



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

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

29. April 2024



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ziele, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes begrüßt.

Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung, insbesondere im Hinblick auf die verpflichtende Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung (vgl. § 116b Absatz 3 SGBV-E) sowie bei einzelnen anderen Punkten wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem wir nachfolgend im Einzelnen Stellung nehmen.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 115g SGB V-E i.V.m. § 6b KHFG-E – Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

Durch § 115g SGB V-E i.V.m. § 6b KHFG-E wird die Möglichkeit für Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b KHFG-E als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, eröffnet, die in Absatz 2 beispielhaft aufgeführten sektorenübergreifenden Leistungen zu erbringen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V-E erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen (§ 6b Absatz 1 KHFG-E). Ziel soll die enge Verzahnung von stationärer Krankenhausbehandlung, ambulanter Versorgung und Pflegeleistungen in direkter Wohnnähe des Patienten sein.

Durch die vorgenannte Regelung wird der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine über die stationären Grenzen sehr umfassende Planungshoheit eingeräumt, welche die Beurteilung einschließt, ob ein Krankenhaus über seinen stationären Versorgungsauftrag hinaus dazu in der Lage ist, sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V-E anzubieten. Lediglich aus der Begründung kann entnommen werden, dass bei der im Rahmen der Planungshoheit zu treffenden Entscheidung Aspekte wie die Bedarfsgerechtigkeit und die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses nicht nur in Bezug auf den stationären Versorgungsbedarf, sondern auch in Bezug auf den ambulant-pflegerischen Versorgungsbedarf zu beurteilen sind. Klarstellend sollten diese exemplarischen Bezugsgrößen in die gesetzliche Formulierung aufgenommen werden, um den entsprechenden gesetzlichen Rahmen für die Länder klar abzustecken. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, wie weit die Planungshoheit der zuständigen Landesbehörde geht.



Ebenfalls lediglich aus der Begründung geht hervor, dass es sich bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen um Krankenhäuser handelt, die im Sinne des durch das Krankenhaustransparenzgesetz kürzlich eingeführten § 135d Absatz 4 Satz 4 SGB V zum Zwecke der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses der Versorgungsstufe Level 1i zugeordnet werden. Auch hier sollte eine Konkretisierung direkt in der gesetzlichen Formulierung in § 115g Absatz 1 SGB V-E erfolgen.

Um der Herstellung des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen zu entsprechen, soll der Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ein intensiver Abstimmungsprozess zwischen allen Beteiligten (Land, Krankenhausträger, Pflegekassen, Zulassungsausschuss) vorausgehen, der entsprechend den Umständen des konkreten Einzelfalls nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten zu gestalten ist. Fraglich erscheint hier, ob der Bestimmungsprozess der entsprechenden Landesbehörde zeit- und praxisnah umgesetzt werden kann.

B. § 115h SGB V-E – Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

§ 115h SGB V-E regelt die medizinisch-pflegerische Versorgung neu und koppelt die diesbezügliche Leistungserbringung an sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Unstreitig existiert im Bereich medizinisch-pflegerischen Versorgung auf Patientinnen- und Patientenseite ein großer Versorgungsbedarf, der mit zunehmend alternder Bevölkerungsstruktur weiter steigen wird. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle angeregt, das auszubauende medizinisch-pflegerische Versorgungsangebot nicht ausschließlich auf den stationären Sektor zu begrenzen und die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g als einzigen Anknüpfungspunkt für diese Versorgungsschiene zu statuieren. Um eine möglichst breite Basis für eine hinreichende Patientenversorgung zu schaffen, erscheint es dringend notwendig, das Angebot auch und gerade im Hinblick auf die ambulante Versorgungsebene auszuweiten und ambulante „Andockmöglichkeiten“ für die medizinisch-pflegerische Versorgung zu schaffen. So werden Hausärztinnen und Hausärzte unverändert in der Bevölkerung als erste Ansprechpartner/innen der Patientinnen und Patienten wahrgenommen und fungieren als Lotse/Lotsin und Koordinator/in im Gesundheitssystem. Bei diesen laufen die Versorgungen der unterschiedlichen Leistungserbringer zusammen. Hausärztinnen und Hausärzte ebenso wie andere Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Pflegeheime könnte ebenso Ausgangspunkte und Organisatoren einer medizinisch-pflegerischen Versorgung sein. Die in § 115h SGB V-E geschaffene Möglichkeit droht sonst als „Insellösung“ nahezu effektfrei zu bleiben, betrachtet man den immens zunehmenden Bedarf an medizinisch-pflegerischer Versorgung in den kommenden Jahren. Nur durch eine breite Anbieterbasis dieses neuen Versorgungsangebots kann eine wahrnehmbare Flächendeckung erreicht werden, gerade und im Hinblick auf ländliche Strukturen, in denen oftmals kein Krankenhaus vorhanden sein dürfte, welches von einem Land nach § 6b KHFG-E als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde.



