden (sog. onkochirurgische Leistungen).

Laut § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG dürfen Entgelte für Krankenhausstandorte ab dem 01. Januar 2027 nicht abgerechnet werden, die zusammen 15 % der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen. Ausweislich der Begründung dient die Regelung der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die Einführung weiterer Anforderungen für die Onkochirurgie ab. Die geplante Erweiterung der Leistungsgruppensystematik um zusätzliche Anforderungen für onkochirurgische Leistungen wirft zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf und birgt erhebliche Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform. Das Ziel einer effizienten Nutzung knapper personeller und finanzieller Ressourcen und die Förderung der Konzentration von Versorgungsstrukturen im Bereich der onkochirurgischen Leistungen ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, jedoch hält die Bundesärztekammer die vorgesehene Regelung nicht für erforderlich. Um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, stellt bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument dar.

Die 15 %-Grenze wird von der Bundesärztekammer als bedenklich erachtet, insbesondere da auch aus dem Begründungstext nicht ersichtlich wird, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung handelt. Ein pauschaler Prozentsatz berücksichtigt die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen nicht ausreichend und könnte zu einer ungewollten Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt.

Die Bundesärztekammer fordert daher, diese Regelungen zu streichen und Fragen zu onkochirurgischen Leistungen und ggf. zusätzlich nötigen Regelungen durch den Leistungsgruppenausschuss beraten zu lassen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, stellt bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument dar. Daher fordert die Bundesärztekammer:

die Streichung von § 40 KHG „Verpflichtungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen“

und

die Streichung von Satz 6 in § 8 Absatz 4 KHEntgG

„[...] Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Fälle, bei denen auf der nach § 40 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste aufgeführte Leistungen in einem Indikationsbereich erbracht werden, für den der Krankenhausstandort, an dem die Leistungen erbracht werden, auf der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste benannt ist, Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht abgerechnet werden.“

§ 135f SGB V – Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für jede Leistungsgruppe Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) fest auf Grundlage von Auswertungen und Empfehlungen des IQWIG sowie des InEK. Ein Krankenhaus erhält nur dann eine Vorhaltevergütung, wenn es die geltenden MVHZ für die ihm zugewiesene Leistungsgruppe erfüllt. Maßgeblich für die Erfüllung der MVHZ sind die Fallzahlen des vorangegangenen Jahres, wobei sich z. B. anhand der Fallzahlen von 2025 bestimmt, ob für das Jahr 2027 die MVHZ erfüllt ist. Für die Auszahlung der Vorhaltevergütung ist dementsprechend nicht entscheidend, ob das Krankenhaus in dem konkreten Kalenderjahr tatsächlich die zur Erfüllung der MVHZ erforderlichen Fallzahlen erreicht hat.

Ausweislich der Begründung soll damit eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung in Krankenhäusern sowie eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Darüber hinaus sollen MVHZ eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen fördern und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung verhindern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die Einführung von MVHZ ab. Diese Regelung überfrachtet die Leistungsgruppensystematik, wirft zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf und birgt erhebliche Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform. Um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, stellt bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument dar.

In Nordrhein-Westfalen wurde auf leistungsgruppenspezifische MVHZ verzichtet, da keine belastbare Evidenz für deren Ermittlung vorliegt. Für die Generierung der erforderlichen Evidenz würden, sofern überhaupt erfolgreich, viele Jahre nötig werden. Fragen zu MVHZ sollten daher zunächst durch den Leistungsgruppenausschuss gemäß §135f Absatz 3 SGB V auf Grundlage der Empfehlungen von IQWIG und InEK beraten werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Da bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument darstellt, um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, fordert die Bundesärztekammer:

die Streichung von §135f SGB V.

Konsekutiv ist die in Satz 5 in § 8 Absatz 4 KHEntgG vorgesehene Knüpfung der Entgelte an die Erfüllung der Mindestvorhaltezahl zu streichen.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 6a KHG – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

(1) Gemäß Absatz 1 erfolgt die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e SGB V.

(4) Absatz 4 legt fest, dass eine Zuweisung abweichend von den Qualitätskriterien im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen kann.

(5) In Absatz 5 wird festgelegt, in welchen Fällen die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde aufzuheben ist. Von der unverzüglichen Aufhebung der Zuweisung kann gemäß Satz 2 Nummer 2 für drei Monate abgesehen werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet.

Begründung zu (1)

Ausweislich der Begründung zu Abs. 1 können bei der Entscheidung über die Zuweisung von Leistungsgruppen auch weitere Kriterien herangezogen werden, darunter die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsbemessungssystemen für die Ärzteschaft, zum Beispiel das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (1) und (4)

Die Entscheidungen über die Zuweisung von Leistungsgruppen und unter welchen Bedingungen einem Krankenhaus Leistungsgruppen zugewiesen werden können, obwohl es die Qualitätskriterien dafür nicht erfüllt, sind Entscheidungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung. Es ist deswegen klarzustellen, dass auch bei diesen Entscheidungen die Landesausschüsse für Krankenhausplanung (Beteiligte gemäß § 7 Abs. 1 KHG) einzubeziehen sind.

Zu (5)

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Frist von drei Monaten zu kurz bemessen, da angesichts des Mangels an Fachpersonal bei Ausscheiden von Fachärzten in der Regel nicht innerhalb einer so kurzen Frist ein Ersatz geschaffen werden kann.

Zu (Begründung zu Abs. 1)

Die Nennung des ärztlichen Personalbemessungssystems der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) als eines der bei der Ermessensentscheidung über die Leistungsgruppenzuweisung zu berücksichtigenden Kriterien ist ausdrücklich zu begrüßen. Angesichts der zentralen Bedeutung der ärztlichen Personalausstattung für die Qualität der Patientenversorgung sollte diese Nennung jedoch nicht nur beispielhaft in der Begründung, sondern im Gesetzestext selbst erfolgen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Damit die an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, schlägt die Bundesärztekammer folgende Ergänzung in § 7 KHG (Mitwirkung der Beteiligten) vor:

„(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen; das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung, der Zuweisung der Leistungsgruppen und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.“

Die Bundesärztekammer schlägt folgende Verlängerung der Frist in § 6a Satz 2 Nummer 2 KHG vor:

„[...] 2. für drei sechs Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Anhaltspunkte dafür hat, dass die Dauer der Nichterfüllung drei sechs Monate nicht überschreitet.“

Zur Berücksichtigung des ärztlichen Personalbemessungsinstrumentes siehe Abschnitt 3.2 dieser Stellungnahme.

