



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der
Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
in der Fassung vom 17.06.2024 - Drucksache 20/11854

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
[**bundesverband@marburger-bund.de**](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)
[**www.marburger-bund.de**](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 23.09.2024

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Eine Krankenhausreform ist erforderlich. Es braucht eine Neujustierung auf mehreren Ebenen. Die Strukturen der Versorgung müssen stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden, die Krankenhausplanung muss ihrem Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung entsprechen und die Finanzierung der Krankenhäuser ist durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend zu reformieren und sicherzustellen. Dafür hat sich der Marburger Bund wiederholt ausgesprochen und dazu bereits im Jahr 2020 seine Positionen aus ärztlicher Sicht vorgelegt.

Der Deutsche Bundestag hat am 27. Juni 2024 den Kabinettsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in erster Lesung beraten. Diesen Gesetzentwurf bewertet der Marburger Bund weiterhin kritisch. Gerade an den zentralen Inhalten des KHVVG wurden keine bzw. keine wesentlichen Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommen.

Generelle Kritikpunkte des Marburger Bundes:

- Das Zielbild der Reform ist nicht mehr erkennbar.
- Eine Umstrukturierung ohne Bedarfs- und Auswirkungsanalyse birgt die Gefahr, dass zukünftig eine flächendeckende, bedarfsgerechte medizinische Versorgung nicht mehr gewährleistet ist.
- Die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Tätigkeit und die Facharztweiterbildung sind im Gesetzentwurf nicht mitbedacht.
- Die ärztlichen Personalvorgaben in den fünf neuen Leistungsgruppen und als Bemessungsgrundlage für die Mindestvorhaltezahlen sind unrealistisch und praxisfern.
- Mit der Ausgestaltung einer Vorhaltefinanzierung wie im Gesetzentwurf angedacht erfolgt keine grundlegende Abkehr vom DRG-System. Es erfolgt auch keine Entökonomisierung, da die Finanzierung leistungs- und leistungsmengenabhängig ist. Statt einer komplexen leistungsabhängigen Vorhaltefinanzierung muss das erforderliche ärztliche Personal auf Nachweis refinanziert werden.

- Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Reform ist abhängig von im Bundesrat zustimmungspflichtigen Rechtsverordnungen und der Bereitschaft der Bundesländer, die Planung auf Leistungsgruppen umzustellen. Bis auf NRW, Baden-Württemberg und Thüringen sind bislang noch keine Anpassungen der Landeskrankenhausgesetze erfolgt.
- Der Gesetzentwurf sieht keinen nennenswerten Bürokratieabbau vor; vielmehr wird Verkomplizierung als Vereinfachung ausgegeben. Die Neufassung der Regelungen zu den Strukturprüfungen in § 275a SGB V greift vor dem Hintergrund des intendierten Bürokratieabbaus deutlich zu kurz.
- Der Transformationsfonds muss aus Steuermitteln von Bund und Ländern finanziert werden, weil die Krankenhausversorgung ein grundlegendes Element der Daseinsvorsorge ist.

Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Mit der Krankenhausreform werden laut Gesetzentwurf vier zentrale Ziele verfolgt:

- Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität,
- Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten
- Effizienzsteigerung sowie
- Entbürokratisierung.

Der Marburger Bund hat erhebliche Zweifel, ob diese Ziele mit den vorgelegten Maßnahmen erreicht werden können. Insbesondere die dringend notwendige Entbürokratisierung erfolgt nicht, es werden im Gegenteil sogar bürokratische Lasten ausgebaut.

Eine Krankenhausreform, die die Zahl der Leistungserbringer reduzieren will und eine Patientenwanderung bewirkt, hat komplexe Folgen für die Versorgungskapazitäten und Versorgungssituation. Wir vermissen dazu ein flächendeckendes Versorgungskonzept und einen konkreten Bezug zum Versorgungsbedarf. Weder sind eine vorherige Bedarfsanalyse noch eine konkrete Folgenabschätzung der geplanten Regelungen bekannt. Es muss aus unserer Sicht im Vorfeld kalkulierbar sein, welche Auswirkungen die geplanten Instrumente auf die Strukturen im Ballungsraum und in ländlichen Gebieten haben werden.

Das betrifft auch mögliche Folgen für die Beschäftigungsverhältnisse sowie für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Weder ein vom Bundesgesundheitsminister angekündigtes „Simulationstool“, das die Länder bei der Krankenhausplanung ab Herbst 2024 unterstützen soll, noch eine im Entwurf vorgesehene Evaluation nach fünf Jahren ersetzen eine Folgenabschätzung der geplanten Instrumente.

Einzelne Auswirkungsanalysen von externen Akteuren zeigen, dass die Kluft zwischen dem Zielbild des Reformvorschlags für eine neue Krankenhausstruktur und der bestehenden Krankenhausstruktur sehr groß und nicht jede Anpassung medizinisch und ökonomisch sinnvoll ist (Augurzky / Dahnke/Hansis 2023; Vebeto).

Wir brauchen vorab eine klare Vorstellung davon, welche Strukturen erforderlich sind, um das Versprechen einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung einzulösen.

Im Vordergrund muss die Versorgungssicherheit stehen und nicht die vage Erwartung vermeintlicher „Effizienzgewinne“.

Fraglich ist zudem, wie viele Krankenhäuser die Umsetzung der Reform überhaupt erleben werden. Durch den derzeitigen ungesteuerten Strukturwandel geraten zunehmend mehr Krankenhäuser finanziell in Not, so dass bedarfsnotwendige Strukturen verloren gehen. Die Konzentration von Leistungen an weniger Krankenhausstandorten setzt nicht nur eine Schließung einzelner Krankenhäuser voraus, sondern auch einen Aufbau von Versorgungskapazitäten an den verbleibenden Krankenhäusern, der einen langen Vorlauf erfordert. Die Reduktion von stationären Fällen durch Ambulantisierung wird nur langsam fortschreiten und ist auch durch die mangelnden Kapazitäten im vertragsärztlichen und Krankenhausbereich beschränkt. Zusätzlich steht der potentiellen Reduktion von stationären Fällen durch die Ambulantisierung eine durch die demografische Entwicklung bedingte Zunahme des stationären Versorgungsbedarfs gegenüber.

Vorhaltefinanzierung

Um den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu senken, ist zentraler Bestandteil der Reform die Einführung einer Vorhaltevergütung. Dieses Vergütungsinstrument ist aus unserer Sicht dann richtig, wenn es darauf ausgelegt ist, den Krankenhäusern und das dort arbeitende Personal tatsächlich den ökonomischen Druck zu nehmen. Dafür muss die Vorhaltevergütung fallzahlunabhängig erfolgen und die patientennahen Personalkosten abdecken.

Den mit dem Gesetzentwurf formulierten Ansatz zur Ermittlung und Verteilung der Vorhaltefinanzierung lehnen wir ab. Zu einer Finanzierung tatsächlich notwendiger Vorhaltekosten im individuellen Krankenhaus besteht kein Bezug.

