



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)
(08.10.2025)

Berlin, 15.12.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	6
3. Ergänztender Änderungsbedarf.....	54

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Das Anpassungsgesetz ist ein wichtiger erster Schritt, um kurzfristige und dringliche Anpassungen und Korrekturen an den Regelungsinhalten vorzunehmen. Daneben besteht jedoch auch Handlungsbedarf bei Themen, die voraussichtlich längere Abstimmungsprozesse und ggf. weitere gesetzliche Regelungen erfordern, wie etwa bei der geplanten, stark fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung, der Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik, der Umsetzung von weiteren Empfehlungen im Leistungsgruppenausschuss (LGA) zur Leistungsgruppensystematik und bei der Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung.

Um Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zu erarbeiten, wurde der LGA gemäß § 135e Abs. 3 SGB V eingesetzt. Dieser hat bisher unter anderem kurzfristig umzusetzende Anpassungserfordernisse in einzelnen Leistungsgruppen erarbeitet (Anlage 1 zu § 135e SGB V), und es wurden weitere Themen wie Regelungen zu Belegärztinnen und Belegärzten, zur Rufbereitschaft und Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, zur Definition von Fachkliniken oder zu den Auswirkungen der Reform auf die Spezielle Schmerztherapie beraten.

Unabhängig davon sind für eine erfolgreiche Umsetzung der Krankenhausreform unbedingt noch weitere Anpassungen notwendig. Mit einer umfassenderen Weiterentwicklung der Systematik muss sich der LGA ab dem Jahr 2026 befassen.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Anpassungen von Fristen sind richtig, denn sie tragen den Erfordernissen der Umsetzung Rechnung. Auch die jetzt gesetzten Fristen sind allerdings sehr ambitioniert und werden voraussichtlich nicht durchgängig realisiert werden können.

Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (**Vorhaltevergütung**) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung, die nicht bis zum Jahr 2027 aufgeschoben werden darf. Stattdessen muss sofort mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes begonnen werden. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung; sie stellt daher lediglich einen ersten Schritt dar und verschafft dafür zeitlichen Spielraum. Ein überarbeitetes Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln. Der Grundgedanke sollte dabei sein, dass sich die Vorhaltevergütung am jeweiligen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan orientieren muss. Für eine Neukonzeption der Vorhaltevergütung muss zudem der Gedanke leitend sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Anstelle des vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten.

Für die Steuerungswirkung der **Leistungsgruppen** kommt es entscheidend darauf an, welche Behandlungen (Fälle) den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Denn davon hängt letztendlich das künftige Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser ab. Der vorliegende für die Fallzuordnung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelte hochkomplexe Algorithmus (**InEK-Grouper**) zeigt, dass es derzeit nicht

sinnvoll ist, bei allen Leistungsgruppen eine Fallzuordnung vorzunehmen. Das betrifft insbesondere die Zuordnung von Leistungen in großen Gebieten wie der Inneren Medizin und der Chirurgie. Der InEK-Grouper ist stark von einer Abrechnungslogik geprägt. Daraus ergeben sich bei der konkreten Umsetzung Verwerfungen, die den eigentlichen Reformzielen zuwiderlaufen können. Die Bundesärztekammer hat mehrfach betont, dass ohne grundlegende Anpassungen relevante Verwerfungen zu befürchten sind. Es ist unbedingt erforderlich, die Auswirkungen des InEK-Groupers für die einzelnen Leistungsgruppen gemeinsam mit dem LGA gemäß § 135e Abs. 3 SGB V (siehe hierzu auch Artikel 3 Nr. 13) sorgfältig zu überprüfen und dort, wo Verwerfungen entstehen, Anpassungen vorzunehmen. Es ist außerdem notwendig, dass die Fachabteilungsschlüssel zeitnah und eindeutig festgelegt werden. Die Leistungsgruppensystematik als zentraler Bestandteil der zukünftigen Optimierung der Krankenhausstruktur muss darauf abzielen, die Krankenhausstruktur so umzugestalten, dass Expertise in kritischen Bereichen gebündelt und damit zentralisiert wird, während gleichzeitig eine wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung auf hohem Niveau sichergestellt wird.

Im Rahmen der Krankenhausreform muss auch die **Krisenresilienz** der Krankenhäuser gestärkt werden. Neben baulichen Maßnahmen für Klimaanpassung und Investitionen in die Cybersicherheit müssen auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsbereiche mitgeplant und umgesetzt werden. Die Gewährleistung einer robusten Krisenresilienz muss integraler Bestandteil der Krankenhausreform und der Umsetzung in den Bundesländern sein, um die medizinische Versorgung auch unter außergewöhnlichen Belastungen flächendeckend und verlässlich sicherzustellen. Die Krisenresilienz muss deswegen als Reformziel ausdrücklich gesetzlich verankert werden. Außerdem sind ausreichende Mittel aus den geplanten Sondervermögen bereitzustellen.