3.4 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten/Ausnahmemöglichkeiten

Bei einer grundlegenden Reform der Krankenhauslandschaft in Deutschland ist zum einen ein gemeinsames Zielbild von Bund und Ländern, zum anderen aber auch eine angemessene Berücksichtigung spezifischer regionaler Besonderheiten und gewachsener Krankenhausstrukturen erforderlich. Die föderale, grundgesetzlich vorgegebene

Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern darf nicht als Hindernis gesehen werden, sondern muss durch kluge Regelungen als Stärke erschlossen werden.

Zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens gehört auch das Prinzip der Selbstverwaltung, das für Sachnähe und fachliche Kompetenz steht. Bei der Konzeption und Umsetzung der Reform muss daher auch das Versorgungswissen und der sektorenübergreifende ärztliche Sachverstand, wie ihn die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer repräsentieren, ebenso wie die weiteren Akteure des selbstverwalteten Gesundheitswesens umfassend eingebunden werden.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 6a Abs. 4 KHG (Zuweisung von Leistungsgruppen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Unter bestimmten, hier beschriebenen Bedingungen können einem Krankenhaus Leistungsgruppen zugewiesen werden, obwohl es die Qualitätskriterien dafür nicht erfüllt. Dies soll möglich sein, wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend notwendig ist und es für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V ausgeschlossen ist; in dieser Verordnung soll festgelegt werden, für welche Leistungsgruppen im Einzelfall zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist.

Die Notwendigkeit der Zuweisung sei gegeben, wenn kein anderes Krankenhaus mit dieser Leistungsgruppe innerhalb folgender Fahrzeiten mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist:

- 30 Minuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie
- 40 Minuten für die übrigen Leistungsgruppen

Die Zuweisung soll auf maximal drei Jahre befristet und mit der Auflage verbunden sein, dass die Qualitätskriterien innerhalb dieser Zeit erfüllt werden. Eine unbefristete Zuweisung soll möglich sein, wenn das Krankenhaus in die Liste von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser (nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntG) aufgenommen wurde.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzentwurf des Bundes greift erheblich in die Planungshoheit der Länder ein, wodurch die Gestaltungsmöglichkeiten der Länder hinsichtlich regionaler spezifischer Versorgungserfordernisse stark eingeschränkt werden. Darüber hinaus werden die regionalen Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung im Gesetzentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Es bedarf klarer und differenzierter Regelungen, die den Ländern die notwendige Gestaltungsfreiheit lassen, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Bei den vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten stellt sich zunächst die Frage, warum sich der Gesetzentwurf nicht an den Festlegungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen orientiert und aus welchem Grund keine Festlegung erfolgt, für wieviel Prozent der Bevölkerung diese Kriterien gelten sollen.

Grundsätzlich berücksichtigen die vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend. So ist bei einigen hochspezialisierten

Leistungsgruppen (z. B. im Bereich der Transplantationsmedizin) nicht sachgerecht, eine 40-Minuten-Erreichbarkeit zum Maßstab zu machen. Auch sollte das Problem der Handhabung an den Landesgrenzen adressiert werden, für die eine länderübergreifende Planung notwendig ist. Vor diesem Hintergrund sollten die Erreichbarkeitskriterien im Leistungsgruppenausschuss differenziert erörtert und sachgerecht festgelegt werden.

Um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen, sollte in begründeten Fällen eine erneute befristete Verlängerung der Ausnahmeregelungen möglich sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um die Erreichbarkeitskriterien flexibler zu gestalten, fordert die Bundesärztekammer folgende Änderungen in § 6a Abs. 4 KHG:

„(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,

2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten. [...]“

Um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen, sollte eine erneute Befristung in begründeten Fällen möglich sein. Daher regt die Bundesärztekammer folgende Änderungen an:

„[...] Die Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Satz 1 ist in der Regel auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Auflage zu verbinden, dass das jeweilige Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens in der Regel drei Jahre betragen darf nicht überschreiten sollte, zu erfüllen hat. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die Frist bei Bedarf in begründeten Fällen verlängern, um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen.“

Im Begründungstext sollte beispielhaft aufgeführt werden, welche Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten Ländern und Kommunen zur Verfügung stehen, wie z. B. eine regelmäßige Überprüfung und Beratung, die Bereitstellung von Finanzmitteln, Vereinbarung von Alternativkriterien oder die Förderung von Kooperationen.

3.5 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Ausweislich der Begründung soll die Einführung einen Auftrag aus dem Koalitionsvertrag erfüllen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen kombinieren, wobei sich auch bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entwickeln können sollen. Da es sich bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ausweislich der Gesetzesbegründung um Krankenhäuser handelt, die im Transparenzverzeichnis der Versorgungsstufe Level 1i zugeordnet werden, geht die Bundesärztekammer davon aus, dass diese gemäß § 107 Absatz 1 SGB V fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Es sollte jedoch auch im Gesetzentwurf klargestellt werden, dass mindestens eine 24/7-Rufbereitschaft durch Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden muss.

Aus Sicht der Bundesärztekammer können sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen einen wichtigen Beitrag zu einer sektorenverbindenden Versorgung leisten.

Beispielsweise könnten diese Einrichtungen Patientinnen und Patienten versorgen, die nach einem ambulanten Eingriff weiterhin Unterstützung benötigen. Zudem könnten Ressourcen geschont und größere Kliniken durch die Verlegung von Patientinnen und Patienten in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen entlastet werden, insbesondere wenn zur Fortführung der eingeleiteten Therapie das komplette Leistungsspektrum eines Maximalversorgers nicht mehr erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund sollten diese Einrichtungen auch (früh-)rehabilitative Maßnahmen gemäß § 39 Abs. 1 SGB V anbieten, und eine möglichst enge Verzahnung nicht nur mit der ambulanten ärztlichen Versorgung, sondern auch mit der stationären, teilstationären und ambulanten Rehabilitation anstreben.

Insgesamt sind klare Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung dieser Einrichtungen unerlässlich. Zudem muss berücksichtigt werden, dass aufgrund möglicherweise deutlich erhöhter Verlegungsraten in andere Krankenhäuser auch entsprechende Transportdienste in Anspruch genommen und entsprechende Kapazitäten aufgebaut werden müssen.

Die Bundesärztekammer stimmt auch der Feststellung in der Gesetzesbegründung zu, dass Investitionen in die technische Ausstattung notwendig sind, um beispielsweise telemedizinische Kooperationen zwischen Krankenhäusern zu ermöglichen und Barrieren im Übergang der Versorgungsbereiche zu reduzieren.

§ 115g SGB V – Behandlung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

(1) In Absatz 1 sollen die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringbaren Leistungen geregelt werden, die insbesondere folgende Leistungen umfassen können:

- stationäre, einschließlich belegärztlicher Leistungen
- ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

- pflegerische Leistungen (Übergangspflege und Kurzzeitpflege)

Die aufgeführten Leistungen sind nicht abschließend. Pflegerische Leistungen sollen unter pflegerischer Leitung erbracht werden können, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind, wodurch berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege gestärkt und dem Fachkräftemangel entgegenwirkt werden soll.

