



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der
Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
(Bearbeitungsstand: 13.03.2024)

Berlin, 30.04.2024

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Kurzbewertung des Gesetzentwurfs

Die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Absicht einer grundlegenden Krankenhausreform in Deutschland ist aus Sicht der Bundesärztekammer zu unterstützen. Der Referentenentwurf enthält dafür in einigen Punkten richtige Ansätze.

Eine umfassende Reform kann jedoch nur gelingen, wenn Bund und Ländern sie gemeinsam umsetzen und dabei den Sachverstand der Ärzteschaft und der weiteren Akteure des selbstverwalteten Gesundheitswesens einbinden. Diesem Anspruch wird der vorgelegte Referentenentwurf nicht gerecht.

Der Referentenentwurf verfehlt zudem in wesentlichen Punkten die selbstgesteckten Ziele von Qualitätsverbesserung, Entbürokratisierung und Sicherung der flächendeckenden Versorgung.

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

Deswegen hält die Bundesärztekammer an vielen Stellen Änderungen am Referentenentwurf für erforderlich. Die Bundesärztekammer steht bereit, den ärztlichen Sachverstand in den weiteren Reformprozess einzubringen, um eine dauerhaft tragfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und mitarbeitergerechten Krankenhausversorgung in Deutschland zu gewährleisten.

Ausgangslage und Zielbild einer Reform aus Sicht der Bundesärztekammer

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

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

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

Strukturell muss die Reform zu mehr Aufgabenteilung und Kooperation unter den Krankenhäusern, zu mehr Konzentration in der Spezialversorgung und zugleich zu einer nachhaltigen Stabilisierung der flächendeckenden Grundversorgung führen. Im Flächenstaat Deutschland dürfen dünn besiedelte Regionen nicht von der Versorgung abgekoppelt werden. Dort müssen gleichwertige Lebensverhältnisse gewährleistet bleiben.

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

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

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

Bewertung wesentlicher Inhalte des Referentenentwurfs

Der Referentenentwurf benennt drei zentrale Ziele der Krankenhausreform: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung sowie Entbürokratisierung. Damit werden zwar Gesichtspunkte genannt, die auch aus Sicht der Bundesärztekammer von großer Bedeutung sind (vgl. 2.). Es wird jedoch kein umfassendes Zielbild beschrieben. Der Referentenentwurf enthält eine Reihe positiver Ansätze, wird im Ganzen jedoch weder den selbstgesteckten Zielen noch den aus ärztlicher Sicht weiteren wesentlichen Anforderungen ausreichend gerecht:

Bürokratiefolgen

Der Gesetzentwurf enthält einige bürokratiebegrenzende Maßnahmen (z. B. Einrichtung einer Datenbank zur Vermeidung von Doppelprüfungen durch die Medizinischen Dienste [§ 283 Abs. 5 SGB V], Abschaffung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren [§ 136c SGB V], Übergang von Einzelfallprüfungen zu Stichprobenprüfungen [§ 17c KHG]), die ausdrücklich zu begrüßen sind. Im Ganzen würde der Referentenentwurf aber zu einem weiteren Bürokratieranstieg führen (vgl. die Auflistung unter VI. Nr. 4 der Begründung des Gesetzentwurfs). Die **Einführung der Vorhaltefinanzierungssystematik bei gleichzeitiger Beibehaltung der komplexen DRG-Fallpauschalenregularien lässt eine weitere Steigerung der Komplexität der Betriebsmittelfinanzierung erwarten**. In Verbindung mit den Vorgaben des Krankenhaustransparenzgesetzes verfehlt der Referentenentwurf damit insgesamt das selbstgesteckte Ziel der Entbürokratisierung und

nimmt hin, dass wertvolle Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen der weiteren Berufsgruppen zulasten der Patientenversorgung auf bürokratische Aufgaben verwendet werden muss.

Leistungsgruppensystematik

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es zu begrüßen, dass die Reform zunächst von den in Nordrhein-Westfalen – im Einvernehmen mit den Landesärztekammern, der Krankenhausgesellschaft, der GKV und der weiteren Beteiligten – entwickelten Leistungsgruppen ausgehen soll. Dies muss im Gesetz nicht nur mit Blick auf die Qualitätsanforderungen (§ 135e Abs. 4 SGB V), sondern auch für die Fallzuordnung („Grouper“) klargestellt werden. Denn für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend auf die Frage an, welche Fälle durch die Leistungsgruppenzuordnung den Krankenhäusern konkret entweder zugewiesen oder entzogen werden.