Die geplante Transformation der Krankenhauslandschaft erfordert eine sorgfältige und vorausschauende Planung, auch mit Blick auf die zu erwartende Zunahme von Interhospitaltransporten. Die entsprechenden Transportkapazitäten müssen ggf. deutlich ausgebaut werden und es muss bereits im Vorfeld geklärt werden, welche Strukturen und Transportmöglichkeiten erforderlich sind. Nur so kann gewährleistet werden, dass Patienten auch in Zukunft schnell und effizient an die für sie passende Einrichtung verlegt werden, ohne dass die Versorgungsqualität leidet oder es zu Engpässen kommt.

Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat die zuständigen Ministerien der Länder aufgefordert, für die Umsetzung der Krankenhausreform die **Ärzttekammern einzubeziehen**, da die Veränderungen und ggf. Verschlankung der Krankenhauslandschaft durch die Krankenhausreform nicht nur den stationären Sektor, sondern auch die ambulanten Versorgungsstrukturen und auch die Weiterbildungsstrukturen deutlich verändern wird. Die Bewertung und Steuerung dieser Strukturveränderungen und Entwicklungen für die Versorgung und die Weiterbildung braucht das sektorenübergreifende ärztliche Versorgungswissen, das die Landesärztekammern bündeln.

Die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die **ärztliche Weiterbildung** sind weiterhin nur unzureichend berücksichtigt: Da die Planung auf Basis von Leistungsgruppen zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führen wird, ist eine verstärkte Kooperation von Krankenhäusern mit weiteren Weiterbildungsstätten essenziell, um auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten. Im Sinne der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ist diese Kooperation besonders im Rahmen von Weiterbildungsverbünden zu fördern. Gerade hier hindern arbeits- und steuerrechtliche Fragen praktikable Lösungen: Entweder müsste bei einem Arbeitgeberwechsel ein neuer Arbeitsvertrag geschlossen werden – mit entsprechenden Unsicherheiten für die Weiterzubildenden (tatsächliches Zustandekommen des Vertrages,

Vertragsbedingungen, Befreiung von der Rentenversicherungspflicht) und unter Umständen eingeschränktem Kündigungsschutz. Bei einem für die gesamte Weiterbildungszeit abgeschlossenen Vertrag kann es sich jedoch andererseits um eine genehmigungspflichtige Arbeitnehmerüberlassung handeln, die darüber hinaus gebühren-, ggf. umsatzsteuerpflichtig und zeitlich begrenzt ist. Diese Option ist für Krankenhäuser somit wirtschaftlich und organisatorisch kaum abbildbar. Einseitig bevorzugt werden hier große Klinikketten, die über Abordnung Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an andere Krankenhäuser des gleichen Konzerns senden können. Gleichzeitig fehlt weiterhin eine ausreichende und angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Diese Anliegen wurden auch vom diesjährigen 129. Deutschen Ärztetag im Beschluss Ic-09 („Krankenhausreform praxistauglich weiterentwickeln“) noch einmal ausdrücklich unterstrichen. Grundsätzlich sollte bei der Zuteilung von Leistungsgruppen jenen Krankenhäusern der Vorzug gegeben werden, die sich an der ärztlichen Weiterbildung sowie an regionalen Weiterbildungsverbünden beteiligen.

Auch die den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zugedachte Rolle in der Weiterbildung wird absehbar deutlich geringer sein als vom Gesetzgeber vorgesehen. Denn durch das stark eingeschränkte Leistungsspektrum (z. B. keine Notfallversorgung) ist fraglich, ob die hier insbesondere vorgesehene Eignung als Weiterbildungsstätte für das Gebiet Allgemeinmedizin wirklich vorhanden ist. Durch die genannten Hürden für die Bildung von Weiterbildungsverbünden wird eine entsprechende Integration der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zudem erschwert.

Die Bundesärztekammer appelliert daher an den Gesetzgeber, entsprechende Nachbesserungen zu veranlassen. Dazu gehören insbesondere die Berücksichtigung der Kosten für die Organisation von durch die Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden als expliziter Tatbestand für die ärztliche Weiterbildung (§ 17b Abs. 1 KHG) und für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Krankenhäusern (§ 6b KHG) sowie als förderfähige Kosten im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen (§ 3 Abs. 1 KHTFV) und im Rahmen der Bildung und Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbünden (§ 3 Abs. 5 KHTFV). Gleichzeitig müssen Arbeitsverhältnisse im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung vom Arbeitnehmerüberlassungsgesetz ausbezogen werden (vgl. ergänzender Stellungnahmebedarf).