(2) Laut Absatz 2 sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zudem Leistungen der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege in eigenständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erbringen können, die als stationäre Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI zugelassen sind. Damit soll das Angebot an pflegerischen Leistungen, insbesondere in Bereichen mit hohem Bedarf, erweitert werden, wobei die organisatorische Trennung sicherstellen soll, dass diese Leistungen unter den spezifischen gesetzlichen Regelungen des SGB XI erbracht und vergütet werden.

(3) In Absatz 3 wird der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spaltenverband Bund der Krankenkassen aufgegeben, eine Vereinbarung im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu treffen, die unter anderem festlegen soll, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie nach § 135e Absatz 2 Satz 2 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen und welche stationären Leistungen zusätzlich erbracht werden können. Daneben soll vereinbart werden, welche Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit, Dokumentation und Kooperation gestellt und wie diese geprüft werden. Diese Vereinbarung soll im Abstand von höchstens zwei Jahren an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen sein.

(4) Siehe „Auswirkungsanalyse und Evaluation“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (1)

Aus Sicht der Bundesärztekammer führt die Vielzahl der geplanten Versorgungsformen mit sich überschneidenden Zuständigkeiten zu Unklarheiten über das Aufgabenspektrum der neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie zu mehr Komplexität und Unübersichtlichkeit sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Beschäftigte. Es bleibt unklar, nach welchen Kriterien die jeweils geeignete Versorgungsebene und -einrichtung ermittelt werden soll.

Darüber hinaus bleibt mit Blick auf den zunehmenden Fachkräftemangel auch die Personalbesetzung in diesen Einrichtungen offen. Eine direkte Konkurrenzsituation mit bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen gilt es zu vermeiden. Stattdessen ist eine verstärkte Kooperation und Koordination unter den Beteiligten zu fördern.

Zu (3)

Die Bundesärztekammer kritisiert, dass ihrerseits keine Beteiligung bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorgesehen ist. Während die Bundesärztekammer richtigerweise im Ausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V vertreten ist, ist eine Einbindung im Zusammenhang mit der Festlegung des stationären Leistungsspektrums der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der Festlegung der Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation für die Erbringung dieser Leistungen nicht vorgesehen.

Die Festlegung des Leistungsspektrums der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen hat unmittelbare Auswirkungen auf die Möglichkeiten zur ärztlichen Weiterbildung in diesen Einrichtungen. Angesichts der Rolle der Bundesärztekammer als Vertretung der gesamten Ärzteschaft sowie Arbeitsgemeinschaft aller Landesärztekammern, welche für die ärztliche Weiterbildung zuständig sind, fordert die Bundesärztekammer ausdrücklich eine Beteiligung bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Daneben müssen die Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und die medizinisch erforderliche Dokumentation auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten. Es darf keine Unterschiede bei den Ansprüchen an Qualität und Patientensicherheit im Vergleich zu stationären Leistungen gemäß § 135e SGB V geben. Der aktuelle Stand der Wissenschaft ist zu beachten, und die Standards zur Qualitätssicherung sollten evidenzbasiert sein. Ein sinnvolles Qualitätsmanagement ist in allen medizinischen Versorgungseinrichtungen obligatorisch. Daneben sind Patientensicherheitsbeauftragte weder flächendeckend etabliert, noch ist ihr Nutzen hinreichend evaluiert.

Grundsätzlich sollte ausgeschlossen werden, dass Patientinnen und Patienten lediglich aus Kostengründen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen behandelt bzw. in diese Einrichtungen verlegt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine Beteiligung der Bundesärztekammer bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer in Absatz 3 Satz 1 folgende Ergänzung:

„(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren [...] im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, [...]“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 6c KHG – Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird festgelegt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Standorte von Krankenhäusern durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen bestimmen kann, sofern das Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Gemäß § 7 Abs. 1 KHG sind bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten – und somit auch in vielen Bundesländern den Ärztekammern – anzustreben. Im Gegensatz dazu soll nach der geplanten Neuregelung die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung lediglich im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen erfolgen. Damit wären andere an der Krankenhausplanung Beteiligte nicht in diesen Entscheidungsprozess eingebunden.

Im Hinblick auf §7 Absatz 1 KHG fordert die Bundesärztekammer eine Beteiligung der Landesärztekammern in den Landeskrankenhausplanungsausschüssen in allen Bundesländern mit Sitz und Stimme.

Die mit der Bestimmung verbundenen Folgen für die Versorgungsstrukturen, für die ärztliche Weiterbildung und weitere vielfältige Rechtsfolgen, wie die Berechtigung, zahlreiche Leistungen zu erbringen und krankenhausindividuelle Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen abzurechnen, machen eine umfassendere Einbeziehung aller relevanten Akteure erforderlich. Angesichts der Rolle der Bundesärztekammer als Vertretung der gesamten Ärzteschaft sowie Arbeitsgemeinschaft aller Landesärztekammern, welche für die ärztliche Weiterbildung zuständig sind, fordert die Bundesärztekammer ausdrücklich eine Einbindung der Ärztekammern in die Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine Beteiligung u. a. der Ärztekammern bei der weiteren Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer folgende Einfügung:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend. [...]“

Hierbei ist grundsätzlich anzumerken, dass die Bundesärztekammer in allen Bundesländern eine Beteiligung der Landesärztekammern in den Landeskrankenhausplanungsausschüssen mit Sitz und Stimme fordert.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

§ 6c KHEntgG – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen über ein zu vereinbartes Gesamtvolumen sowie degressive krankenhausindividuelle Tagesentgelte festgelegt werden. Die Tagesentgelte sollen tagesbezogen erhoben und den jeweiligen Kalenderjahren zugeordnet werden. Eine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte ist nicht vorgesehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die bisher geplanten Finanzierungsansätze für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind sowohl bezüglich der Betriebsmittelfinanzierung, der Sicherstellung der Daseinsvorsorge, der Notfallversorgung als auch der Sicherung der Standorte im Falle einer unzureichenden Gegenfinanzierung nicht ausreichend konkretisiert. Es sollte z. B. unmissverständlich formuliert werden, ob diese Standorte weiterhin Anspruch auf die von den Bundesländern zu finanzierende

Krankenhausinvestitionsfinanzierung haben. Gleiches gilt für die Beibehaltung und Anwendbarkeit des Verbotsvorbehaltes.