Es ist sachgerecht, dass der Referentenentwurf eine – auch aus Sicht der Bundesärztekammer wünschenswerte – **Ergänzung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik in einem Ausschuss** vorsieht (§ 135 e Abs. 3 SGB V), in dem die Bundesärztekammer sowie weitere Akteure der Selbstverwaltung mitwirken sollen. Wesentlich ist, dass sich die **Arbeit dieses Ausschusses nicht nur auf die Qualitätskriterien, sondern auch auf die Fallzuordnung der Leistungsgruppen bezieht**. Die Beratung im Ausschuss wird dann eine sachgerechte Weiterentwicklung der Leistungsgruppen ermöglichen.

Es ist hingegen **nicht nachvollziehbar**, dass der Referentenentwurf im Vorgriff auf diese Beratungen bereits **Änderungen an den Berechnungsregeln für die Mindestfacharztzahlen der Leistungsgruppen** vorgibt, die im Übrigen nicht sachgerecht sind und zu Problemen in der flächendeckenden Grundversorgung führen können. Dies gilt in gleicher Weise für die **Qualitätskriterien der fünf weiteren geplanten Leistungsgruppen** (Anlage 2 des Referentenentwurfs).

Der Referentenentwurf lässt einerseits offen, welche Fälle diesen neuen Leistungsgruppen zugeordnet werden sollen und gibt andererseits **Mindestvorgaben für Facharztzahlen** vor, die **aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar sind und mindestens zum Teil nicht erreicht werden können**. Damit drohen kritische Auswirkungen des Gesetzes gerade in so sensiblen Bereichen wie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, von Schwerstverletzten, Infektionspatienten und in der Notfallversorgung.

Beispielhaft hat die Landesärztekammer Hessen die Qualitätsanforderung für die Leistungsgruppe Notfallmedizin auf ihre Realisierungsmöglichkeit geprüft:

- Danach müssen mindestens 5 Fachärztinnen und -ärzte in einer Notaufnahme mit mindestens 80 Prozent Vollzeitäquivalent tätig sein, von denen wiederum mindestens 3 über die Zusatzweiterbildung (ZWB) Klinische Akut- und Notfallmedizin verfügen.

- Mitte März verzeichnete die Landesärztekammer Hessen 142 stationär tätige Kammermitglieder mit dieser ZWB, die an 62 Kliniken tätig waren. Von diesen 62 Kliniken sind wiederum nur in 18 Kliniken ≥ 3 Ärztinnen und Ärzte mit dieser ZWB tätig. Ob diese Ärztinnen und Ärzte in einer Notaufnahme oder einer anderen klinischen Abteilung tätig sind, lässt sich zudem nicht feststellen. In den übrigen 44 Kliniken sind nur jeweils 1 oder 2 Mitglieder mit dieser ZWB tätig.
- In Hessen gibt es jedoch aktuell 87 Standorte mit Notfallversorgung. Damit wäre Hessen nicht in der Lage, die geforderten fachärztlichen Qualifikationen zu erfüllen.
- Rein rechnerisch bräuchte Hessen für 87 Standorte 261 Ärztinnen und Ärzte mit dieser ZWB. 119 weitere Ärztinnen und Ärzte müssten innerhalb kürzester Zeit (die vorgegebene Weiterbildungszeit beträgt 24 Monate unter Leitung eines Weiterbildungsbefugten an einer Stätte) weitergebildet werden und dies an Häusern mit mindestens 3 Inhabern der ZWB.
- Aktuell verteilen sich die 20 Weiterbildungsbefugten auf 19 Klinikstandorte, so dass diese mindestens 6,2 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gleichzeitig beschäftigen müssten, um das Bundesland Hessen schnellstmöglich zur „qualifizierten“ Notfallbehandlung zu befähigen. In der Realität sind zumeist nicht mehr als zwei weiterzubildende Fachärztinnen und -ärzte in einer Zentralen Notaufnahme angestellt, d. h., dass realistisch frühestens 2030 die notwendige Zahl an Fachärztinnen und -ärzten zur Verfügung stünde.

Es ist davon auszugehen, dass sich die hier gezeigten Probleme auch in anderen Bundesländern ergeben.

Darüber hinaus wirft die Absicht, die Leistungsgruppensystematik um Mindestfallzahlen zu erweitern („Mindestvorhaltezahlen“, § 135f SGB V) und für die „Onkochirurgie“ weitere Anforderungen zu stellen (§ 40 KHG i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntG), eine ganze Reihe von fachlichen und rechtlichen Fragen auf und birgt Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform.