Weder die Verteilung der Vorhaltefinanzierung noch die Auszahlung an die Krankenhäuser ist fallunabhängig gestaltet. Vielmehr erfolgt diese pauschal, indem sie auf den bisherigen Fallpauschalenvergütungen aufsetzt: Für jede Leistungsgruppe sollen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Vorhaltebewertungsrelationen ermittelt werden. Dann soll für jedes Bundesland ein Vorhaltebudget anhand der den Krankenhäusern im jeweiligen Land zugewiesenen Leistungsgruppen und erbrachten Fallzahlen festgelegt werden. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe, soweit sie die für jede Leistungsgruppe festgelegten Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen erfüllen. Der Anteil soll sich errechnen, indem die Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts in der jeweiligen ihm zugewiesenen Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Case-Mix-Index) in dieser Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die über alle Krankenhausstandorte dieses Landes in dieser Leistungsgruppe addierten Produkte geteilt wird.

Wird eine Leistungsgruppe entzogen, weil deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen nicht erfüllt werden, entfällt auch die Vorhaltefinanzierung.

Die vorgesehene Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung bedarf einer grundlegenden Änderung. Eine Modifikation oder gar eine wirkliche Überwindung des Fallpauschalensystems kann nur gelingen, wenn die Vorhaltefinanzierung unabhängig von der Fallzahl erfolgt und alle notwendigen Personalkosten der direkten Patientenversorgung ebenfalls als Vorhaltekosten finanziert werden.

Leistungsgruppen als Planungs- und Abrechnungsgrundlage

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung von Leistungsgruppen vor, mit denen Mindestanforderungen an die Qualität und die Quantität der Leistungen vorgegeben werden sollen. Die Leistungsgruppen sollen einerseits zu einer einheitlich strukturierten Krankenhausplanung und andererseits Voraussetzung für die Leistungsvergütung und Zuteilung der Vorhaltebudgets sein.

Die Verknüpfung von Planung und Finanzierung mittels Leistungsgruppen bewerten wir grundsätzlich positiv, wenn die Länder bedarfsnotwendige Versorgungsaufträge den Krankenhäusern zuweisen und diese für die Leistungen im Rahmen der

Versorgungsaufträge vergütet werden. Leistungsgruppen für die Planung und Vergütung dazu bundeseinheitlich zu definieren, ist ebenfalls grundsätzlich sinnvoll.

Deshalb hat der Marburger Bund die im Juli 2023 zwischen Bund und Ländern erzielte Einigung begrüßt, die zukünftige Krankenhausplanung nach dem Vorbild des Landes Nordrhein-Westfalen anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen auszurichten zu wollen. Diese neue Leistungsgruppensystematik wird aktuell in Nordrhein-Westfalen umgesetzt, so dass auf diese Erfahrungswerte zurückgegriffen werden kann. Besonders zu begrüßen ist, dass der Zuschnitt und die Inhalte der Leistungsbereiche sich an den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern orientieren. Dies ist mit Blick auf Versorgungsgesichtspunkte sowie die ärztliche Qualifikation sachgerecht und notwendig.

Der Gesetzentwurf trägt der NRW Leistungsgruppensystematik nicht vollumfänglich Rechnung. Zwar enthält die Anlage 1 zu § 135e SGB V eine Auflistung von 60 Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022, allerdings ergänzt um fünf gänzlich neue Leistungsgruppen.

Die Fallzuordnung soll mittels eines vom InEK zu entwickelnden „Groupers“ erfolgen, der jedoch frühestens Ende September und damit knapp vor der geplanten Verabschiedung des Gesetzentwurfes im Bundestag vorliegen wird. Eine Bezugnahme auf die Erfahrungen in NRW ist somit nicht möglich und erschwert eine Bewertung.

Die aufgeführten Qualitätskriterien der Leistungsgruppen weichen stellenweise von den Vorgaben in NRW ab und sollen darüber hinaus mit erst noch festzulegenden Mindestvorhaltezahlen versehen werden.

Die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen sollten gestrichen werden. Zum einen sind die geforderten Personalvorgaben nicht umsetzbar, da die geforderten ärztlichen Qualifikationen nicht ausreichend vorhanden sind, zum anderen entsprechen diese zum Teil nicht den Weiterbildungsordnungen. Auch die Zuteilung von Fällen zu diesen Leistungsgruppen ist teils nicht umsetzbar. Alternativ zur sinnvollen Streichung, regen wir an zu prüfen, Empfehlungen für diese Leistungsgruppen in dem zu bildenden Ausschuss entwickeln zu lassen.

Die weitergehende Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen sollte ebenfalls gestrichen werden. Die Komplexität und das Zusammenwirken der Regelungen wären nicht mehr kalkulierbar. Auf welcher Basis rechtssicher Mindestvorhaltezahlen für ganze Leistungsgruppen in kurzer Zeit entwickelt werden sollen, ist unklar und auch unnötig. Es existieren bereits Vorgaben

des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Mindestmengen. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen nur bis zum Inkrafttreten einer im Bundesrat zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung gelten sollen, die bis zum 31.03.2025 mit Wirkung zu 01.01.2027 zu erlassen ist. De facto werden die für die Krankenhausplanung und Finanzierung verbindliche Definition der Leistungsgruppen erst in einer diesem Gesetzentwurf nachgelagerten Rechtsverordnungen geregelt. Damit bleiben wesentliche Inhalte und Auswirkungen der Reform zum jetzigen Zeitpunkt unklar. Abweichungen der Definition der Leistungsgruppen dürften allerdings zu möglicherweise nicht kalkulierbaren Risiken für die stationären Versorgungsstrukturen in den Bundesländern führen.

Deshalb plädieren wir für eine konsequente Nutzung der Leistungsgruppensystematik aus NRW zumindest über einen Zeitraum, bis alle Bundesländer ihre Krankenhausplanung entsprechend ausgerichtet haben.

Personalbedarf und Qualifizierung

Die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Tätigkeit und die Facharztweiterbildung sind im Gesetzentwurf aus unserer Sicht nicht mitbedacht. Angesichts der unklaren Auswirkungen der Reform droht das Vertrauen der Ärztinnen/Ärzte in die Verlässlichkeit der Krankenhäuser als Arbeitgeber zu schwinden, und der Versorgung gehen noch mehr Ärztinnen und Ärzte verloren.

Zu den Mobilitätsannahmen im Zuge der beabsichtigten Konzentrationsmaßnahmen werden im Gesetzentwurf keinerlei Aussagen getroffen. Es wäre fatal anzunehmen, dass das Personal den neuen Strukturen automatisch folgen wird. Vielmehr ist zu befürchten, dass insbesondere diejenigen Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere Fachkräfte, die nur noch wenige Jahre vor Eintritt in die Berentung stehen, frühzeitig die berufliche Tätigkeit im Krankenhaus aufgeben.

Anstatt im Gesetz jede Einzelheit zur fachärztlichen Personalausstattung zu regeln, sollte der Gesetzgeber auf vorhandene Expertise zurückgreifen. Das von der Bundesärztekammer erarbeitete ärztliche Personalbemessungsinstrument (ÄPS-BÄK) zur aufgaben- und patientengerechten Personalausstattung muss in der vorliegenden Reform in allen Abteilungen verbindlich eingesetzt, und transparent dargelegt werden. Nicht nur für die Pflegefachkräfte, (für die bereits derzeit Untergrenzen und eine Gegenfinanzierung der

Kosten gilt) auch für Ärztinnen und Ärzte gilt, dass eine ausreichende Anzahl von qualifiziertem Personal die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist.