Die Einführung von degressiven Tagesentgelten und die Nutzung weiterer Vergütungssystematiken, wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den neu eingeführten Hybrid-DRGs, bringt zusätzliche Komplexität mit sich und führt voraussichtlich zu einem erheblichen Koordinations-, Verhandlungs-, Prüf- und Bürokratieaufwand. Die Bundesärztekammer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch der bürokratische Aufwand für Ärztinnen und Ärzte aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten steigen wird und der Gesetzentwurf damit das selbstgesteckte Ziel einer Entbürokratisierung deutlich verfehlt.

Für die erfolgreiche Ein- und Fortführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen sowie für die Gewinnung und Bindung von Fachpersonal und die Akzeptanz durch die lokale Bevölkerung ist eine langfristig stabile Finanzierung entscheidend. Hierbei müssen auch ambulante ärztliche und pflegerische Leistungen kostendeckend refinanziert und die Kostenstrukturen der Krankenhäuser angemessen abgebildet werden. Eine mögliche Maßnahme zur Sicherstellung der Existenz bei Einführung dieser Einrichtungen könnte beispielsweise eine Verzögerung des Wirksamwerdens der vollen Depression in den ersten drei Jahren nach Bestimmung sein.

3.6 Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser und hausärztliche Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 116a SGB V – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung des § 116a SGB V sollen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von Krankenhäusern erweitert und die der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen beschrieben werden.

Absatz 1 beschreibt, dass in Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, Krankenhäuser auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden müssen. Die bisherige Pflicht zur zweijährigen Überprüfung der Ermächtigungsbeschlüsse entfällt, wodurch laut Gesetzesbegründung der Zeitpunkt der Überprüfung im Ermessen des zuständigen Zulassungsausschusses steht und flexibel terminiert werden kann, was wiederum einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten soll.

Absatz 2 beschreibt für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, dass diese bei drohender Unterversorgung auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden müssen. Damit soll laut Begründungstext insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten ein Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahmen vertragsärztlichen Versorgung geleistet werden.

Absatz 3 beschreibt, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf deren Antrag hin zur hausärztlichen Versorgung ermächtigt werden müssen, wenn keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Eine Befristung oder Überprüfung ist nicht vorgesehen. Laut Begründungstext sollen den Einrichtungen dadurch auch

allgemeinmedizinische ambulante Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen ermöglicht werden. Darüber hinaus soll die Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin „aus einer Hand“ im stationären und im ambulanten Bereich stattfinden können, was wiederum zur hausärztlichen Nachwuchsgewinnung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung beitragen soll.

Die Gesetzesbegründung zu Absatz 3 legt die Vorstellungen des BMG bezüglich der angedachten Rolle der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen für die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin dar:

„Für die Schaffung einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung ist es sinnvoll, sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch allgemeinmedizinische ambulante Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen zu ermöglichen. Dadurch kann die Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ‚aus einer Hand‘ im stationären und im ambulanten Bereich stattfinden.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (1)

Mit Blick auf die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung entfällt in § 116a (neu) Absatz 1 des vorliegenden Gesetzentwurfes ohne Begründung die derzeit geltende Regelung, dass der Ermächtigungsbeschluss zur vertragsärztlichen Versorgung nach zwei Jahren zu überprüfen ist. Die Bundesärztekammer fordert eine regelmäßige Überprüfung.

Zu (2) und (3)

Die vorgesehene Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung wird durch die Bundesärztekammer abgelehnt (siehe Beschluss Ib - 04 des 128. Deutschen Ärztetages 2024).

Hausärztliche Versorgung basiert auf einer vertrauensvollen und kontinuierlichen Arzt-Patientenbeziehung, wodurch eine ganzheitliche Betreuung ermöglicht wird, bei der nicht nur die akute Beschwerdesymptomatik betrachtet, sondern in der Zusammenschau mit der bisherigen Krankengeschichte und den Lebensumständen Symptome und Beschwerden in den Gesamtkontext eingeordnet werden.

Es ist fraglich, wie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen angesichts der begrenzten Personalressourcen der Krankenhäuser die ihnen neu zugedachte Rolle in der hausärztlichen Versorgung zusätzlich zu ihren bisherigen Aufgaben wahrnehmen sollen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erwarten zu Recht eine substanziale Stärkung der originären haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zielführend, die durch langjährige politische Versäumnisse entstandenen Versorgungsprobleme im ambulanten Bereich durch einen kaum realisierbaren Ersatz ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser kompensieren zu wollen.

Im schlimmsten Fall besteht das Risiko einer Schwächung der ambulanten Versorgung und es steht zu befürchten, dass die geplante Regelung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten durch die Beförderung einer Zentralisierung der ambulanten Versorgung den wohnortnahmen Zugang zu Hausärztinnen und Hausärzten weiter verschlechtert.

Aus rechtlicher Sicht stellt sich darüber hinaus die Frage, warum Erleichterungen nur dann zugelassen werden sollen, wenn das Krankenhaus zur sektorenübergreifenden

Versorgungseinrichtung bestimmt worden ist und ob die Neuregelung mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar ist.

Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können der umfassenden Rolle für die allgemeinmedizinische Weiterbildung, die ihnen der Gesetzentwurf in der Begründung zuweist, nicht gerecht werden. Inwieweit dort ärztliche Weiterbildungsinhalte erworben werden können, ist vom konkreten Leistungsspektrum der jeweiligen Einrichtung abhängig. Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte müssen im Rahmen ihrer Weiterbildung sowohl die originäre hausärztliche Versorgung in hausärztlichen Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als auch die Akut- und Notfallversorgung in einem Krankenhaus kennenlernen, welches eine stationäre Akutversorgung vorhält; dies betrifft beispielsweise Einrichtungen mit Teilnahme an der Notfallversorgung.

Ein absehbar eingeschränktes Leistungsspektrum schränkt aber zwangsläufig die Weiterbildungsmöglichkeiten und somit auch die Attraktivität als Weiterbildungsstätte ein. Dieses Problem könnte allenfalls mit einer Integration in einen Weiterbildungsverbund abgemildert werden. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass mit Weiterbildungsverbünden einige bislang nicht abschließend geklärte organisatorische und arbeitsrechtliche Fragen einhergehen und für eine gelingende ärztliche Weiterbildung die nötigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (insbesondere in Bezug auf Arbeitnehmerüberlassung und Kurzzeitverträge).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgesehene Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung ab und fordert daher:

die Streichung von § 116a Abs. 3:

„(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.“

Mindestens sollte die Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur vertragsärztlichen und demnach auch hausärztlichen Versorgung auf Planungsbereiche beschränkt werden, in denen eine nachgewiesene oder drohende Unterversorgung besteht. Sobald diese Unterversorgung behoben ist, sollte die Ermächtigung auslaufen und diesbezüglich eine regelmäßige Überprüfung stattfinden. Die Bundesärztekammer regt für diesen Fall folgende Änderungen an:

„(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene oder in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist. Der Ermächtigungsbeschluss ist regelmäßig zu überprüfen.