Das Gesetz sollte deswegen **keine Regelungen zur Berechnung der Mindestfacharztzahlen, zur Fallzuordnung und Qualitätsanforderungen für die geplanten fünf weiteren Leistungsgruppen, für Mindestvorhaltezahlen oder die Onkochirurgie enthalten.** Das Gesetz sollte **stattdessen** vorsehen, dass **diese Fragen durch den „Leistungsgruppenausschuss“ nach § 135e Abs. 3 zu beraten** sind und auf dieser Grundlage Teil der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 2 werden.

Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung

Die absehbaren Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung sind bisher im Referentenentwurf **nicht ausreichend berücksichtigt.** Dabei ist die **ärztliche Weiterbildung die zentrale Voraussetzung dafür, dass auch in Zukunft genügend gut qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen.**

Die Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik auf die ärztliche Weiterbildung sind komplex und müssen differenziert betrachtet werden. Je nach Ausgestaltung kann daraus sowohl eine Stärkung als auch eine empfindliche Schwächung der ärztlichen Weiterbildung resultieren.

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

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

Wenn die Leistungsgruppenplanung zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führt, **muss auf eine verstärkte Kooperation von Krankenhäusern**, die solche Versorgungsaufträge erhalten, mit anderen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen der Patientenversorgung in der ärztlichen Weiterbildung **hingewirkt werden**. Dabei sind auch arbeits- und steuerrechtliche Fragen (z. B. Arbeitnehmerüberlassung) in den Blick zu nehmen. Die **ärztliche Weiterbildung muss außerdem künftig im stationären wie im ambulanten Bereich ausreichend und angemessen finanziert werden.**

Ärztliche Personalausstattung

Eine stabile und qualitativ hochwertige Versorgung hängt entscheidend von der ärztlichen Personalausstattung ab. Die aktuell in den Leistungsgruppen nach dem NRW-Modell vorgegebenen Facharztzahlen sollen die fachärztliche Rufbereitschaft (sogenannter „Hintergrunddienst“) auf einem Mindestlevel sichern. Sie dürfen nicht mit einer Bemessung der insgesamt erforderlichen ärztlichen Personalausstattung verwechselt oder vermischt werden, zu der Fachärztinnen und Fachärzte, aber auch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung gehören.

Zur Bestimmung einer aufgaben- und patientengerechten ärztlichen Personalausstattung auf Ebene von Abteilungen oder Leistungsgruppen hat die Bundesärztekammer ein ärztliches Personalbemessungsinstrument entwickelt.

Dieses Personalbemessungsinstrument ist **nicht nur** – wie im Referentenentwurf – **in der Gesetzesbegründung zu nennen, sondern im Gesetzestext selbst zu verankern.**

Denn für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen, für krankenhausplanerische Auswahlentscheidungen und auch als Basis für eine verlässliche Refinanzierung der aufgaben- und patientengerechten ärztlichen Personalausstattung ist ein verbindlicher Maßstab erforderlich.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können in der richtigen Ausgestaltung ein wichtiger Beitrag zu einer sektorenverbindenden Versorgung sein. Beispielsweise könnten dort Patientinnen und Patienten versorgt werden, die nach einem ambulanten Eingriff noch Unterstützung benötigen.

Auch könnten Ressourcen geschont und größere Kliniken durch Verlegung von Patientinnen und Patienten in diese Einrichtungen entlastet werden, wenn z. B. zur Fortführung der eingeleiteten Therapie das komplette Leistungsspektrum eines Maximalversorgers nicht mehr benötigt wird.

All dies setzt aber **klare Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung** einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung voraus. Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch darauf zu wissen, was für eine Ausstattung sie in einer solchen Einrichtung erwarten dürfen.

Wenn der Referentenentwurf auf die Vorgaben des SGB V verweist, die für ein Krankenhaus gelten (gemäß § 107 Abs. 1 SGB V unter anderem: „jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal“) steht dies in einem Spannungsverhältnis zu anderen Vorgaben des Referentenentwurfs, die offenbar nicht von einer kontinuierlichen ärztlichen Präsenz und – mit Blick auf die sogenannte medizinisch-pflegerische Versorgung – nicht einmal von einer umfassenden ärztlichen Leitung ausgehen. Der Verweis auf noch zu treffende Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, § 115g Abs. 3 und § 115h Abs. 3 SGB V) reicht an dieser Stelle nicht aus.