C. § 116a SGB V-E – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Die Neufassung des § 116a SGB V statuiert in Absatz 3 die Verpflichtung des Zulassungsausschusses, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 SGB V auf deren Antrag hin in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen. So sehr das gesetzgeberische Ziel, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, begrüßt und von allen Hausärztinnen und Hausärzten mitgetragen wird, kann keine versorgungspolitische Notwendigkeit für die großflächige Etablierung zusätzlicher sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 SGB V gesehen werden. Hausärztliche Versorgung findet in den niedergelassenen hausärztlichen Praxen statt. Hier bedarf es keiner Schaffung zusätzlicher Leistungserbringerstrukturen. Im Hinblick auf die verfolgten gesetzgeberischen Ziele steht gar zu befürchten, dass anstelle einer Stärkung der ambulanten Versorgung gerade in den ländlichen Regionen die verfolgten Maßnahmen aus den nachfolgenden versorgungspolitischen Erwägungen im besten Falle wirkungslos bleiben, im schlimmsten Fall die ambulante Versorgung durch unnötige Konkurrenzsituationen oder falsche Anreize für ermächtigte Institutionen geschwächt wird. Die Einbindung der vorgenannten Ermächtigung in das Gesamtgefüge des § 116a SGB V sowie die diesbezügliche Gesetzesbegründung sind im Übrigen aus den nachfolgenden rechtlichen Gründen kritisch zu hinterfragen.

Versorgungspolitische Erwägungen:

§ 116a Absatz 3 SGB V-E wird zu einer weiteren Zentralisierung der ambulanten Versorgung von kleineren Kommunen in größere Kreisstädte beitragen, wohingegen Gemeinden bis 10.000 Einwohnern das Nachsehen haben dürften. Zu erklären dürfte dies damit sein, dass Krankenhäuser, die einen Antrag zur vertragsärztlichen Ermächtigung stellen werden, sich nahezu ausnahmslos in den größeren Kreisstädten innerhalb eines Planungsbereichs befinden. Die dort ermächtigten Hausärzte würden somit innerhalb der Städte tätig werden, die ohnehin eher über eine ausreichende hausärztliche Abdeckung verfügen. Viele kleine Gemeinden, die kein Krankenhausstandort sind und vornehmlich auf einen Hausarzt angewiesen sind, würden von dem neu geschaffenen § 116a Absatz 3 SGB V-E kaum profitieren, sondern liefen eher Gefahr, ärztliche Versorgung hierdurch zu verlieren.