Die geplante Reform wird auch spürbare Auswirkungen auf die Facharztweiterbildung haben, die in der Ausgestaltung mitbedacht werden müssen.

Eine starke Konzentration von Leistungsangeboten engt den Kreis der Weiterbildungsstätten ein, was zu Flaschenhälsen in der Facharztweiterbildung führen kann. Die Einführung von Leistungsgruppen führt dazu, dass volle Weiterbildungsbefugnisse in vielen Krankenhäusern nicht mehr möglich sind. Altersbedingt fällt die Weiterbildungszeit bei Ärztinnen und Ärzten oft mit der Familiengründung zusammen. Ein dann notwendiger häufiger Wechsel der Weiterbildungsstätte verschlechtert die jetzt schon problematische Kinderbetreuungsmöglichkeit für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, was konsekutiv zur weiteren Ausweitung der Teilzeittätigkeit führen wird.

Bei diesen Entwicklungen wird der Ausgestaltung rechtssicherer und praktikabler Weiterbildungsverbände eine große Bedeutung zukommen. Dies erfordert Regelungen, die Weiterbildungsverbände fördern und rechtliche Hürden beseitigen. Wir verweisen insoweit auf unsere Vorschläge zur „Absicherung von Weiterbildungsverbänden“ in der Einzelkommentierung „Weiterer Änderungsbedarf“.

Sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen

Grundsätzlich positiv ist der Versuch zu bewerten, die bestehenden Potenziale einer sektorenübergreifenden Versorgung stärker auszuschöpfen. Notwendig dazu sind Gestaltungsfreiheit einerseits und Rechtsklarheit andererseits.

Hier besteht hinsichtlich der rechtlich klaren Ausgestaltung Nachbesserungsbedarf. Es bleibt zum Beispiel unklar, welches Aufgabenspektrum den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in ihrer Rolle als Krankenhäuser der untersten Versorgungsstufe konkret zufallen wird. Angesichts des ohnehin schon bestehenden und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen stellt sich auch die Frage nach der Personalbesetzung in diesen Häusern. Denn Krankenhäuser setzen eine 24/7 verfügbare ärztliche und pflegerische Besetzung voraus.

Patientinnen und Patienten brauchen Transparenz darüber, welche Versorgung ihnen in diesen Einrichtungen zur Verfügung steht. Es wäre nichts gewonnen, wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in direkte Konkurrenz zu den bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen träten.

Es fehlt aus unserer Sicht auch hier ein genaueres Zielbild in Bezug auf die Versorgungsrelevanz dieser Einrichtungen. Sie können jedenfalls zukünftig nicht allein die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen sicherstellen.

Auch fehlt ein valider Bezug zum Bedarf. So heißt es in dem Gesetzentwurf, dass sich die Zahl der zukünftig sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen derzeit nicht abschätzen lasse.

Für eine mögliche Institutsermächtigung zur hausärztlichen Versorgung (§ 116a Abs. 3 SGB V neu) fehlt im Gesetzentwurf eine aus unserer Sicht notwendige Ausgestaltung der Rahmenbedingungen.

Richtig ist, dass auch in der ambulanten hausärztlichen Versorgung ein weitreichender Strukturwandel stattfindet: Von den derzeit 40.289 zugelassenen Vertragsärzten in der hausärztlichen Versorgung wird in den nächsten Jahren ein bedeutender Teil in den Ruhestand gehen: 39,6 Prozent der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte sind 60 Jahre und älter. Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt lassen den medizinischen Versorgungsbedarf weiter steigen.

Zugleich ist es bereits jetzt für Ärztinnen und Ärzte in ländlichen und bestimmten städtischen Regionen schwer, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich dauerhaft für eine wirtschaftlich selbstständige Tätigkeit in der Patientenversorgung. Dafür sprechen der zunehmende Anteil der ambulant angestellten Ärztinnen und Ärzte. Insgesamt 14.818 waren Ende 2023 als angestellte Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung tätig, davon 10.024 in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften und 4.794 in Medizinischen Versorgungszentren und Polikliniken.

Die Zahlen zeigen, dass die Vorstellung des Gesetzgebers, hausärztliche Institutsambulanzen lösten das Nachfolgerproblem, so nicht schlüssig ist. Es wäre nichts gewonnen, wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in direkte Konkurrenz zu den bestehenden hausärztlichen Versorgungsstrukturen träten. Vielmehr braucht es bessere Rahmenbedingungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung.

Entbürokratisierung

Mit der Krankenhausreform soll als ein Ziel die „Entbürokratisierung“ verfolgt werden.

Diese Zielsetzung verfehlt der Gesetzentwurf nicht nur, vielmehr wird noch mehr Bürokratie aufgebaut, die durch eine geplante Verschlinkung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes in keiner Weise kompensiert werden kann. Zu nennen ist hier insbesondere die geplante Finanzierung aus zukünftig drei äußerst komplexen Vergütungsanteilen, die

umfangreiche Datenübermittlungen, Dokumentationen und Prüfungen auslösen werden. Hierauf weisen die in der Begründung (Seite 122 ff.) über Seiten ausgeführten Gesetzesfolgen hin. Leider werden hier nur die Maßnahmen genannt, nicht aber das Personal, das durch die Umsetzung der Maßnahmen zusätzlich gebunden sein wird. Nicht nur der Marburger Bund, sondern auch andere Akteure haben durch konkrete Beispiele das im Bürokratieabbau liegende Einsparpotenzial aufgezeigt. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende brauchen eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag. Gerade angesichts des Fachkräftemangels ist jeder Abbau von bürokratischen Lasten gleichbedeutend mit zusätzlichen personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung.

Das BMG hat angekündigt, weitere Maßnahmen im Bereich der Bürokratieentlastung vorzubereiten. Der Marburger Bund appelliert dringend, diese kurzfristig vorzulegen.

Refinanzierung Tarifsteigerungen

Der Marburger Bund begrüßt, dass bereits ab dem Jahr 2024 Tarifsteigerungen wie schon heute für Pflegekräfte auch für Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus dauerhaft voll gegenfinanziert werden sollen.

Transformationsfonds

Der Marburger Bund begrüßt, dass der Gesetzentwurf Vorschläge zur Finanzierung der Reform beinhaltet. Die beabsichtigten Strukturveränderungen erfordern einen erheblichen Investitionsbedarf für die Verlagerung von Leistungsangeboten und die Umwandlung von ehemaligen Krankenhausstandorten.

Für die Konzentration von komplexen Leistungen müssen zusätzliche Kapazitäten an Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung geschaffen werden.

Kritisch sehen wir allerdings, dass 25 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds und damit aus Versichertengeldern ohne Beteiligung der PKV gezahlt werden sollen und die Finanzierung insgesamt abhängig von der Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der einzelnen Bundesländer sein soll. Richtig wäre eine Finanzierung aus Steuermitteln von Bund und Ländern, weil die Krankenhausversorgung ein grundlegendes Element der Daseinsvorsorge ist.