Kritisch anzumerken ist, dass **bei der weiteren Ausgestaltung und bei der Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine Beteiligung der Bundesärztekammer** (§ 115g Abs. 3 und § 115 h Abs. 3 SGB V) **und** auch keine Einbeziehung der **Landesärztekammern** bei den konkreten Standortentscheidungen (§ 6b KHG) **vorgesehen** ist. **Angesichts der Rolle der Ärztekammern als sektorenübergreifende Vertretung der Ärzteschaft und im Hinblick auf die offenen Fragen, wie ärztliche Weiterbildung unter diesen Bedingungen gelingen kann, fordert die Bundesärztekammer eine solche Beteiligung.**

Es bleibt in diesem Zusammenhang **fraglich, wie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** angesichts der begrenzten Personalressourcen der Krankenhäuser **die ihnen neu zgedachte Rolle in der hausärztlichen Versorgung** (§ 116a Abs. 3 SGB V) **wahrnehmen sollen.**

Unabhängig davon erwarten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu Recht, dass die durch langjährige politische Versäumnisse entstandenen Versorgungsprobleme im ambulanten Bereich nicht durch einen (kaum realistischen) Ersatz durch Krankenhäuser überdeckt werden. **Erforderlich ist unverändert eine substanzielle Stärkung der originären haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung.**

Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf in der Begründung den sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (früher Level-II-Kliniken) eine **besondere Rolle für die allgemeinmedizinische Weiterbildung** zuweist (Begründung zu § 116a Abs. 3 SGB V). Dieser umfassenden Rolle **können die sektorenübergreifenden Einrichtungen nicht gerecht werden.**

Diese Einrichtungen können zwar voraussichtlich einen Beitrag zur ärztlichen Weiterbildung leisten, es ist jedoch relevant, inwieweit dort ärztliche Weiterbildungsinhalte erworben werden können. Dies hängt wiederum vom konkreten Leistungsspektrum ab. Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte müssen im Rahmen ihrer Weiterbildung sowohl die originäre hausärztliche Versorgung in hausärztlichen Praxen oder MVZ als auch für eine gewisse Zeit eine (akut-)stationäre Versorgung in einem Krankenhaus kennenlernen, z. B. in Einrichtungen mit Teilnahme an der Notfallversorgung.

Auswirkungen auf die Behandlungsqualität

Das Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität ist begrüßenswert. Die Festlegung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität sowie Mindestvorhaltezahlen für die geplanten Leistungsgruppen können Wege dahin sein.

Der Einfluss der Qualitätsdimensionen Struktur und Prozess auf die Dimension der Ergebnisqualität ist allerdings weder geradlinig noch eindeutig. Eine evidenzbasierte Ableitung von Struktur- und Prozessvorgaben aus Leitlinien oder sonstigen Quellen wird nicht immer möglich sein.

Auch wird der notwendige Nachweis der Erfüllung von Mindestanforderungen im Sinne des Gesetzes unweigerlich eine Vielzahl neuer Datenflüsse und Meldefristen auslösen, es wird also weiterer Dokumentationsaufwand entstehen. Dies ist nur zu tolerieren, wenn an anderer Stelle im Gegenzug Bürokratie im mindestens gleichen Umfang abgebaut wird, etwa bei den Richtlinien des G-BA.

Betriebskostenfinanzierung und Vorhaltevergütung

Der Gesetzentwurf enthält einige Maßnahmen zur finanziellen Stärkung der Krankenhäuser. Dazu gehören die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen auch des ärztlichen Personals, die Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes und zusätzliche Förderungen für einzelne Versorgungsbereiche.

Im Ganzen wird jedoch die notwendige schnelle Stabilisierung bei der Betriebskostenfinanzierung verfehlt. Damit sind in den Ländern weiterhin Situationen zu befürchten, in denen versorgungsrelevante Krankenhäuser in finanzielle Schieflagen geraten, bevor die eigentliche Krankenhausreform überhaupt greifen kann.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich das mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung langfristig adressierte Ziel, einen maßgeblichen Sockel der Betriebsmittelfinanzierung unabhängig von der Fallzahl und dem damit verbundenen Fehlanreiz der Mengenausweitung zu garantieren.