Kritisch zu hinterfragen ist, ob sich ermächtigte Einrichtungen durch die Neufassung des § 116a Absatz 3 SGB V-E ebenfalls dazu berufen sehen, sich auch um grundversorgende hausärztliche Tätigkeiten zu kümmern und ihr Leistungsspektrum nicht ausschließlich darauf zu fokussieren, sich auf attraktive EBM-Leistungen oder auf die Weiterleitung in Kliniken und damit den stationären Bereich zu konzentrieren. Es ist zudem fraglich, ob wichtige hausärztliche Aufgaben, wie Hausbesuche oder Heimbehandlungen und andere aufsuchende Versorgungsleistungen, von den ermächtigten Einrichtungen übernommen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass ermächtigte Einrichtungen dazu fungieren, Patienten in stationäre Strukturen zu lotsen, und ein vollumfängliches hausärztliches Versorgungsangebot in den Regionen nicht mehr gesichert ist. Gerade zum Wohle einer immer älter und damit verbunden auch multimorbider werdenden Gesellschaft sollte es das gesetzgeberische Ziel sein, eine Selektion von Versorgungsleistungen durch ermächtigte Krankenhäuser zu unterbinden.



Ein wichtiges Augenmerk ist darauf zu legen, dass sich die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung nicht noch weiter zugunsten stationärer Versorgung vergrößert. Hier muss bezweifelt werden, dass § 116a Absatz 3 SGB V dazu beitragen kann, für ausgeglichene Verhältnisse zu sorgen: der Konkurrenzkampf zwischen ermächtigten Krankenhäusern mit § 116a Absatz 3 SGB V-E und Hausarztpraxen im ohnehin schon schweren Kampf um nicht-ärztliches Personal dürfte sich vermutlich eher verschärfen. Ermächtigte Einrichtungen können durch stationäre Tarifabschlüsse und finanzielle Unterstützungsmaßnahmen des Bundes bessere Gehälter zahlen. Im Umkehrschluss müssten etablierte Hausarztpraxen aufgrund von fehlendem Praxispersonal womöglich ihre Versorgungskapazitäten zurückschrauben – zugunsten von ermächtigten Einrichtungen. Im Hinblick auf die bedeutsame und zu fördernde Niederlassung junger Nachwuchsmediziner in hausärztlichen Praxen steht zu befürchten, dass zur hausärztlichen Versorgung ermächtigte Einrichtungen nach § 115g SGB V-E im Zweifel wichtige Kapazitäten aus der ambulanten Versorgung (Praxispersonal, Patientenstamm) abziehen und niederlassungswillige junge Ärztinnen und Ärzte davon abgeschreckt werden, sich selbstständig zu machen und freiberuflich tätig zu werden. Schlimmstenfalls verhindern sie sogar die Niederlassung, wenn die Ermächtigungen für Krankenhäuser zur Sperrung des Planungsbereiches führen würden oder Ermächtigungen zeitlich unbegrenzt wären.

Rechtliche Erwägungen:

Aus rechtlicher Sicht ist die unterschiedliche Systematik der Ermächtigungen in § 116a Absatz 1 und 2 SGB V-E einerseits und § 116a Absatz 3 SGB V-E andererseits zu hinterfragen: Die Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung erfolgt unbefristet und zugleich unbedingt. Die Absätze 1 und 2 des § 116a SGB V-E folgen einer anderen Systematik: Nach § 116a Absatz 1 SGB V-E besteht die Pflicht zur Ermächtigung von Krankenhäusern für das jeweilige Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung unter der Prämisse des zeitlichen und inhaltlichen Erfordernisses – „soweit und solange dies zur Beseitigung der (eingetretenen) Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 SGB V) oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 100 Absatz 3 SGB V) erforderlich ist“. In gleicher Systematik formuliert § 116a Absatz 2 SGB V-E die Pflicht zur Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 SGB V-E für das entsprechende Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung, „soweit und solange dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V) erforderlich ist“. Nicht nachvollziehbar ist, aus welchem Grund die Systematik der Ermächtigung in § 116a Absatz 3 SGB V-E für den Bereich der hausärztlichen Versorgung durchbrochen wird, da Ermächtigungen grundsätzlich zeitlich, räumlich als auch in ihrem Umfang zu bestimmen sind. So sieht § 31 Absatz 1 Satz der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nur vor, sofern dies notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken. Das Argument, durch die Beteiligung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an der allgemeinmedizinischen Versorgung solle ein dauerhaftes, für die Patientinnen und Patienten verlässliches Versorgungsangebot aufgebaut werden, kann so nur als Bruch mit der Systematik der Ermächtigung verstanden werden, bei der Versorgungsaspekte und -realitäten außen vorgelassen werden. Die ausgesprochene Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen für die hausärztliche Versorgung wird also erteilt, ohne nochmals in zeitlicher und unter Berücksichtigung versorgungsrelevanter Aspekte auf den Prüfstand gestellt zu werden, wirkt somit als „Generalermächtigung“, ohne Evaluation, ob die