Auch für zugelassene Krankenhäuser sollte – entsprechend der aktuell geltenden Regelung in § 116a SGB V – eine regelmäßige Überprüfung stattfinden, ob die Unterversorgung im Planungsbereich behoben wurde. Die Bundesärztekammer regt daher folgende Änderungen an:

„(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Der Ermächtigungsbeschluss ist regelmäßig zu überprüfen.“

Um zu verhindern, dass sich sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf lukrative Leistungen konzentrieren und Fälle selektieren, müssen klare Regelungen eingeführt werden. Die Bundesärztekammer fordert daher folgende Ergänzung:

„(2) [...] Sofern eine Ermächtigung ausgestellt wurde, sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen verpflichtet, ein vertragsärztliches Versorgungsangebot zu gewährleisten, das alle erforderlichen Kernleistungen umfasst.“

Zur Förderung und Stärkung der hausärztlichen Niederlassung in unversorgten Gebieten sollten zusätzliche Anreize und Unterstützungsmaßnahmen geschaffen werden, wie finanzielle Förderungen, attraktive Arbeitsbedingungen und spezielle Programme zur Niederlassungsförderung.

Der erste Absatz in der Gesetzesbegründung zu § 116a Absatz 3 SGB V sollte aufgrund der zahlreichen in diesem Zusammenhang offenen Fragen in der vorliegenden Form gestrichen werden.

3.7 Auswirkungsanalyse und Evaluation

Eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen erfordert vor der Umsetzung durchgreifender Veränderungen eine sorgfältige Auswirkungsanalyse. Dass die tatsächlichen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen nicht bekannt sind, führt zu erheblichen Planungsunsicherheiten. Auch fehlen bisher die Grundlagen für eine klare Bedarfsanalyse. Es muss im Vorfeld geklärt werden, welche Strukturen erforderlich sind, um eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Daneben muss die geplante Transformation der Krankenhauslandschaft stärker berücksichtigt werden. Unter anderem ist die Schließung von Kliniken komplex, kosten- und zeitintensiv und benötigt dementsprechend eine sorgfältige Planung. Beispielsweise können medizinische Großgeräte und Operationssäle nicht einfach an andere Standorte verlagert werden und darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass aufgrund möglicherweise deutlich erhöhter Verlegungsraten in andere Krankenhäuser auch entsprechende Transportdienstkapazitäten ausgebaut werden müssen. Eine Leistungskonzentration auf weniger Standorte kann überdies zu einer Überlastung des Personals und der Kapazitäten in den verbleibenden Kliniken führen, da der grundsätzliche Versorgungsbedarf bestehen bleibt. Das Personal der Krankenhausstandorte oder der Abteilungen die geschlossen werden, wird nur teilweise den weiter bestehenden Kliniken zu Verfügung stehen. Sowohl vorzeitige Berentung als auch Abwanderung in andere Tätigkeiten sind zu erwarten.

Die zuletzt von Mitgliedern der Regierungskommission skizzierten Möglichkeiten einer Auswirkungsanalyse weisen ausweislich der Ausführungen der Autoren noch zahlreiche Unschärfen und methodische Beschränkungen auf. Sie können so eine umfassende Auswirkungsanalyse im Vorfeld nicht ersetzen. Zwingend notwendig ist darüber hinaus die Einbeziehung der regionalen Expertise. Die Auswirkungsanalyse sollte mithilfe der

Kenntnisse und Daten der Ärztekammern und weiterer Partner der Selbstverwaltung weiterentwickelt werden.

Auch ist ein kontinuierliches Monitoring während der Reform unerlässlich, wobei zeitnah u. a. die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung, die Versorgungsdichte und die finanzielle Situation und Entwicklung der Kliniken erfasst werden müssen. Der vorliegende Entwurf sieht erst zu späten Zeitpunkten Evaluationen vor (s. u.). Aus Sicht der Bundesärztekammer müssen hierbei insbesondere auch die finanziellen Auswirkungen der Reform, die an vielen Stellen nicht näher eingeschätzt werden können und durch die Vielfalt der Finanzierungsregelungen komplex sind, engmaschig analysiert werden. Diese Analysen bzw. die jeweiligen Zwischenergebnisse sollten jährlich veröffentlicht werden, um als Grundlage für die Weiterentwicklung u. a. der Vorhaltefinanzierung, der Rest-DRG-Systematik und der Leistungsgruppen zu dienen.

Die absehbaren Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung werden im vorliegenden Entwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Die ärztliche Weiterbildung ist jedoch die zentrale Voraussetzung dafür, dass auch in Zukunft genügend gut qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Die Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik auf die ärztliche Weiterbildung sind komplex und erfordern eine differenzierte Betrachtung. Je nach Ausgestaltung kann daraus eine empfindliche Schwächung der ärztlichen Weiterbildung die Folge sein. Die Ärztekammern stehen für die Unterstützung entsprechender Analysen gerne zur Verfügung.

Darüber hinaus erscheint u. a. fraglich, ob die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und die Existenzsicherung kleiner versorgungsrelevanter Kliniken mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erreicht werden kann. Auch könnte die geplante Zentralisierung der Krankenhausstrukturen u. a. durch längere Transportwege und Wartezeiten zu einer Verschlechterung der Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten führen und somit die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Stadt und Land beeinträchtigen. Hier müssen Regelungen getroffen werden, die insbesondere in den betroffenen Regionen die ambulante Versorgung und den Rettungsdienst stärken.

Die Krankenhausreform und deren Auswirkungen müssen auch im Kontext weiterer dringend erforderlicher Reformvorhaben betrachtet werden, wie der Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes, der Versorgungsgesetze oder der Umsetzung der Ambulantisierung.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 426 SGB V – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Evaluation des KHVVG sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2028, 2033 und 2038 einen gemeinsamen Bericht vorlegen, der folgende Punkte umfassen soll:

- die Auswirkungen und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V (einschließlich der Konzentrationseffekte auf die Krankenhausleistungen)

- die Regelungen über die Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der einzelnen Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste
- die Auswirkungen des KHVVG auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten, die Personalstrukturen in den Krankenhäusern, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und Krankenkassenausgaben sowie auf weitere Versorgungsbereiche wie die medizinische Rehabilitation.

Diese Evaluation soll laut Begründung ergänzend neben die in § 17b Absatz 4c KHG vorgesehene Evaluation der Wirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung und in § 115g Absatz 4 vorgesehene Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen treten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Regelung sieht eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG nur alle fünf Jahre vor. Daneben soll die erste Evaluation erst zum 31. Dezember 2028 erfolgen. Dies ist zu selten und zu spät, um in einem so bedeutenden Reformprozess rechtzeitig gegensteuern zu können, sofern sich Fehlentwicklungen zeigen sollten. Es ist zu berücksichtigen, dass viele der vorgesehenen rechtlichen Regelungen auch schon vor dem formalen gesetzlichen Inkrafttreten Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung entfalten werden, weil sich Krankenhaussträger auf die bevorstehenden Änderungen einstellen (müssen).