Erst jüngst hat der Bundesrechnungshof kritisiert, dass die Finanzierung der Krankenhausreform nicht Aufgabe der GKV sei. Kritisch ist auch die Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste der Bundesregierung vom 30.07.2024 (WD 8 - 3000 - 047/24). Die Umsetzung der Reform kann nur mit einer entsprechenden Finanzierung gelingen. Auch angesichts der stark unterschiedlichen Rechtsansichten ist es dringend erforderlich, den

Transformationsfonds rechtssicher auszugestalten. Die Krankenhäuser und die Patienten können nicht Jahre warten, bis Gerichte eine verfassungsrechtliche Einordnung vorgenommen haben.

Beteiligung der Bundesländer

In der Sache kritisch und rechtlich problematisch sehen wir, dieses Gesetzesvorhaben ohne Beteiligung der Länder im Parlament verabschieden zu wollen. Dies widerspricht dem seit Dezember 2022 wiederholt zum Ausdruck gebrachten Willen, die Reform gemeinsam zu gestalten, und gefährdet die erforderliche Akzeptanz der Reform.

Rechtlich dürfte die vorgesehene Regelung zu den Leistungsgruppen mit dahinterliegenden Mindestzahlen für Eingriffe und Behandlungen als Eingriff in die Landeszuständigkeit zu bewerten sein. Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene bundesweite Festlegung der Entfernung zum nächsten Krankenhaus berührt die Planungskompetenz der Länder. Ebenso sollen die Bundesländer zur hälftigen Finanzierung des vorgesehenen Transformationsfonds verpflichtet werden.

Die Kernstücke der Reform sollen in zustimmungspflichtige Rechtsverordnungen ausgelagert werden. Wir sehen die Gefahr, dass im Ergebnis nur eine Finanzreform erfolgt, die in ihrer Ausgestaltung noch komplexer als das bestehende DRG-System ist und das Ziel einer Entökonomisierung nicht erfüllt.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Vorhaltefinanzierung

- **Einführung Vorhaltevergütung (§ 17b Abs. 4b und 4c KHG)**
- **Verpflichtungen des InEK im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets (§ 37 KHG)**
- **Vergütung eines Vorhaltebudgets (§ 6b KHEntgG)**

Das InEK erhält den Auftrag, das Vorhaltebudget zu ermitteln. Dazu sollen 60 Prozent als normativ vorgegebene Größe aus den bestehenden DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und die Fallpauschalen entsprechend abgesenkt werden. Das Pflegepersonalbudget als Teil der Vorhaltung wird für die Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung (Vorhaltebewertungsrelationen) abgezogen. Das aus den Fallpauschalen ausgegliederte Volumen wird nach Bundesland und Leistungsgruppen ausgewiesen. Dieses Volumen wird mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert gewichtet und ergibt das Vorhaltebudget je Land und je Leistungsgruppe.

Das ermittelte Vorhaltebudget soll auf Grundlage der Einstufung der Krankenhäuser rechnerisch zentral durch das Institut für das Entgeltsystem (InEK) aufgeteilt werden. Die Krankenhäuser sollen zukünftig eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung für die Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden. Voraussetzung ist, dass sie die Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllen.

Das Vorliegen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben regelmäßig durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft.

Wir wiederholen unsere grundsätzliche Kritik, dass die geplante Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung nicht der Zielsetzung einer erlösunabhängigen Vorhaltevergütung entspricht.

Die Vorhaltefinanzierung soll zwar unabhängig von einer Leistungserbringung erfolgen, sie ist aber dennoch in mehrfacher Hinsicht fallzahlbezogen: Sowohl das Landesvorhaltebudget sowie dessen Anteil für das einzelne Krankenhaus erfolgen leistungsbezogen. Es erfolgt keine Berechnung einer für alle Krankenhäuser einheitlichen Vorhaltevergütung für eine Leistungsgruppe, sondern eine Bezugnahme auf die Fallzahlen des einzelnen Krankenhauses. Das Vorhaltebudget wird zudem über die Krankenhausabrechnungen vergütet.

Die Vorhaltefinanzierung orientiert sich an historischen Mittelwerten der DRG-Kalkulation. Die Höhe der Vorhaltevergütung eines jeden Krankenhauses ergibt sich ausschließlich durch

seine krankenhausesindividuelle DRG-Mischung (Art und Anzahl) und nicht durch die Leistungsgruppe.

Das DRG-Fallpauschalensystem wird nicht „überwunden“, sondern bleibt Kerninstrument der neuen Umverteilungsmechanik. Die Abhängigkeit der Auskömmlichkeit der Vorhaltefinanzierung von der Leistungsmenge bleibt durch die Kalkulation auf Basis bundesweiter Mittelwerte bestehen.

Diese Vergütungssystematik verursacht schließlich einen massiven Bürokratieaufwand, ohne dass die wesentlichen politischen Ziele eines solchen Instruments (Entökonomisierung, Existenzsicherung, Entbürokratisierung, Spezialisierung) erreicht werden.

Eine Vorhaltevergütung ist dann richtig, wenn sie darauf ausgelegt ist, die erforderlichen Strukturen für die Leistungserbringung zu finanzieren, insbesondere die patientennahe Personalausstattung.

Änderungsvorschlag:

Wir plädieren daher dafür, die geplanten Regelungen gänzlich zu überarbeiten und eine fallzahlunabhängige Systematik zu entwickeln.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollte ein Arbeitsauftrag für die Erarbeitung eines Konzeptes für eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung erteilt werden, eine gesetzliche Grundlage für eine Vorhaltefinanzierung geschaffen und festgelegt werden, welche Strukturen von einer Vorhaltefinanzierung umfasst werden sollen.

Leistungsgruppen als Planungs- und Abrechnungsgrundlage

- **Einführung von Leistungsgruppen (§ 135e SGB V)**
- **Anhang zu Artikel 1 Nummer 25: Anlage 1 zu § 135e SGB V**
- **Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)**
- **Zuweisung von Leistungsgruppen (§ 6a KHG)**
- **Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen (§ 40 KHG)**
- **Abrechnungsausschluss (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)**

Einführung von Leistungsgruppen (§ 135e SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht eine zustimmungspflichtige Verordnungsermächtigung vor, die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen und Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festzulegen. Diese Verordnung soll bis zum 31.03.2025 – also nur drei Monate nach geplantem Inkrafttreten der Reform - mit Wirkung zu 01.01.2027 zu erlassen werden.

Die in der Anlage 1 zu § 135e genannten Leistungsgruppen gelten nur bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung.

De facto werden die für die Krankenhausplanung und Finanzierung verbindliche Definition der Leistungsgruppen erst in einer diesem Gesetzentwurf nachgelagerten Rechtsverordnung geregelt. Damit bleiben wesentliche Inhalte und Auswirkungen der Reform zum jetzigen Zeitpunkt unklar. Abweichungen der Definition der Leistungsgruppen dürften allerdings zu möglicherweise nicht kalkulierbaren Risiken für die stationären Versorgungsstrukturen in den Bundesländern führen.