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

Denn mit dem vorliegenden Entwurf können weder das Ziel der fallzahlunabhängigen Betriebsmittelfinanzierung noch eine weitgehende Ablösung der Fallpauschalensystematik erreicht werden. Sowohl die Vorhaltefinanzierung, die **Leistungsgruppensystematik als auch die Rest-DRGs bleiben unter einem Fallzahlbezug bzw. in Abhängigkeit des Case-Mix der jeweiligen Fachabteilung und Klinik.**

Die Gestaltung der Vorhaltevergütung ist deswegen – mindestens im Sinne der Weiterentwicklung – konzeptionell noch einmal grundlegend neu zu fassen. Leitend muss dabei der Gedanke sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. **Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern.** Für den ärztlichen Bereich ist dabei das ärztliche Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer zugrunde zu legen. Anstelle des im Referentenentwurf vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten. Dazu ist das System der Vorhaltevergütung auch nach einer ersten Einführung im Sinne eines lernenden Systems fortzuentwickeln.

Investitionsförderung, Transformationsfonds

Mit Blick auf die Investitions- und Transformationskosten ist der angekündigte Fonds in der Höhe von 50 Mrd. EUR (über 10 Jahre ab 2026, § 12b KHG) zu begrüßen. Die **tatsächlichen Transformationskosten einer großen Krankenhausreform dürften** allerdings **deutlich höher liegen**, insbesondere wenn auch die dringend notwendigen Investitionen für Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen und für die IT-Entwicklung und die Gewährleistung der Cybersicherheit berücksichtigt werden.

Eine **Finanzierung des Bundesanteils aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung steht allerdings nicht im Einklang mit dem Grundsatz, dass diese Mittel für die Betriebskostenfinanzierung und nicht für Investitionskosten bestimmt sind.**

Die Bundesärztekammer hält es für richtig, dass Bund und Länder die Transformationskosten der Reform gemeinsam tragen, und spricht sich dazu für eine **ergänzende Steuerfinanzierung, entweder unmittelbar aus Bundesmitteln oder aber in Form von Steuerzuschüssen an den Gesundheitsfonds**, aus, um entsprechende Beitragserhöhungen (z. B. der Zusatzbeiträge) in der gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden zu können. Zudem ist absehbar, dass eine Überlastung des Gesundheitsfonds ggf. zu Einschnitten in der Versorgung in anderen Bereichen führen könnte.

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Der Bund greift mit dem Gesetzentwurf faktisch tief in die Zuständigkeit der Bundesländer für die Festlegung der Krankenhausstrukturen ein. Die **Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten der Länder mit Blick auf regionale Besonderheiten und Versorgungserfordernisse werden damit deutlich eingeschränkt.** Die den Ländern schematisch eröffnete Möglichkeit, unter bestimmten Erreichbarkeitsvoraussetzungen

Ausnahmen zuzulassen (§ 6a Abs. 2 KHG), kann diese Effekte nicht sachgerecht ausgleichen. Die **Erreichbarkeitskriterien** (30 bzw. 40 Minuten; § 6a Abs. 2 KHG) sind außerdem im Gesetzestext – auch unter Berücksichtigung des Verweises auf die G-BA-Regelungen in der Begründung – **zu unklar gefasst und mit Blick auf die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend differenziert.**

Folgenabschätzung und Auswirkungsanalyse

Eine grundlegende Krankenhausreform bedarf einer **sorgfältigen Folgenabschätzung, bevor durchgreifende Veränderungen vorgenommen werden.** Die im Referentenentwurf **vorgesehenen Evaluationen kommen** insoweit **zu spät.** Es erscheint u. a. **fraglich, ob die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und die Existenzsicherung kleiner Kliniken mit dem vorliegenden Referentenentwurf erreicht werden kann.**

Die zuletzt von Mitgliedern der Regierungskommission skizzierten Möglichkeiten einer Auswirkungsanalyse weisen ausweislich der Ausführungen der Autoren noch zahlreiche Unschärfen und methodische Beschränkungen auf. Sie sind daher unter Einbeziehung der Bundesärztekammer und der weiteren Partner in der Selbstverwaltung fortzuentwickeln.

Angesichts der Tragweite der geplanten Reform ist ein **Monitoring auch im Verlauf der Reform** unerlässlich. Dieses sollte sowohl Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und die Flächendeckung der medizinischen Versorgungsangebote als auch auf die finanzielle Situation und Entwicklung der Kliniken in den Blick nehmen.

Unter der gemeinsamen getragenen Prämisse eines in Zukunft „lernenden Systems“ sollten **Zwischenergebnisse dieser Analyse zeitnah (jährlich) u. a. als Basis für die Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung, der Rest-DRG-Systematik sowie der Leistungsgruppen** zur Verfügung stehen.