Die Bundesärztekammer regt daher eine engere Taktung sowie eine frühzeitige Vorlage der Evaluationsberichte an, um schneller auf unerwünschte Entwicklungen reagieren und neue Entwicklungen schneller identifizieren und adressieren zu können.

Daneben sollten die Evaluationsberichte fortlaufend weiterentwickelt werden und auch Aspekte aufnehmen, die sich gegebenenfalls im Laufe der Zeit als relevant herausstellen könnten.

Da die Entbürokratisierung eines der angestrebten Ziele ist, sollte auch der Verwaltungsaufwand der maßgeblichen Akteure bewertet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine häufigere Berichterstattung zu ermöglichen und schneller auf (Fehl-)Entwicklungen reagieren zu können, regt die Bundesärztekammer folgende Änderungen an:

„[...] legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden alle zwei Jahre, beginnend zum 31. Dezember 2026 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor insbesondere über:“

[...]

3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [...] bewirkten Rechtsänderungen auf [...]

e) den Verwaltungs- und Bürokratieaufwand der Krankenhäuser, insbesondere ihres in der Patientenversorgung tätigen Personals, der Planungsbehörden der Länder, der Krankenkassen sowie des Medizinischen Dienstes.“

§ 115g Absatz 4 SGB V – Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass der Spaltenverband Bund der Krankenkassen, der Spaltenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft alle zwei Jahre einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen vorlegen. Die erste Evaluation soll fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes stattfinden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Regelung sieht eine Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen erst fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vor. Um auf (Fehl-)Entwicklungen frühzeitig reagieren zu können, regt die Bundesärztekammer eine frühzeitige Evaluation an.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um frühzeitig auf (Fehl-)Entwicklungen reagieren zu können, regt die Bundesärztekammer folgende Änderungen an:

„(4) Der Spaltenverband Bund der Krankenkassen, der Spaltenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 24. 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“

§ 135f Absatz 3 SGB V – Auswertungen zu den Auswirkungen der Empfehlungen für die Mindestvorhaltezahlen (MVHZ)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Auswertungen zu den Auswirkungen der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) für die MVHZ auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte erstellt sowie auf die für Patientinnen und Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort. Diese soll innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der jeweiligen durch das IQWIG erarbeiteten Empfehlung vorliegen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In Anbetracht der absehbaren enormen Ausweitung von Mindestmengen in Gestalt der neuen „Mindestvorhaltezahlen“ ist die vorgegebene kurze Frist für das InEK äußerst ambitioniert. Die zu erwartende Vielzahl und Vielfalt der Leistungsgruppen und der damit verbundene Aufwand für die Zuordnung von MVHZ darf nicht dazu führen, eine methodisch nachvollziehbare und wissenschaftlich einwandfreie Ableitung zu vernachlässigen. Im Übrigen lehnt die Bundesärztekammer die Einführung von MVHZ in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form ab und schlägt vor – sofern an den Vorgaben von Mindestvorhaltezahlen festgehalten wird –, diesbezügliche Fragen im Leistungsgruppenausschuss zu erörtern. Dabei kann auch die Frage nach der Auswirkungsanalyse fachlich beraten werden.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 17b Absatz 4c KHG – Evaluation der Einführung der Vorhaltevergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das InEK soll die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung von 2027 bis 2030 analysieren, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität. Basierend auf dieser Analyse soll es Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung erarbeiten.

Bis zum 31. Dezember 2029 soll ein Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 ein abschließender Bericht vorgelegt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Um frühzeitig auf (Fehl-)Entwicklungen reagieren zu können, regt die Bundesärztekammer eine frühzeitigere Vorlage von Zwischenberichten und des Abschlussberichtes an. Die Bundesärztekammer ist im Übrigen der Auffassung, dass die Vorhaltevergütung nicht in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Weise eingeführt werden sollte. Die Bundesärztekammer hält es für erforderlich, diesen Teil des Gesetzesvorhabens zunächst zurückzustellen, um gemeinsam mit den Partnern in der Selbstverwaltung ein tragfähiges und sachgerechtes Konzept zu erarbeiten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Sollte der Gesetzgeber an der Einführung einer Vorhaltevergütung bereits zum jetzigen Zeitpunkt festhalten, regt die Bundesärztekammer folgende Änderungen an, um frühzeitig auf (Fehl-)Entwicklungen reagieren zu können:

„(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum ab dem 31. Juni Dezember 20289 jährlich in einem

Zwischenbericht und bis zum 31. Juni Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen [...]“

3.8 Vorhaltevergütung und weitere Finanzierungsinstrumente

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung einer Vorhaltevergütung über die Ausgliederung eines pauschalen Vorhalteanteils aus der bisherigen DRG-Vergütung vor.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält die Einführung einer Vorhaltevergütung für erforderlich. Sie unterstützt die mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung verbundene Absicht, einen maßgeblichen Sockel der Betriebsmittelfinanzierung weitgehend unabhängig von der Fallzahl und dem damit verbundenen Fehlanreiz der Mengenausweitung zu garantieren.

Die konkreten Regelungen des Gesetzentwurfs zur Vorhaltevergütung überzeugen jedoch nicht. Es ist nicht erkennbar, dass es mit diesen Regelungen gelingen kann, die Fehlanreize der bisherigen DRG-Vergütung zu korrigieren und versorgungsnotwendigen Krankenhäusern eine verlässliche wirtschaftliche Grundlage für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung zu geben.

Denn mit dem vorliegenden Entwurf können weder das Ziel der fallzahlunabhängigen Betriebsmittelfinanzierung noch eine weitgehende Ablösung der Fallpauschalsystematik erreicht werden.

Sowohl die Vorhaltefinanzierung, die Leistungsgruppensystematik als auch die Rest-DRGs bleiben unter einem Fallzahlbezug bzw. in Abhängigkeit des Case-Mix der jeweiligen Fachabteilung und Klinik.