Deshalb plädieren wir für eine konsequente Nutzung der Leistungsgruppensystematik aus NRW zumindest über einen Zeitraum, bis alle Bundesländer ihre Krankenhausplanung entsprechend ausgerichtet haben.

§ 135e Absatz 3

Die Erarbeitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung soll nach dem Gesetzentwurf ein neues Gremium ausarbeiten. Dieser Ausschuss soll mit Vertretern des GKV-Spitzenverbands, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Berufsorganisationen der Pflegeberufe und der Hochschulmedizin besetzt werden. Patientenorganisationen können beratend teilnehmen.

Der Marburger Bund muss als Gewerkschaft und Berufsverband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien einbezogen werden. Wir schlagen vor, § 135e Absatz 3 entsprechend zu ergänzen.

Auf die Möglichkeit, ÄPS-BÄK als Entscheidungskriterium bei der Zuteilung von Leistungsgruppen anzuwenden, weist der Gesetzentwurf lediglich in seiner Begründung zu § 135e SGB V hin. Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung und deren Vergütung ist aus ärztlicher Sicht die Festlegung einer aufgaben- und patientenorientierten Personalbemessung. Auch bei der Entscheidung, welche Leistungsgruppen einem Krankenhaus zugewiesen werden, sollte die durch ÄPS-BÄK ermittelte notwendige ärztliche Personalbesetzung im Vergleich mit der Ist-Situation verpflichtend einbezogen werden müssen. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage.

§ 135e Absatz 4 und Anlage 1 zu § 135eSGB V

In § 135e Absatz 4 SGB V wird eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung normiert. Danach sollen die nach Anlage 1 benannten Leistungsgruppen

übergangsweise gelten. Anlage 1 enthält eine Auflistung von 60 somatischen Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022, sowie fünf weitere, nicht vom Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 umfassten Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie.

Die im Gesetzentwurf vorgenommene Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen, die Ergänzung der NRW-Qualitätskriterien um neue Mindestvorhaltezahlen, die 15%-Grenze für onkochirurgische Leistungen, die deutliche Erhöhung der Zahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzqualifikationen weichen von den NRW-Vorgaben ab. Sie sind nicht erfüllbar und in ihren Auswirkungen auf die derzeitigen Versorgungsstrukturen nicht abzuschätzen.

Fünf zusätzliche Leistungsgruppen

Beispiel Leistungsgruppe Notfallmedizin (Anlage 1)

Für die stationäre Notfallversorgung gelten bereits Qualitätskriterien, die der G-BA in den stationären Notfallstufen gem. § 136c Absatz 4 SGB V festgelegt hat. Die Mindestanforderungen für die Notfallstufen betreffen insbesondere Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie den zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen.

Die in der beabsichtigten Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ genannten Personalvorgaben gehen darüber hinaus und sind für viele Krankenhäuser nicht umsetzbar: 5 Fachärzte (Vollzeitäquivalent), davon 3 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Akut- und Notfallmedizin; 80% davon in der Notfallmedizin tätig. Die Zusatzweiterbildung zur „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ ist seit 2018 in der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) enthalten und inzwischen in allen WBO der Landesärztekammern umgesetzt. Gleichwohl gibt es für die oben geforderte Personalausstattung nicht genügend Ärztinnen/Ärzte. Das zeigen die statistischen Zahlen:

Es gibt insgesamt 2.008 Ärzte und Ärztinnen mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in der Klinische Akut- und Notfallmedizin, die ärztlich tätig sind. Davon sind 1.787 stationär tätig (Stand Ende Dezember 2023; Ärztestatistik der BÄK). Mit Stand 2022 nahmen 1.130 Krankenhäuser an der gestuften stationären Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V teil: 649 Stufe I; 301 Stufe II und 180 Stufe III (Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Statistisches Bundesamt).

Selbst mit einer Übergangszeit ließe sich diese Vorgabe für viele Krankenhäuser nicht erreichen, denn die Weiterbildungszeit beträgt 24 Monate.

Anrechnung Fachärztinnen/Fachärzte auf Leistungsgruppen (Nummer 7b):

Die Leistungsgruppen in Anlage 1 sehen in der Regel je drei Fachärztinnen/Fachärzte vor, um grundsätzlich eine 24/7-Rufbereitschaft in der jeweiligen Leistungsgruppe sicherzustellen. Der Gesetzentwurf ermöglicht die Anrechnung von Fachärztinnen/Fachärzten auf bis zu jeweils 3 Leistungsgruppen. Dies soll aber explizit nicht für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie gelten. Hier soll keine weitere Anrechnung auf andere Leistungsgruppen möglich sein. Eine Begründung dafür beinhaltet der Gesetzentwurf nicht.

Eine solche Einschränkung kann je nach Kombination der Leistungsgruppen zu einer Verdoppelung der benötigten Fachärztinnen/ Fachärzte führen. Wenn zum Beispiel ein Standort neben der Allgemeinen Inneren Medizin auch die Leistungsgruppe Komplexe Gastroenterologie zugewiesen bekommt, müssten insgesamt mindestens 6 Fachärztinnen/Fachärzte vorgehalten werden. Würde gar die Leistungsgruppe Notfallmedizin zugewiesen, für die 5 Fachärztinnen/Fachärzte vorgeschrieben sind, müssten diese in jedem Haus mit Notfallversorgung zusätzlich zu den 3 Fachärztinnen/Fachärzten Allgemeine Innere Medizin und 3 Fachärztinnen/Fachärzte Allgemeine Chirurgie vorgehalten werden (Quelle der Beispiele: Vebeto, Kommentar zum RefE. KHVVG; vebeto028 Version 53c8ab97, 6. Mai 2024; Seite 8).

Wir regen an, diese Einschränkung für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie nochmals zu überdenken bzw. nachvollziehbar zu begründen.

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung; Verordnungsermächtigung (§ 135f SGB V)

Neben Qualitätskriterien sollen zur qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung in Krankenhäusern auch Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gelten. Mindestvorhaltezahlen sind laut Gesetzentwurf eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen. Sie sollen durch das BMG auf Grundlage der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie der Auswertungen und der Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.

Mit der Einführung von Mindestvorhaltezahlen soll eine Gelegenheitsversorgung verhindert werden. Die Regelung ist überflüssig, da dies bereits mit der zukünftigen Zuteilung von Leistungsgruppen und deren jeweiligen Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung erreicht wird. Gerade die geplante Schwerpunktbildung von komplexen Leistungen durch Leistungsgruppen verhindert eine Gelegenheitsversorgung. Nicht sachgerecht ist zudem, dass die Regelung alle Leistungsbereiche adressiert, obgleich bei Leistungen der Grund- und Regelversorgung von einer Gelegenheitsversorgung kaum ausgegangen werden dürfte.

Allein die praktische und zeitliche Umsetzung solcher Mindestvorhaltezahlen sehen wir kritisch. Den Auftrag an das IQWiG in Absatz 2, Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach BMG-Auftragserteilung vorzulegen, halten wir für unrealistisch. Es dürfte mehrere Jahre dauern, um die erforderliche Evidenz zu generieren, welche Vorhaltezahlen zu mehr Qualität führen. Dann kann aber die geplante Vorhaltefinanzierung nicht an die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen geknüpft werden, wie es der Gesetzentwurf vorsieht.

