

Stellungnahme
zum Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes
(KHAG)

I. Vorbemerkung und Hinweise zum BBMV

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) vertritt Unternehmensgruppen, die bundesweit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen betreiben und damit einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland leisten. Unsere Mitglieder sind MVZ-Gruppen mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern, die sich für eine breite Trägervielfalt sowie die bestmögliche Versorgungsqualität im ambulanten Bereich einsetzen. Aktuell vereint der BBMV 25 Mitgliedsunternehmen aus dem Bereich der Humanmedizin, die über 1.300 MVZ mit mehr als 3.300 angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie über 21.000 Mitarbeitenden betreiben. Vor diesem Hintergrund begrüßt der BBMV ausdrücklich das Bestreben des KHAG, die in der letzten Legislaturperiode begonnene Krankenhausreform mit ihrem Ansinnen der verstärkten Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen zu optimieren und dabei gerade auf die positiven Einflüsse von und Kooperationsmöglichkeiten mit gegebenen ambulanten Strukturen zu setzen.

II. Zustimmung zu den Zielen des Gesetzentwurfs und Ergänzungsvorschläge

1. Grundsatzzustimmung

Wir begrüßen ausdrücklich das Ziel des KHAG, die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossene Krankenhausreform praxisnah weiterzuentwickeln und die nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Patientenversorgung zu gewährleisten. Die vorgesehenen Anpassungen – etwa die Erweiterung von Ausnahmeregelungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die Stärkung kooperativer Versorgungsmodelle sowie die

Umgestaltung der Finanzierung des Transformationsfonds – bewertet der BBMV positiv. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Umsetzbarkeit der Reform im Alltag zu verbessern und auftretende Versorgungslücken zu vermeiden. Aus Sicht des BBMV ist es besonders wichtig, ambulante und stationäre Versorgung stärker verzahnt zu denken und die Interdependenzen beider Sektoren in den Mittelpunkt zu stellen.

Wir sehen aber in Bezug auf die mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen des KHAG auf die ambulante Versorgungslandschaft noch Optimierungspotenzial. Im Folgenden möchten wir durch Hinweis auf zentrale Punkte unterstützen und damit zugleich zu ausgewählten Aspekten des Referentenentwurfs Stellung nehmen.

2. Berücksichtigung der ambulanten Versorgung in der Krankenhausplanung

Aus Sicht des BBMV muss die ambulante Versorgungsstruktur bei allen krankenhausplanerischen Entscheidungen systematisch mitgedacht werden. Wir regen an, gesetzlich festzuschreiben, dass die Krankenhausplanungsbehörden bei Strukturentscheidungen die Auswirkungen auf die ambulante Versorgung vor Ort zu berücksichtigen haben. Die Sicherstellung einer umfassenden Patientenversorgung hängt maßgeblich auch vom Erhalt der durch Krankenhäuser betriebenen ambulanten Strukturen ab. Gerade kleinere Grund- und Regelversorger haben in den vergangenen Jahren MVZ gegründet und so die ambulante Versorgung in ihrem Einzugsgebiet maßgeblich unterstützt.

Fällt ein solcher Krankenhausstandort weg oder wird sein Leistungsumfang erheblich eingeschränkt, drohen Versorgungslücken, weil gleichzeitig die von diesem Krankenhaus gegründeten MVZ in ihrem Bestand gefährdet werden. Doppelstrukturen in der Region sollten zwar vermieden werden, doch darf die Konzentration stationärer Angebote nicht dazu führen, dass ganze Landstriche ambulant unterversorgt werden. Krankenhausplanung und Bedarfsplanung der

ambulanten Versorgung müssen daher verzahnt gedacht werden. Wo immer stationäre Kapazitäten abgebaut oder neu ausgerichtet werden, ist frühzeitig zu prüfen, wie die ambulante Weiterbetreuung der Bevölkerung sichergestellt werden kann – etwa durch den Erhalt oder Ausbau von MVZ-Strukturen.

3. **Aufhebung der Gründungsbeschränkungen für MVZ**

Der BBMV spricht sich dafür aus, die derzeit bestehenden Beschränkungen für die Gründung und den Betrieb von MVZ aufzuheben. Nach geltendem Recht dürfen MVZ nahezu ausschließlich von zugelassenen Leistungserbringern – insbesondere Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 SGB V – gegründet werden. Diese enge Begrenzung des Gründerkreises hat dazu geführt, dass die ambulante Versorgung in vieler Hinsicht von Krankenhausträgern abhängig geworden ist. In einigen Fällen wurden Krankenhäuser in der Vergangenheit allein deshalb weiterbetrieben, um angebundene MVZ-Strukturen aufrechtzuerhalten, obwohl aus rein stationärer Sicht eine Schließung oder Umwandlung des Krankenhauses geboten gewesen wäre. Eine solche Konstellation verdeutlicht, dass die Gründungsbefugnis für MVZ von Eigenschaften des Trägers entkoppelt werden sollte.

