



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
in der Fassung vom 13.03.2024

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 29. April 2024

Der Marburger Bund begrüßt, dass mit dem Referentenentwurf die lang angekündigte Krankenhausreform auf den parlamentarischen Weg gebracht und die erforderliche Beteiligung der betroffenen Akteure ermöglicht wird.

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.

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit der Krankenhausreform werden laut Referentenentwurf drei zentrale Ziele verfolgt:

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

Der Marburger Bund hat erhebliche Zweifel, ob diese Ziele mit den vorgelegten Maßnahmen erreicht werden können.

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 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. Es steht zu befürchten, dass sich dies solange fortsetzt, bis die Reform tatsächlich Wirkung entfaltet, und auf diesem Weg bedarfsnotwendige Strukturen verloren gehen werden.

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 Referentenentwurf 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-Casemixindex) 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 Referentenentwurf 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.

Die Festlegung der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien muss mit dem Gesetzesvorhaben erfolgen und kann nicht, wie vorgesehen, in eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung aus- und nachgelagert werden. Die Normgebung ist eine der Kernaufgaben der Legislative. Das gilt umso mehr, als es sich bei den Leistungsgruppen um das zentrale Element der geplanten Reform handelt, nach denen sich zukünftig die Krankenhausplanung und die Vergütung der Krankenhausleistungen bestimmen soll.

Die weitergehende Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen lehnen wir ab. 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. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Mit den weiteren Vorgaben droht aus unserer Sicht ein Großversuch mit ungewissem Ausgang für eine bedarfsgerechte flächendeckende Krankenhausversorgung.

Zudem würden die Bundesländer in ihrer Planungshoheit extrem eingeschränkt. Völlig unerfindlich ist schließlich, wie die Planungsbehörden den Konzentrationsprozess nachvollziehen sollen und können.

Personalbedarf und Qualifizierung

Die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Tätigkeit und die Facharztweiterbildung sind im Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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.

Die aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung ist eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und damit für das Erreichen einer der Ziele der Reform. Die geplanten Leistungsgruppen enthalten diesbezüglich bundeseinheitliche Qualitätskriterien auch hinsichtlich Quantität und Qualifikation des ärztlichen Personals, die zum Teil nicht realisierbar sind. Die geforderten Fachärzte, gerade für die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen, sind gar nicht in ausreichender Zahl vorhanden.

Die Anforderungen für eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten in einer Leistungsgruppe werden derart detailliert vorgegeben, dass dies zu noch mehr Prüfungen des Medizinischen Dienstes und zu noch mehr Bürokratie in den Krankenhäusern führen wird. Diese fünf Leistungsgruppen bereits im Gesetz so detailliert vorzugeben, ist definitiv nicht sinnvoll und sollte komplett gestrichen werden; alternativ regen wir an zu prüfen, Empfehlungen für diese Leistungsgruppen in dem zu bildenden Ausschuss entwickeln zu lassen.

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) muss in der vorliegenden Reform in allen Abteilungen verbindlich eingesetzt 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.

Wenn die Facharztweiterbildung auch in den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgen soll und kann, werden Weiterbildungsinhalte nur anteilig erworben werden können.

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 in der Kommentierung von Einzelregelungen des Referentenentwurfes.

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 Referentenentwurf, 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 spricht 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 Referentenentwurf 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 66 ff.) über 24 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 Referentenentwurf 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.

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 Referentenentwurf 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 fragen uns, was dieses Gesetz nutzt, wenn die entscheidenden Regelungen nur per Rechtsverordnung mit Zustimmung der Bundesländer eingeleitet und umgesetzt werden können.

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.

Zusammenfassung der generellen Kritikpunkte:

- 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 Referentenentwurf nicht mitbedacht.
- Die ärztlichen Personalvorgaben in den fünf neuen Leistungsgruppen und als Bemessungsgrundlage für die Mindestvorhaltezahlen sind unrealistisch und praxisfern.
- Mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung 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 und Thüringen sind bislang noch keine Anpassungen der Landeskrankenhausgesetze erfolgt.
- Der Referentenentwurf 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.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen:

Vorhaltefinanzierung

- **Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)**
- **Einführung Vorhaltevergütung (§ 17b Abs. 4b und 4c KHG)**
- **Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung (§ 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.