Mindestvorhaltezahlen würden zudem massiv in die Krankenhausplanung eingreifen und eine Abweichung von der Leistungsgruppensystematik bedeuten.

Sowohl die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V als auch die Mindestvorhaltezahlen für Krankenhaushandlungen nach § 135f SGB V sollen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erfolgen.

Die Empfehlungen dazu sollen allerdings von völlig unterschiedlichen Gremien erarbeitet werden. Nach § 135e von einem Ausschuss und nach § 135f vom IQWiG und vom InEK.

Zuweisung von Leistungsgruppen; Ausnahmeregelungen (§ 6a KHG)

Absatz 2: Erfüllung der Qualitätskriterien

Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist Voraussetzung für die Zuteilung der Leistungsgruppen und durch ein Gutachten des MD nachzuweisen. Alternativ soll bis zur Vorlage eines bereits beauftragten MD-Gutachtens eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses zulässig sein.

Der Marburger Bund hat erhebliche Zweifel, wie eine solche „Massenbegutachtung“ zeitlich und personell vom MD geleistet und alle zwei Jahre wiederholt werden soll, ohne dass diese Behörde stark ausgebaut wird. Dies würde wiederum zahlreiche Ärztinnen und Ärzte erfordern, die der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stünden.

Absatz 4: Ausnahmeregelungen

Für die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe sollen nach Absatz 4 zwei Ausnahmen möglich sein: Wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist, kann die Leistungsgruppe auch ohne Erfüllung der Qualitätskriterien für höchstens drei Jahre zugewiesen werden. Das soll allerdings nur für solche Leistungsgruppen gelten, für die eine Ausnahme von den Qualitätskriterien nicht durch Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V ausgeschlossen ist. Maßgeblich für eine Ausnahme ist, ob ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, innerhalb der vorgesehenen PKW-Fahrtzeitminuten flächendeckend erreichbar ist. Für die LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 30 Minuten. Für die übrigen Leistungsgruppen beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 40 Minuten. Zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit komme es neben den PKW-Fahrtzeitminuten auch auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner an, die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrtzeiten betroffen wären. Solange ein Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen ist („Sicherstellungshäuser“), kann die Leistungsgruppe unbefristet zugewiesen werden.

Rechtlich dürfte mit den Vorgaben für befristete Ausnahmeregelungen der Bundesländer unzulässig in deren Planungshoheit eingegriffen werden. Die Krankenhausplanung von NRW sieht zum Beispiel vor, dass ein Krankenhaus mit internistischer und chirurgischer Versorgung für 90 Prozent der Bevölkerung von NRW innerhalb von 20 Autominuten erreichbar sein muss. Hinzu kommt, dass der Gestaltungsspielraum der Länder bereits durch die Festlegungen in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 erheblich eingeschränkt sein kann, die bestimmen soll, von welchen Leistungsgruppen überhaupt von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann.

Sachlich stellt sich die Frage, ob eine Vorgabe von pauschalen PKW-Fahrzeiten den Ausnahmen Rechnung tragen kann. Das ist zum Beispiel bei Stadtstaaten zu bezweifeln. Auch bei hochspezialisierten Leistungsbereichen, die zukünftig nur an wenigen Standorten erbracht werden sollen, scheint der Entfernungsmaßstab nicht im Einklang mit den realen Verhältnissen zu stehen. Schließlich lösen die PKW-Fahrtzeitminuten nicht die Problematik, wie an den Landesgrenzen zu verfahren ist. Hierzu wäre eine die Landesgrenzen übergreifende Planung erforderlich.

Rechtlich bedenklich erscheint zudem, ob qua Gesetz zukünftig unterschiedliche Qualitätsstandards in den Krankenhäusern ermöglicht werden sollen.

Unverständlich ist auch, warum die Ausnahmehäuser gleichwohl Mindestvorhaltezahlen erbringen sollen, um die Vorhaltefinanzierung zu erhalten. Gerade die Sicherstellungshäuser haben nur eine geringe Auslastung bzw. geringe Fallzahlen.

Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose (§ 40 KHG)

Sofern Krankenhäuser zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen 15 % der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, soll die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, untersagt werden. Die Regelung soll damit der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie (Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten) dienen. Sie sei geeignet, erforderlich und angemessen, um eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen in dem Bereich der onkochirurgischen Leistungen zu fördern, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichern und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausschließen, heißt es in der Begründung des Gesetzentwurfes.

Wir erachten diese Regelung für rechtlich bedenklich und zur Sicherstellung einer bedarfsnotwendigen Versorgung für fragwürdig. Auch bei dieser Regelung ist nicht klar, warum der Gesetzgeber über die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen hinaus mit weiteren Mindestkriterien einen Konzentrationsprozess fördern will. Die Folgen einer solchen forcierten Konzentration führen an wenigen Standorten zu einem erheblichen Anstieg der Fälle, die strukturell und personell auf dem gewünschten qualitativ hohen Niveau behandelt werden müssen. Eine sachgerechte Konzentration ist damit in keiner Weise dargelegt.

Für rechtlich bedenklich und sachlich verfehlt erachten wir die 15%-Grenze. Es ist weder aus dem Gesetzestext noch aus der Begründung ersichtlich, ob es sich dabei um eine validierte oder um eine willkürliche Festlegung handelt. Darüber hinaus dürfte ein pauschaler Prozentsatz den unterschiedlichen onkochirurgischen Leistungen und ihrer unterschiedlichen Häufigkeit nicht Rechnung tragen. Es würde ein permanenter Konzentrationsprozess stattfinden, der ungebremst zu einer Monopolisierung führen würde.

Der Marburger Bund sieht daher folgenden Änderungsbedarf:

- Streichung der Qualitätskriterien der 5 weiteren Leistungsgruppen in der Anlage 1
- Streichung § 135f SGB V (Mindestvorhaltezahlen)
- Streichung § 40 KHG (15 % Grenze)
- Aufnahme des Marburger Bundes in den einzurichtenden Ausschuss zur Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

- **Behandlung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V)**
- **Hausärztliche Institutsambulanz (§ 116a Abs. 3 SGB V)**
- **Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (§ 6c KHG)**
- **Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 6c KHEntgG)**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind laut Gesetzentwurf Krankenhäuser, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Der Katalog nach § 115g Absatz 2 SGB V führt die über die stationären Leistungen hinaus erbringbaren Leistungen auf. Außerdem werden zusätzliche ambulante Versorgungsmöglichkeiten und die Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung (§ 116a SGB V) geschaffen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen vereinbaren, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen. Des Weiteren, welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt nach § 6c KHG aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen. Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen erfolgt über degressive krankenhausespezifische Tagesentgelte.

Sektorenübergreifende Einrichtungen (§ 115g SGB V)

In § 115g Absatz 1 SGB V muss klargestellt werden, dass es sich bei sektorenübergreifenden Einrichtungen um Krankenhäuser im Sinne von § 107 SGB V handelt. Aus dem Wortlaut des § 115g Abs. 1 Satz 1 SGB V ergibt sich das nicht zwingend. Lediglich in der Begründung zu § 115g Absatz 1 SGB V heißt es, dass durch den Verweis auf § 6c Absatz 1 KHG klargestellt werde, dass es sich bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch nach Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung weiterhin um Krankenhäuser handelt. Diese Einrichtungen müssten daher die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 erfüllen.