Aus unserer Sicht sollte die Zulassung eines MVZ ausschließlich an Qualitätskriterien, den Versorgungsbedarf und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des MVZ ausgerichtet sein – nicht an der Rechtsform oder Identität des Trägers. Solange ein MVZ die Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung erfüllt und zum Patientenwohl beiträgt, ist es unerheblich, ob sein Träger ein Krankenhaus, eine Ärzteguppe oder ein nicht-ärztlicher Investor ist. Die gegenwärtige Gründerbeschränkung stellt einen ungerechtfertigten Marktzutrittsfilter dar und behindert eine dynamische Weiterentwicklung innovativer Versorgungsformen. Negative Auswirkungen der Trägervielfalt auf die Versorgungsqualität sind hingegen bis heute nicht belegt; im Gegenteil haben MVZ im Rahmen unterschiedlichster Trägerschaften ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Eine Aufhebung

der Gründungsbeschränkungen würde die ambulante Versorgung stärken, neue Investitionen und Kooperationen ermöglichen und die beschriebene Abhängigkeit der MVZ von Krankenhausstrukturen entkoppeln.

4. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und MVZ

Der BBMV begrüßt ausdrücklich die im Zuge der KVHHG-Reform geschaffene Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V einzurichten. Diese neuen Einrichtungstypen können – insbesondere in ländlichen Räumen – einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie eine Grundversorgung mit ausgewählten stationären Leistungen sicherstellen und zugleich ambulante Behandlungsangebote vorhalten. Allerdings muss gewährleistet sein, dass ein Krankenhaus, das in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung umgewandelt wird, seine Funktion als Träger ambulanter Versorgung nahtlos fortführen kann. Insbesondere darf die Umwidmung eines Krankenhauses in eine sektorenübergreifende Einrichtung nicht dazu führen, dass diesem die bislang bestehende Befugnis zur MVZ-Gründung entzogen wird.

Wir regen daher – solange die Gründungsbeschränkungen für MVZ bestehen – jedenfalls für das KHAG an, klarzustellen, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V gelten und somit weiterhin zur Gründung und zum Betrieb von MVZ berechtigt sind. Damit würde sichergestellt, dass erfolgreiche MVZ-Modelle im Umfeld eines Krankenhauses auch nach dessen struktureller Umwandlung gesichert bestehen bleiben können. Generell sollte bei sämtlichen Strukturänderungen darauf geachtet werden, dass ambulante Versorgungsangebote – seien es MVZ, Praxisnetze oder andere Einrichtungen – nicht nur erhalten, sondern nach Möglichkeit ausgebaut werden, um den wechselnden regionalen Bedarf decken zu können.

5. Intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung muss die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor weiter intensiviert werden. Der BBMV unterstützt ausdrücklich alle Reformelemente, die zu einer besseren Verzahnung der Sektoren führen. So begrüßen wir etwa die bereits beschlossene Entfristung der bisher zweijährigen Überprüfungsintervalle nach § 116a SGB V für ermächtigte Krankenhausambulanzen. Diese Änderung erhöht die Planungssicherheit für Krankenhäuser, die zur Schließung von Versorgungslücken ambulante Leistungen anbieten, und fördert damit die intersektorale Versorgung insbesondere in unterversorgten Gebieten. Auch die im Referentenentwurf vorgesehenen erweiterten Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen der Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben (§ 135e SGB V) können dazu beitragen, starre sektorale Grenzen aufzubrechen. Wichtig ist aus Sicht des BBMV, dass solche Kooperationen nicht ausschließlich zwischen Krankenhäusern, sondern bei Bedarf auch zwischen Krankenhäusern und ambulanten Leistungserbringern – etwa MVZ – erfolgen können. Das sollte im Entwurf unbedingt klargestellt werden.

Darüber hinaus regen wir an, weitere bürokratische Hürden in der Zusammenarbeit von Klinik und Praxis abzubauen. Dazu gehört insbesondere ein besseres Zusammenwirken bei der gemeinsamen Nutzung von Personal und Infrastruktur. Modelle, in denen z.B. Krankenhausärzte zeitweise in MVZ mitarbeiten oder umgekehrt angestellte Ärztinnen und Ärzte aus MVZ temporär im Krankenhaus eingesetzt werden, sollten erleichtert werden. Solche flexiblen Personaleinsätze können zur Entlastung beider Sektoren beitragen und zugleich für die Behandler attraktive Arbeitsmodelle schaffen. Auch bei Digitalisierung und Datenaustausch sollten Kliniken und ambulante Einrichtungen enger kooperieren können – interoperable Systeme und rechtssichere Lösungen für den Informationsaustausch sind hierfür die Grundlage.