Versorgungseinrichtung überhaupt zur Beseitigung einer (drohenden) Unterversorgung oder zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs noch erforderlich ist. Die aktuelle Systematik ist nicht dazu geeignet, das dynamische Versorgungsgeschehen angemessen abzubilden.

Sofern an der Ermächtigung für den hausärztlichen Versorgungsbereich festgehalten wird, ist § 116a Absatz 3 SGB V-E der Systematik in den Absätzen 1 und 2 nachzubilden und eine Einschränkung in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht zu formulieren: Die Ermächtigung ist auf drohend unterversorgte oder unterversorgte Gebiete zu beschränken. Ebenso ist die Ermächtigung so zu gestalten, dass diese zu dem Zeitpunkt entfällt, in dem sich der Planungsbereich nicht mehr in der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung befindet bzw. alle Sitze eines Planungsbereichs durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte besetzt sind. Es darf keine Sperrung von Planungsbereichen durch Ermächtigungen nach § 116a SGB V-E geben.

Im Gesamtzusammenhang bitten wir zu berücksichtigen, dass Ermächtigungsadressat, der gesetzlichen Systematik folgend, grundsätzlich der Arzt in einem Krankenhaus oder in einer Versorgungseinrichtung ist und nur ausnahmsweise die Einrichtung selbst. Zum Ausdruck kommt dies beispielsweise in § 31 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 7 Satz 2 Ärzte-ZV, wie auch in § 31 Absatz 2 Ärzte-ZV i.V.m. §§ 4, 5 BMV-Ärzte. Hiernach können die Zulassungsausschüsse über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV hinaus gemäß § 31 Absatz 2 Ärzte-ZV geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Diese grundsätzliche Systematik wird in § 116a Absatz 3 SGB V-E ebenfalls durchbrochen. Sinnvoll wäre es, den Grundgedanken der Ermächtigung des Arztes, und nur in Ausnahmefällen der Versorgungseinrichtung, auch in § 116a SGB V-E widerzugeben. In diesem Zusammenhang regen wir an, unter Hinweis auf § 32b Absatz 1 Ärzte-ZV, § 14a Absatz BMV-Ärzte zu hinterfragen, ob die Anstellungsgrenzen auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zum Tragen kommen.

Die aus der Gesetzesbegründung zu lesende Intention des Gesetzgebers, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in ihrer Rolle als Beteiligte an der allgemeinmedizinischen Versorgung auch als eine Säule in der Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin zu fassen und so eine „planbare Weiterbildung [.....] aus einer Hand zu etablieren“, wird abgelehnt. Die Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin muss in den niedergelassenen hausärztlichen Praxen stattfinden, in denen hausärztliche Tätigkeit gelebt wird. Nur dort können die Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung und Niederlassung abseits großer, stationärer Strukturen erlebt und eine angemessene Vorbereitung auf die Besonderheiten der hausärztlichen Niederlassung vermittelt werden. Unmissverständlich formuliert dies auch § 75a Absatz 1 SGB V, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet sind, die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. Das gesetzgeberische Anliegen, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich, also den Praxen zugelassener Ärzte stattfinden zu lassen, wird durch die intendierte „Weiterbildung aus einer Hand“ konterkariert.



D. § 271 SGB V i.V.m. § 12b KHFG-E – Liquiditätsreserve / Transformationsfonds

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds). Ziel soll es hierbei sein, insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern, die mit der Krankenhausreform angestoßen werden, finanziell zu unterstützen. § 12b Absatz 1 Satz 4 Nr.2 KHFG-E hebt hierbei explizit die Finanzierung von Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses hervor, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde.