Der Begriff Krankenhaus ist in § 107 Abs. 1 SGB V legal definiert. Die Regelung beschreibt in organisatorischer Hinsicht, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit eine Einrichtung die Qualität eines Krankenhauses im Sinn des SGB V erreicht.

Die Definition in § 107 SGB V ist weitergehend als der Krankenhausbegriff nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), weil er zusätzliche inhaltliche Anforderungen an den Begriff Krankenhaus stellt.

So kennzeichnet ein Krankenhaus nach § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, dass es mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet ist, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten.

Jederzeit verfügbar ist das Personal nach dem Wortsinn nur dann, wenn es den betroffenen Patienten immer, d.h. "rund um die Uhr" zur Verfügung steht. Das setzt jederzeit präsente bzw. rufbereite Ärztinnen und Ärzte voraus. Wir schlagen vor, § 115g Absatz 1 SGB V wie folgt zu ergänzen:

Änderungsvorschlag § 115g Absatz 1 SGB V

(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:

- 1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
- 2. ambulantes Operieren nach § 115b,*
- 3. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,*
- 4. Übergangspflege nach § 39e,*

5. *Kurzzeitpflege nach § 39c.*

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen. *Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, bleibt unberührt.*

Weiterhin wäre es mit Blick auf die Facharztweiterbildung hilfreich, eine Orientierung hinsichtlich der stationären Bettenzahl vorzugeben. Wo und in welchem Umfang eine ärztliche Weiterbildung stattfinden kann, richtet sich danach, welche Patienten in der jeweiligen Einrichtung versorgt werden. Wenn in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine Akutfälle versorgt werden, kann auch zwangsläufig Weiterbildung nur in geringem Umfang stattfinden.

Hausärztliche Institutsambulanz (§ 116a Abs. 3 SGB V neu)

Die Regelung räumt sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit ein, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu erbringen. Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn sich die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in einem Planungsbereich oder Gebiet befindet, in dem für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die Ermächtigung soll unbefristet erfolgen.

Mit Stand 4. Quartal 2022 seien im hausärztlichen Bereich laut Begründung 780 von 984 Planungsbereichen frei von Zulassungsbeschränkungen.

Leistungen der hausärztlichen Versorgung können in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung erbracht werden. Die Vergütung der von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen soll sich nach § 120 Absatz 1 SGB V richten.

Durch die Beteiligung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an der allgemeinmedizinischen Versorgung soll ein dauerhaftes, für die Patientinnen und Patienten verlässliches Versorgungsangebot aufgebaut und eine planbare Weiterbildung geschaffen werden, heißt es in der Begründung des Gesetzentwurfes.

Eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung kann aus Sicht des Marburger Bundes zu einer besseren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und damit zu einer Verbesserung der Versorgung insgesamt beitragen.

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen unbefristeten Ermächtigung von sektorenübergreifenden Einrichtungen für die hausärztliche Versorgung nach § 116 Abs. 3 SGB V sind aus unserer Sicht die strukturellen, fachlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesetzentwurf zu ergänzen bzw. klarzustellen.

Klargestellt werden sollte der mit der Institutsermächtigung verbundene Versorgungsauftrag in Bezug auf die hausärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V. In der Begründung heißt es dazu lediglich, dass Leistungen der hausärztlichen Versorgung durch Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung erbracht werden können. Soweit die Vorstellung besteht, dass eine hausärztliche Institutsambulanz einer hausärztlichen Praxis entsprechen soll, wären der Umfang der Leistungen durch gesondertes ärztliches Personal mit der entsprechenden Facharztqualifikation sicherzustellen und zu finanzieren. Fraglich ist, ob die in der stationären Versorgung der sektorenübergreifenden Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzte die zeitliche Kapazität für einen zusätzlichen Einsatz in einer hausärztlichen Institutsambulanz haben.

Soweit die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Rahmen einer Institutsermächtigung das hausärztliche Leistungsangebot individuell gestalten können soll, braucht es aus unserer Sicht klare Regeln zum Konkurrenzschutz in Bezug auf die bestehenden Hausarztpraxen mit umfassendem Versorgungsauftrag.

Die im Gesetzentwurf getroffenen Annahmen zur fachärztlichen Weiterbildung werden von der konkreten Ausgestaltung und vom Versorgungsangebot dieser Einrichtungen abhängen. Solange die Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen völlig unklar bleibt, ist Weiterbildung in nennenswertem Umfang schwer vorstellbar.

Das gilt auch für die Weiterbildung in einer hausärztlichen Institutsambulanz. Für eine Weiterbildung in einer hausärztlichen Institutsambulanz wäre in jedem Fall die durch die Landesärztekammern zu erteilende Weiterbildungsbefugnis eines Facharztes/einer Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin erforderlich.

Soweit ärztliche Weiterbildung in Einrichtungen nach § 115g SGB V sektorenübergreifend erfolgen kann, sollte zudem gesetzlich verankert werden, dass diese tariflich abgesichert werden muss.

Entbürokratisierung im Rahmen der MD-Prüfungen

- **Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern (§ 275a SGB V)**
- **Errichtung einer Datenbank (§ 283 Abs. 5 SGB V)**
- **Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen (§ 17c Abs. 1a KHG neu)**

Konkrete Maßnahmen zu Entbürokratisierung beinhaltet der Gesetzentwurf lediglich in Bezug auf eine Vereinfachung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes.

Durch teilweise im Gesetzentwurf erfolgte Umformulierungen gegenüber den Regelungen im Referentenentwurf ergeben sich aber nur wenige inhaltliche Änderungen.

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern (Neufassung § 275a SGB V)

Mit der Regelung erfolgt eine Neufassung des § 275a zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Die bisherige Strukturprüfung nach § 275d SGB V (Strukturprüfungen), die Qualitätskontrolle nach § 275a SGB V (Qualitätskontrollen), die Prüfung zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V sowie die Prüfung der Qualitätsanforderungen der Länder sollen in dem neuen § 275a SGB V gebündelt werden. Die Neufassung diene der Entbürokratisierung sowie Vereinheitlichung der bestehenden Prüfungen.

Mit der Neufassung der Qualitätsprüfungen in einem § 275a erfolgt aus unserer Sicht überwiegend eine reine Zusammenfassung der bestehenden Regelungen.

Der gesetzliche Auftrag, die Prüfungen aufwandarm zu gestalten, dürfte ohne konkrete Ausgestaltung inhaltsleer bleiben. Die elektronische Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst stellen zwar eine Erleichterung dar, reichen aber bei weitem nicht aus.