Der vorliegende Referentenentwurf skizziert mit den vorgenannten Regelungen lediglich den Rahmen einer Vorhaltefinanzierung und delegiert die weitere Ausgestaltung weitgehend an das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) oder die Selbstverwaltungspartner auf der Ortsebene.

Wir wiederholen unsere grundsätzliche Kritik, dass eine solche Vorhaltefinanzierung nicht der ursprünglichen Zielsetzung entspricht.

Zu einer Finanzierung tatsächlich notwendiger Vorhaltekosten im individuellen Krankenhaus besteht kein Bezug. Weder die Verteilung der Vorhaltefinanzierung noch die Auszahlung an die Krankenhäuser ist fallzahlunabhängig gestaltet.

Wir plädieren dafür, die geplanten Regelungen gänzlich zu überarbeiten und eine fallzahlunabhängige Systematik zu entwickeln. Vorschläge dazu liegen von mehreren Verbänden vor.

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 auf Nachweis gegenfinanziert werden.

Leistungsgruppen als Planungs- und Abrechnungsgrundlage

- **Einführung von Leistungsgruppen (§ 135e SGB V)**
- **Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)**
- **Zuweisung von Leistungsgruppen (§ 6a KHG)**
- **Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose (§ 40 KHG)**
- **Abrechnungsausschluss (§ 8 Abs. 4 KHEntgG)**

Einführung von Leistungsgruppen (§ 135e SGB V)

Die im Referentenentwurf vorgenommene Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen (Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie Notfallmedizin), die Ergänzung der NRW-Qualitätskriterien um neue Mindestvorhaltezahlen, die deutliche Erhöhung der Zahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sind nicht erfüllbar und in ihren Auswirkungen auf die derzeitigen Versorgungsstrukturen nicht abzuschätzen.

Selbst mit einer Übergangszeit lassen sich die Personalvorgaben für viele Krankenhäuser nicht erreichen, was wir am Beispiel der neuen Leistungsgruppe Notfallversorgung verdeutlichen möchten:

Personalvorgaben Notfallversorgung (Anlage 2)

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 2020 nahmen 1077 Krankenhäuser an der gestuften stationären Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V teil (649 Stufe I; 264 Stufe II und 164 Stufe III).

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

§ 135e Absatz 3

Die Erarbeitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung soll nach dem Referentenentwurf ein neues Gremium ausarbeiten. Dieser Ausschuss soll mit Vertretern des GKV-Spitzenverbands, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe 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.

Auf die Möglichkeit, ÄPS-BÄK als Entscheidungskriterium bei der Zuteilung von Leistungsgruppen anzuwenden, weist der Referentenentwurf 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, sollten bedarfsgerechte Personalvorgaben verpflichtend einbezogen werden müssen. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage.

§ 135e Absatz 4

In § 135f Absatz 4 SGB V wird eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung normiert. Danach ordnet die Nummer 2 übergangsweise die Geltung der durch Nordrhein-Westfalen normierten Qualitätskriterien für die 60 somatischen Leistungsgruppen an. Nicht vom Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 umfasst sind die Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen richte sich dabei nach § 21 Absatz 3c KHEntgG, heißt es in der Begründung (Seite 107 f.).

Wie eingangs ausgeführt, begrüßen wir die Festlegung der Leistungsgruppen auf der Grundlage der in Nordrhein-Westfalen mit dem Krankenhausplan 2022 am 27. April 2022 eingeführten Leistungsgruppen. Wir gehen davon aus, dass die Bezugnahme auf die NRW-Leistungsgruppen nicht nur die Anzahl der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien, sondern auch eine entsprechende Übernahme der Systematik der Fallzuordnung zu den Leistungsgruppen umfasst.