Zweifelhaft erscheint die Zulässigkeit des Abflusses von Geldern aus dem Gesundheitsfonds, als Sammelstelle von Beiträgen der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen sowie eines Bundeszuschusses. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen die Mittel, die sie benötigen, um die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt begegnet die öffentliche Investitionskostenförderung der Länder für Plankrankenhäuser – durch die bereits derzeit bestehende Möglichkeit der Krankenhäuser, ambulante ärztliche Leistungen zu erbringen - EU-beihilferechtlichen Bedenken, da fraglich sein dürfte, ob dies nicht als beihilferechtlich relevante Begünstigung bzw. Quersubventionierung zu beurteilen ist. Das EU-Beihilferecht verbietet gemäß Art. 107 Abs.1 AEUV grundsätzlich „staatlich oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen gleich welcher Art, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen (...), soweit sie den Handel zwischen den Mitgliedsstaaten beeinträchtigen“. Wenn nun die geplante qualitative und quantitative Erweiterung der Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen für Plankrankenhäuser – insbesondere für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Versorgungsrealität werden sollte, verschärfen sich diese Bedenken umso mehr, da mit der Investitionskostenförderung Krankenhäuser in noch größerem Ausmaß außerhalb der stationären Tätigkeiten ambulant genutzt werden können. Besonders bedenklich dürfte zu beurteilen sein, dass die Verwendung der Mittel aus dem Fonds nahezu keinen praktischen Beschränkungen unterliegt, sondern diese flexibel für Investitionen und zur Deckung von Betriebskosten eingesetzt werden können. Diese ausschließliche Zuführung von Mitteln zugunsten der Krankenhäuser dürfte – auch weil eine umfangreiche, zusätzliche Ko-Finanzierung durch die Länder vorgesehen ist – zu einer ganz erheblichen Stärkung der Wettbewerbsposition der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gerade im ambulanten Bereich führen. Diese Regelung mit enormem wettbewerbsverzerrendem Potential wird abgelehnt. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung erschiene es sinnvoll, den ambulanten Sektor, speziell die hausärztliche Versorgung, „mitzudenken“ und hier nicht außen vor zu lassen. Auch im ambulanten und hier insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich stehen umfassende Strukturreformen an, die hohe Investitionskosten erfordern und die ebenfalls finanziell gefördert werden müssen.



E. § 6 Absatz 3 i.V.m. § 9 Abs.1b KHEntG

Die zwecks Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und Liquidität sowohl für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen als auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser in §§ 6 Absatz 3, 9 Absatz 1b KH-EntG beabsichtigte Modifikation der Tarfkostenrefinanzierung hin zu einer vollständigen Tarfkostenrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen ab dem Jahr 2024, die bereits unterjährig und nicht erst für das Folgejahr umzusetzen ist, kann lediglich auf einen ersten Blick als der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung dienlich angesehen werden. So sehr es zu begrüßen ist, dass an die Stelle der bisherigen hälftigen Tarfkostenrefinanzierung eine vollständige Tarfkostenrefinanzierung und so eine finanzielle Würdigung der Tätigkeiten der dortigen Beschäftigtengruppen stattfindet, bedeutet dies zugleich eine Anreizverlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich. Die finanzielle Stärkung führt zu einer Wettbewerbsverzerrung bei der Personalrekrutierung und -erhaltung zulasten des niedergelassenen Bereichs, da diese sich gezwungen sehen, finanziell gleichzuziehen, um für potenzielles Fachkräftepersonal überhaupt als attraktive und konkurrenzfähige Anstellende wahrgenommen zu werden. Auch diese Regelung dürfte zu einer weiteren Zentralisierung der ambulanten Versorgung von kleineren Kommunen in größere Kreisstädte beitragen, da dort finanzkräftigere Arbeitgeber zu finden sein dürften.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de