Zu einer spürbaren Entlastung würde eine Vereinheitlichung aller Verfahren der Qualitätsprüfungen nach § 275a Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB V führen. Das Nebeneinander von Strukturprüfung (§ 275d SGB V) und MD-Qualitätskontrollen (§ 275a SGB V) ist unsystematisch und führt zu bürokratischem Mehraufwand. Bei beiden Prüfungen/Kontrollen geht es um die Einhaltung von Mindestmerkmalen, getrennt in Strukturmerkmale aufgrund von OPS-Kodes einerseits und von G-BA-Richtlinien andererseits. Dafür bedarf es nicht zwei völlig unterschiedlicher Prüferegime.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob die bisherigen Verfahren mit Blick auf die zukünftigen Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen weiterhin sinnvoll sind. Zumindest aber sollten weitere bürokratische Entlastungen vorgenommen werden, wie ein zeitlich längeres Prüfungsintervall bei den Strukturprüfungen und die Verwendung von Stichproben bei den Qualitätsprüfungen. Wir verweisen insoweit auf unsere umfangreichen Vorschläge zum Bürokratieabbau vom 18.09.2023.

Änderungsvorschlag:

Strukturprüfungen: Gesetzliche Vorgabe für die Gültigkeit sämtlicher geprüfter Strukturvorgaben für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren verbunden mit der Verpflichtung der Krankenhausleitungen, vorzeitige Änderungen dem Medizinischen Dienst zu melden.

Qualitätsüberprüfungen: Verwendung von Stichproben statt Vollerhebungen und den Einsatz von Sekundärdaten (Sozialdaten, Abrechnungsdaten und anderen nicht primär zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten).

Errichtung einer Datenbank (§ 283 Abs. 5 SGB V)

Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, eine standortbezogene Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 umzusetzen und zu betreiben. In der Datenbank sind standortbezogen die Feststellungen der Medizinischen Dienste und hier insbesondere das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen auszuweisen. Die Verarbeitung dieser Daten in einer Datenbank ist insbesondere erforderlich, damit der Medizinische Dienst seine Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 5 vereinheitlichen, aufeinander abstimmen und bestehende Erkenntnisse wechselseitig verwenden und berücksichtigen kann. So sollen die Medizinischen Dienste etwa Prüfungen möglichst in einem Prüfverfahren durchführen, vorliegende Nachweise verwenden und Prüfunterlagen nicht mehrfach anfordern. Diese Regelung entspricht einer Forderung des Marburger Bundes.

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen (KHG - § 17c Abs. 1a neu)

Gemäß § 17c Absatz 1 KHG ist bei Krankenhausbehandlungen eine Prüfung der Rechnung des Krankenhauses vorgesehen. Durch den neuen Absatz 1a soll die bisherige Einzelfallprüfung mit Prüfquotensystem ab 01.01.2027 durch eine Stichprobenprüfung abgelöst werden. Das Verfahren zur Stichprobenprüfung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Die Vereinbarung ist spätestens bis zum 30. Juni 2026 zu treffen.

Der Marburger Bund hat bereits im September 2023 umfassende Vorschläge zum Abbau von Bürokratie vorgelegt. Unter anderem haben wir uns für eine Begrenzung des Umfangs von Strukturprüfungen ausgesprochen sowie zur Vermeidung von Überschneidungen und Mehrfachprüfungen die Erstellung eines Registers angeregt, in dem jeweils die einmal überprüften Kriterien verzeichnet werden. Wir begrüßen, dass mit den vorgesehenen Regelungen diese Vorschläge aufgegriffen werden.

Weiterer Änderungsbedarf

Absicherung von Weiterbildungsverbänden

Die geplanten Strukturveränderungen werden auch spürbare Auswirkungen auf die Facharztweiterbildung haben, die in der Ausgestaltung der Reform mitbedacht werden müssen.

Eine starke Konzentration von Leistungsangeboten einerseits engt den Kreis der Weiterbildungsstätten ein, was zu Flaschenhälsen in der Facharztweiterbildung führen kann. Wenn andererseits die Facharztweiterbildung auch in den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgen soll und kann, werden Weiterbildungsinhalte nur anteilig erworben werden können.

Um die Facharztqualifikation in dem erforderlichen Umfang weiterhin zu gewährleisten, müssen die Möglichkeiten von Weiterbildungsverbänden gesetzlich gefördert und rechtlich abgesichert werden.

Zur Erlangung aller Weiterbildungsinhalte werden Ärztinnen und Ärzte an mehrere, unterschiedliche Weiterbildungsstätten wechseln müssen. Das hat – insbesondere außerhalb von Ballungszentren – Ortswechsel und den Abschluss von mehreren Arbeitsverträgen hintereinander zur Folge. Damit verbunden wären neben Unsicherheiten ein hoher administrativer Aufwand in Bezug auf die Sozial- und Rentenversicherung, da zum Beispiel die Befreiung von der Rentenversicherung für jedes Arbeitsverhältnis neu beantragt werden müsste.

Ziel muss es sein, dass der weiterzubildende Arzt/die weiterzubildende Ärztin grundsätzlich für den gesamten Zeitraum der Weiterbildung mit einer der am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten nur einen Arbeitsvertrag schließen muss, der insbesondere die vertragsgerechte Delegation des Arztes sowie Festlegungen bezüglich der Weiterbildungszeiten und -inhalte an anderen am Verbund teilnehmenden Weiterbildungsstätten enthält.

Ein Problem beinhaltet die arbeitsrechtliche Umsetzung bei mehreren Weiterbildungsstätten und einem Hauptarbeitgeber. Hier ist eine erlaubnis- und kostenpflichtige Arbeitnehmerüberlassung ein Hindernis. Um eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu ermöglichen, bedarf es einer speziellen Regelung zur Arbeitnehmerüberlassung während der Zeiten der ärztlichen Weiterbildung analog zum Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG), welches ebenfalls eine Ausnahme von der üblichen Norm für den speziellen Bereich der ärztlichen Weiterbildung darstellt.

Änderungsvorschläge:

Nach Artikel 6 Einfügung Artikel 6a und 6b

Artikel 6a

Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz – AÜG)

"Arbeitnehmerüberlassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Februar 1995 (BGBl. I S. 158), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist.

§ 1 Arbeitnehmerüberlassung, Erlaubnispflicht

Einfügung eines Absatz 1c NEU:

Die Entsendung von Arbeitnehmern zum Zwecke der Facharztweiterbildung an eine andere Weiterbildungsstätte ist keine Arbeitnehmerüberlassung, wenn die Entsendung im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes an die am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten erfolgt.

Artikel 6b

Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG)

"Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 742), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist."

§ 1 Befristung von Arbeitsverträgen

Einfügung eines Absatz 8 NEU:

Rotationen des zur Weiterbildung beschäftigten Arztes im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes unterliegen nicht der erlaubnispflichtigen Arbeitnehmerüberlassung (§ 1 AÜG) der am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten. Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz findet auf die Entsendung keine Anwendung.

Katastrophenschutz – Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten

Der gesundheitliche Schutz der Bevölkerung vor Katastrophen und kriegsbedingten Gefahren muss bei einer Umstrukturierung, insbesondere bei einer Konzentration der Krankenhauslandschaft mitbedacht werden. In jedem Krankenhaus sind Strukturen vorhanden, die nicht an anderen Standorten zum Einsatz kommen können, wie beispielsweise Operationssäle oder Raumluftechnik. Vor jedem Abriss eines Krankenhausstandortes muss überprüft werden, ob auch unter Berücksichtigung des Katastrophenschutzes auf diese Ressource verzichtet werden kann.