Mindestvorhaltezahlen und Ausnahmeregelungen (§ 135f SGB V)

Neben Qualitätskriterien sollen zur qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung in Krankenhäusern auch Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gelten. Mindestvorhaltezahlen sind laut Referentenentwurf 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.

Grundsätzlich sollen laut Gesetzesentwurf die NRW-Vorgaben gelten. Welchen Sinn haben dann die Mindestvorhaltezahlen mit abweichenden Personalvorgaben?

Die praktische und zeitliche Umsetzung solcher Mindestvorhaltezahlen sehen wir kritisch. Entsprechende Festlegungen müssten für alle Leistungsgruppen erfolgen.

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 Referentenentwurf vorsieht.

Sowohl die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V als auch die Mindestvorhaltezahlen für Krankenhausbehandlungen 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.

Absatz 4: Ausnahmeregelung

Für die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen sollen nach Absatz 4 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. § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelte entsprechend. Maßgeblich sei laut Begründung, ob ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, innerhalb der vorgesehenen PKW-Fahrtzeitminuten flächendeckend erreichbar ist. Für die Leistungsgruppen 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.

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.

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.

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 Prozent 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 Referentenentwurfes.

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 2
- 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)**
- **Medizinisch- pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 115h SGB V)**
- **Hausärztliche Institutsambulanz (§ 116a Abs. 3 SGB V)**
- **Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (§ 6b KHG)**
- **Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sein (§ 6c KHEntgG)**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind laut Referentenentwurf 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 die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue Versorgungsform etabliert (§ 115h SGB V) sowie 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 § 6b KHG aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.

Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115 h SGB V 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 § 6b 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.

Änderungsvorschlag § 115g Absatz 1 SGB V

(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen. ***Diese Einrichtungen müssen die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen.***

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.

Medizinisch-pflegerische Versorgung (§ 115h SGB V neu)

Aus der Regelung ergibt sich kein Anspruch der Versicherten auf eine medizinisch-pflegerische Versorgung. Sollen Versicherte auf die Verordnung einen Anspruch haben, oder liegt die Verordnung im ärztlichen Ermessen?

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 Referentenentwurfes.

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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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.

Weiterbündungsverbände fördern und rechtliche Hürden beseitigen

Problem der Arbeitnehmerüberlassung

Wenn die Facharztweiterbildung auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgen soll und kann, werden Weiterbildungsinhalte nur anteilig erworben werden können. Zur Erlangung aller Weiterbildungsinhalte werden Ärztinnen und Ärzte an mehrere, unterschiedliche Weiterbildungsstätten wechseln müssen. Hierzu müssten aus unserer Sicht die Möglichkeiten von Weiterbündungsverbänden gesetzlich gefördert und rechtlich abgesichert werden.

Wünschenswert wäre, 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. In berufsrechtlicher Hinsicht haben die Ärztekammern Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen in ihren Weiterbildungsordnungen entsprechende Grundlagen bereits verankert.

Ein Problem ist allerdings die arbeitsrechtliche Umsetzung bei mehreren Weiterbildungsstätten und einem Hauptarbeitgeber. Hier wäre eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung ein Hindernis.

Ein Lösungsansatz wäre die Schaffung einer Ausnahme von der Erlaubnispflicht in § 1 des **Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG)**.

Zumindest aber könnte im **Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung** (ÄArbVtrG) eine Ausnahme geschaffen werden:

§ 4 Absatz 8 ÄArbVtrG 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.

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

Entbürokratisierung

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

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen (§ 275a SGB V)

Mit der Regelung erfolgt eine Neufassung des § 275a zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen. Die Neufassung dient der Entbürokratisierung sowie Vereinheitlichung der bestehenden Prüfungen nach den derzeitigen §§ 275a (Qualitätskontrollen) und 275d (Strukturprüfungen) einerseits und den neuen Prüfungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e andererseits.

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

Der gesundheitliche Schutz der Bevölkerung vor Katastrophen und kriegsbedingten Gefahren muss bei einer Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft mitbedacht werden. Dies betrifft insbesondere die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten. Die dazu notwendigen Ressourcen und Kapazitäten müssen eingeplant und finanziert werden.