Damit wird die eigentlich angestrebte grundlegende Reform des DRG-Systems nicht erreicht. Aus dem weiterhin gegebenen Fallzahlbezug können sich unterschiedliche, im Einzelnen schwer vorhersehbare neue Fehlanreize sowohl in Richtung einer Fallzahlsteigerung als auch eines Fallzahlrückgangs ergeben. Möglich ist ein ungeordnetes Nebeneinander beider Effekte, je nach der Lage des einzelnen Krankenhauses bzw. einzelner Fachabteilungen, mit negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Die Einführung der Vorhaltefinanzierungssystematik bei gleichzeitiger Beibehaltung der komplexen DRG-Fallpauschalenregularien lässt außerdem eine weitere Steigerung der Komplexität der schon heute überkomplexen Betriebsmittelfinanzierung erwarten. Dies führt nicht nur zu zusätzlicher Bürokratie, sondern auch zu einem System, das es den Akteuren auf allen Seiten weiter erschweren kann, im Sinne einer guten Patientenversorgung zu agieren.

Schließlich – und dies ist aus Sicht der Bundesärztekammer von besonderer Bedeutung – wird das ursprüngliche Ziel nicht erreicht, eine für die einzelnen Leistungsgruppen spezifische Vorhaltevergütung zu bestimmen. Da lediglich die bestehende DRG-Vergütung aufgeteilt wird, werden diejenigen Bereiche, deren Vorhaltung schon im bisherigen System nicht ausreichend abgebildet ist, auch weiterhin benachteiligt bleiben. Dies wird voraussichtlich besonders die personalintensiven Bereiche der Versorgung betreffen.

Jenseits der schon jetzt bestehenden Ausgliederung der Pflegepersonalkosten bleibt es mit dem vorliegenden Gesetzentwurf dabei, dass Personalkosten nicht spezifisch bei der

Vorhaltevergütung berücksichtigt werden. Die verlässliche Refinanzierung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung kann damit in dem durch den Gesetzentwurf gewählten Ansatz nicht verwirklicht werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die Einführung einer Vorhaltevergütung zum aktuellen Zeitpunkt zurückzustellen und stattdessen einen Entwicklungsauftrag mit einem Zeithorizont von einem Jahr aufzunehmen. In dieser Zeit kann das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbindung der Selbstverwaltung einen Ansatz für die Vorhaltevergütung entwickeln, der den ursprünglichen Zielen gerecht wird und in seinen Auswirkungen verlässlich abschätzbar ist.

Damit entsteht zwar ein Zeitverzug, der aber mit Blick auf den ohnehin über viele Jahre gestreckten Umsetzungszeitraum des Gesetzes vertretbar und im Vergleich zu dem Risiko der Einführung eines letztlich nicht überzeugenden Ansatzes sinnvoll ist.

Außerdem wird die Krankenhausreform schon von Beginn an auch ohne die unmittelbare Einführung der Vorhaltevergütung über die grundlegende Neugestaltung der Planung in allen Bundesländern erhebliche strukturelle Effekte entfalten und alle Akteure mit Blick auf die Umsetzung sehr herausfordern.

Für eine Neukonzeption der Vorhaltevergütung muss der Gedanke leitend sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Für den ärztlichen Bereich ist dabei das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer zugrunde zu legen. Anstelle des im Referentenentwurf vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten.

Mit Blick auf die wirtschaftlich kritische Lage vieler versorgungsrelevanter Krankenhäuser sind die aus Sicht der Bundesärztekammer prinzipiell begrüßenswerten Förderbeträge für besondere Bereiche und die weiteren bereits bestehenden bzw. im Gesetz bereits angelegten Finanzierungsinstrumente zu nutzen.

Auf diese Weise ist die notwendige schnelle Stabilisierung bei der Betriebskostenfinanzierung sachgerechter zu erreichen als mit einem konzeptionell nicht überzeugenden Vorhaltevergütungssystem, dessen Auswirkungen schwer abschätzbar sind.

3.9 Transformationsfonds

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ X 12b – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die notwendigen Strukturveränderungen finanziell zu unterstützen, wird ein Transformationsfonds errichtet. Hierzu sollen Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von bis zu 25 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt werden. Eine Kofinanzierung in gleicher Höhe soll durch die Länder bzw. die Krankenhausträger erfolgen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einrichtung eines Transformationsfonds, weil die erforderlichen strukturellen Veränderungen sich in der Übergangsphase nicht ohne relevante zusätzliche Mittel realisieren lassen. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die Krankenhäuser parallel vor weiteren großen Herausforderungen stehen, die sich zum Beispiel aus baulichen Maßnahmen für Klimaanpassung und Klimaschutz und für notwendige Investitionen in die Cybersicherheit ergeben. Beim Neu- oder Umbau von Krankenhausgebäuden ist außerdem im Sinne der Krisenresilienz darauf zu achten, dass räumliche Reservekapazitäten und Spezialbereiche (z. B. Dekontaminationsbereiche) mitgeplant und realisiert werden. Diese Gesichtspunkte sollten bei den Strukturveränderungen im Rahmen der Krankenhausreform mitbedacht und ergänzend finanziert werden.

Eine Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hält die Bundesärztekammer nicht für den richtigen Weg (vgl. Beschluss Ib - 06 des 128. Deutschen Ärztetages). Schon aus systematischen Gründen sollten Mittel, die für die Betriebskostenfinanzierung bestimmt sind, nicht für die Investitionskostenfinanzierung verwendet werden. Dies gilt umso mehr angesichts der Höhe der hier in Rede stehenden Mittel und der aktuell großen Herausforderungen für die Stabilität der GKV-Finanzen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Gemeinsame Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln des Bundes und der Länder.

3.10 Bürokratiefolgen

Der Gesetzentwurf enthält einige bürokratiebegrenzende Maßnahmen (z. B. Einrichtung einer Datenbank zur Vermeidung von Doppelprüfungen durch die Medizinischen Dienste, Abschaffung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren), die ausdrücklich zu begrüßen sind.

Im Ganzen würde der Referentenentwurf aber zu einem erheblichen weiteren Bürokratieanstieg führen (vgl. die 20-seitige (!) Auflistung unter VI. Nr. 4 der Begründung des Gesetzentwurfs). Die Einführung der Vorhaltefinanzierungssystematik bei gleichzeitiger Beibehaltung der komplexen DRG-Fallpauschalenregularien lässt eine weitere Steigerung der Komplexität der Betriebsmittelfinanzierung erwarten.

In Verbindung mit den Vorgaben des Krankenhaustransparenzgesetzes verfehlt der Gesetzentwurf damit insgesamt das selbstgesteckte Ziel der Entbürokratisierung und nimmt hin, dass wertvolle Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen der weiteren Berufsgruppen zulasten der Patientenversorgung auf bürokratische Aufgaben verwendet werden muss.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

**§ 136c SGB V – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu
Qualitätssicherung und Krankenhausplanung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen aufgehoben werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Aufhebung wird begrüßt. Das methodische Konzept für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konnte von Beginn an nicht überzeugen und führte auch durch spätere Nachbesserungsversuche nicht zu einer erfolgreichen Umsetzung in der Fläche.