Nicht zuletzt sollte die Ambulantisierung dort vorangetrieben werden, wo sie medizinisch sinnvoll und patientenorientiert ist. Viele Eingriffe und Therapien

können heute ambulant erbracht werden. Wenn diese Leistungen im ambulanten Sektor – etwa in MVZ – kosteneffizient und in hoher Qualität angeboten werden können, sollte dies bei der Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

Zusammenfassend spricht sich der BBMV dafür aus, die Krankenhausreform im Sinne einer echten sektorenübergreifenden Versorgungsstrategie weiterzuentwickeln. Krankenhäuser und MVZ erfüllen gemeinsam den Auftrag, eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, ohne Ressourcen zu verschwenden. Dieser Weg sollte konsequent weiter beschritten werden.

6. Belegarztanrechnung nach § 135e Abs. 4 S. 7 des Entwurfs

Der BBMV begrüßt die neu integrierte Anrechnungsmöglichkeit eines Belegarztes mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag. Es wird jedoch angeregt, den Satzteil „in einer ausgewiesenen Belegabteilung“ zu streichen, da nicht ersichtlich ist, weshalb eine Benachteiligung der Belegarztanrechnung nach dem örtlichen Einzugsgebiet stattfinden sollte. Belegabteilungen wären damit auf Bundesländer begrenzt, in denen nach Landesrecht im jeweiligen Krankenhausplan Belegabteilungen ausgewiesen werden. Für eine solche Differenzierung fehlt ein geeignetes sachbezogenes Unterscheidungskriterium.

III. Wesentlicher Kritikpunkt: Leistungsgruppenbeschreibungen

Der BBMV empfiehlt dringend, bei der Zuweisung von Leistungsgruppen noch inhaltliche Änderungen vorzunehmen und schlägt eine stärkere Orientierung bei der Festlegung von Strukturvoraussetzungen und Mindestanforderungen am tatsächlichen medizinischen Bedarf vor. Pauschale Standards bergen das Risiko, funktionierende Versorgungseinheiten zu gefährden, ohne dass ein qualitativer Mehrwert für die Patienten entsteht.

Mit Blick auf die derzeit vorgesehenen Strukturvorgaben für einzelne Leistungsgruppen bestehen erhebliche Zweifel, ob diese durchgängig an medizinischen Notwendigkeiten und Versorgungsrealitäten orientiert sind.

Eine Differenzierung der Leistungsgruppen wäre erforderlich, um die Spezialisierung nicht zu behindern und etablierte Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. So erscheint beispielsweise die derzeitige Pauschaldefinition der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie nicht praxistauglich. Hoch spezialisierte Eingriffe etwa in der Schulter- oder Sprunggelenkschirurgie sind medizinisch und organisatorisch klar von anderen Bereichen der Allgemeinchirurgie abzugrenzen und bedürfen keiner vollumfänglichen 24/7-CT- und Intensivausstattung.

Ähnlich verhält es sich in weiteren Leistungsgruppen.

So erscheint die pauschale Forderung nach einer Röntgendiagnostik als Pflichtausstattung auch in neurochirurgisch ausgerichteten Fachkliniken nicht sachgerecht. In solchen Einrichtungen erfolgt die Indikationsstellung und Nachsorge regelmäßig bildgebend über MRT oder CT; der Einsatz konventionellen Röntgens ist medizinisch nicht indiziert. Eine verpflichtende Anschaffung/Wiederbeschaffung dieser Technik würde in diesen Fällen nicht der Versorgungsqualität dienen, sondern lediglich zu kostenintensiver Ressourcenbindung führen.

Ebenso in der Leistungsgruppe Endoprothetik: Hier sehen spezialisierte Einrichtungen mit hohen Fallzahlen und sehr guten Ergebnisdaten eine unangemessene Aufwertung von intensivmedizinischen Anforderungen, etwa im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Intensivstation oder die Facharztausstattung im Bereich der Inneren Medizin. Diese Standards mögen in Einzelfällen – etwa bei komplexen multimorbiden Patienten – angezeigt sein, verkennen aber die Realität vieler elektiver orthopädischer Eingriffe, die auch international zunehmend ambulant durchgeführt werden.

Zusammenfassend ist es daher dringend erforderlich, die Leistungsgruppenbeschreibungen differenzierter und näher an der medizinischen Realität auszugestalten. Nur so lassen sich unnötige Vorhalteverpflichtungen

vermeiden, spezialisierte Strukturen sichern und die Ressourcen dort einsetzen, wo sie den Patientinnen und Patienten tatsächlich zugutekommen.

Der BBMV hat diese Stellungnahme unter Hinzuziehung externer wissenschaftlicher Expertise von Prof. Dr. Jens Prütting, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Medizin- und Gesundheitsrecht an der Bucerius Law School in Hamburg, erarbeitet.