**§ 137 Absatz 3 SGB V – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des
Gemeinsamen Bundesausschusses**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Änderungen und Folgeänderungen, die sich aus der Änderung von § 275a SGB V ergeben, soll die Berechtigung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschränkt werden, neben stichproben- und anhaltspunktbezogenen auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorzusehen. Dies betrifft zahlreiche Richtlinien des G-BA, in denen detailreiche Vorgaben insbesondere zu Struktur- und Prozessqualität verankert sind. Es sei davon auszugehen, dass durch die neu einzuführenden Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu den bundeseinheitlich festzulegenden Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung n. § 135e (neu) bereits eine hohe Qualität, insbesondere hinsichtlich vorzuhaltender Strukturen, regelmäßig geprüft und sichergestellt werden könne.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Aufhebung des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst zu Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird begrüßt. Ob diese Teilreduktion tatsächlich auch zu einer Gesamtreduktion der Bürokratieaufwände in den Krankenhäusern führen wird, erscheint angesichts der umfangreichen neuen Prüfaufwände, die vor allem aus § 135e (neu) resultieren, allerdings fraglich.

**§ 275a SGB V – Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und
Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern, in Verbindung mit § 109 – Abschluß von
Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern – und in Verbindung mit § 6a KHG –
Zuweisung von Leistungsgruppen**

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 275a SGB V wird der Katalog der Prüfungen, welche vom Medizinischen Dienst (MD) im Krankenhaus durchzuführen sind, ergänzt um Prüfungen zur Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.

In § 109 Abs. 3a (neu) SGB V wird geregelt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch das Krankenhaus vor Abschluss eines Versorgungsvertrags nachzuweisen ist, und der

Nachweis durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht ist, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Gemäß § 6a KHG ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes, das dem Krankenhaus als Nachweis zur Erfüllung der Qualitätskriterien gilt, zwei Jahre gültig.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ein wesentlicher Anteil neuer Bürokratielast im Krankenhaus entsteht durch neue Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Der für die Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes einschlägige Paragraph § 275a SGB V enthält im Gesetzentwurf nun 1) die neu hinzugekommenen Prüfungen zur Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V, 2) die zuvor im § 275d SGB V verorteten Prüfungen der Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen, 3) die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen aus G-BA-Richtlinien sowie 4) die Prüfung weiterer Qualitätsanforderungen der Länder. Zwar wird der Medizinische Dienst in § 275a SGB V verpflichtet, soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt zu prüfen und wechselseitig Nachweise und Erkenntnisse zu verwenden. Inwieweit dies aber bei Prüfungen sich inhaltlich überschneidender Sachverhalte überhaupt möglich ist, bleibt zu hinterfragen. Sicher ist, dass – v. a. in den ersten Jahren nach Einführung der Leistungsgruppen – der Gesamtumfang des MD-Prüfbedarfs und die damit anfallende Bürokratie im Krankenhaus massiv zunehmen wird. Ohne eine substanzielle Reduzierung – besser wäre ein vollständiger Verzicht – der OPS-Strukturprüfungen und/oder der Prüfungen der G-BA-Richtlinien kann von dem im Gesetzentwurf proklamierten Bürokratieabbau im Krankenhaus nicht die Rede sein.

Die im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehene umfassende Überprüfung der Qualitätskriterien zu allen Leistungsgruppen in allen Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst in einer Erstprüfung vor Zuweisung der Leistungsgruppe sowie von Folgeprüfungen alle zwei Jahre führt zwangsläufig zu einem massiven bürokratischen Aufwand bei den Krankenhäusern, den Landesplanungsbehörden bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen als beauftragende Stellen sowie dem Medizinischen Dienst selbst. Zu befürchten ist, dass diese Überprüfungen einen weiteren Personalaufbau im MD nach sich ziehen, was konsekutiv zur Folge hätte, dass dieses Personal in der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung steht. Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Empfehlungen des Bundesrates (Drucksache 235/1/24 G 10), nur die Erstprüfung umfassend, die Folgeprüfungen aber stichprobenhaft und erst nach drei statt zwei Jahren durchführen zu lassen. Davon auszunehmen sind lediglich besondere anlassbezogene Prüfungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 275a SGB V

In Absatz 1 ist nach Satz 1 einzufügen:

„[...] Die erstmalige Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 erfolgt umfassend standortbezogen. Folgeprüfungen erfolgen lediglich stichprobenartig durch den Medizinischen Dienst. Davon ausgenommen sind anlassbezogene Folgeprüfungen.“

In § 109 Abs. 3a SGB V schlägt die Bundesärztekammer folgende Änderung vor:

„[...] Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei drei Jahre zurückliegt.“

In § 6a Absatz 2 Satz 2 KHG schlägt die Bundesärztekammer folgende Änderung vor:

„Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei drei Jahre zurückliegt.“

In § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG schlägt die Bundesärztekammer folgende Änderung vor:

„[...] wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei drei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus erbringt den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst wurde bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt.“

§ 283 SGB V – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem Medizinischen Dienst Bund wird aufgegeben, eine gemeinsame Richtlinie zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 zu erlassen. Darin soll der Medizinische Dienst Bund insbesondere erforderliche Durchführungsbestimmungen und Verfahrensregelungen für die jeweiligen Prüfungen näher bestimmen. Die Prüfungen sollen möglichst aufeinander abgestimmt, einheitlich und aufwandsarm gestaltet werden.

Ferner wird der Medizinische Dienst Bund beauftragt, eine standortbezogene Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 umzusetzen und zu betreiben. Auch dies soll dazu dienen, die Prüfungen zu vereinheitlichen, aufeinander abstimmen und bestehende Nachweise und Erkenntnisse wechselseitig verwenden und berücksichtigen zu können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Regelungen im Sinne einer Maßnahme, den Aufwand für Prüfungen der Medizinischen Dienste und damit auch den Aufwand für Krankenhäuser reduzieren zu wollen. Auch der Schritt in Richtung einer Vereinheitlichung des Vorgehens in den einzelnen Bundesländern wird als Maßnahme der Reduzierung von Heterogenität bei der Durchführung von Prüfungen begrüßt.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu den Zielen, denen sich eine grundlegende Krankenhausreform im Jahr 2024 verpflichtet sehen sollte, gehört auch die Gewährleistung der Krisenresilienz. Es wäre fahrlässig, bei einer Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft nicht zu berücksichtigen, dass im Fall von Naturkatastrophen, Pandemien oder kriegerischen Auseinandersetzungen in Europa Reservekapazitäten, Redundanzen kritischer Versorgungsstrukturen und die Vorhaltung spezieller Versorgungsbereiche von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung sein können. Dies ist bei der Bedarfsbemessung und bei der regionalen Umsetzung unbedingt zu berücksichtigen.