Bei der Weiterentwicklung der **Hybrid-DRG** ist derzeit geregelt, dass Leistungen für Kinder unter 18 Jahren sowie für Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden sollen. Dadurch wurden entsprechende Leistungen aus den Hybrid-DRG gestrichen. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss zum einen klargestellt werden, dass Hybrid-DRG-Leistungen bei Kindern und Menschen mit Behinderung, die bis zum 31. Dezember 2025 abrechnungsfähig erbracht wurden, weiterhin abgerechnet werden können. Darüber hinaus ist die Herausnahme von Kindern und Menschen mit Behinderungen auch prospektiv zu streichen. Denn die Regelung führt zu einer strukturellen Benachteiligung von Kindern sowie von Menschen mit Behinderungen, die durch das Vorhandensein des gewohnten Umfelds und die Nähe zu vertrauten Bezugspersonen von kurzen stationären Aufenthalten oder ambulanten Eingriffen profitieren können.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	• Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien: • in diesem Paragraphen geht es um Versorgungsverträge nach § 108 (zugelassene Krankenhäuser), Nr. 3 SGB V, die durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande kommen • die Regelung erfolgt parallel zu § 6a KHG (Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien) • Streichung der Erreichbarkeitskriterien für Ausnahmefälle (erweiterte Möglichkeiten für die Länder zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung) wie im Koalitionsvertrag angekündigt. Stattdessen eigener Beurteilungsspielraum der Kassen	§ 109 (Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern) Die Bundesärztekammer befürwortet, dass beim Abschluss von Versorgungsverträgen notwendige Handlungsspielräume gewährt werden. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden, regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Über die Entwicklung sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte daher zunächst der LGA beraten. Sinnvoll ist auch die Vorgabe, dass im Zuge der Prüfung zu klären ist, ob Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		einschließlich einer Prüfung durch die Krankenkassen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können • Streichung auf den Verweis, dass in Rechtsverordnung festlegt, für welche Leistungsgruppen diese Zuweisung ausgeschlossen ist: „[...] und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist.	
2	§ 110	• Folgeänderungen durch Änderung in § 109 SGB V	§ 110 (Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern) Keine Stellungnahme
3	§ 135d	• Streichung der Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas • Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin • Änderung der Definition Fachkrankenhäuser • Spezialisierung auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums und	§ 135d (Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung) Die Bundesärztekammer erneuert ihre Kritik in Bezug auf den sogenannten Bundes-Klinik-Atlas und verweist auf ihre Stellungnahme vom 19.09.2023 (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Krankenhaustransparenzgesetz_GE_SN_BAEK_25092023.pdf). Die Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser, insbesondere die Streichung der 80 %-Regelung, ist nachvollziehbar. Grundsätzlich sollte die Regelung die Anforderungen an Fachkliniken zum einen qualitativ beschreiben (Spezialisierung, besondere

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• Leistung eines relevanten Versorgungsanteils in diesem Bereich und • Ausweisung im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus • die Zuordnung ist zu begründen • gestrichen wurde die 80 %-Regelung (mindestens 80 % der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der Nummern 1 und 14)	Leistungsfähigkeit, sinnvolle Einbindung in die Versorgungsstrukturen) und zum anderen sollten quantitative Maßstäbe entwickelt und sorgfältig erprobt werden. Wie im Begründungstext dargestellt, sollte eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung durch die Länder erfolgen. Dabei muss den Ländern ein gewisser Ermessensspielraum mit Blick auf die regionalen Versorgungsstrukturen bleiben. In diesem Zusammenhang begrüßt die Bundesärztekammer die Ergänzung der entsprechenden Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK um die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ sowie die entsprechende Evaluation nach § 427 SGB V (siehe hierzu auch Artikel 1, Nr. 14). Darüber hinaus sollte durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erfordernisse ein eingeschränkter Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsgruppen erteilt werden können, damit das spezifische Leistungsspektrum der Fachkrankenhäuser durch Fälle aus allgemeinen Leistungsgruppen ergänzt werden kann. Ohne eine solche Regelung könnten beispielsweise orthopädische Fachkrankenhäuser keinerlei konservative Behandlungen erbringen und geriatrische Fachkrankenhäuser wären auf Behandlungen gemäß den spezifischen OPS-Codes beschränkt. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher folgenden ergänzenden Satz 4 in Absatz 4: <u>„Fachkrankenhäuser dürfen für die Sicherstellung der Versorgung über die Leistungsgruppe, bzw. die Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen. Hierbei wird durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein</u>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			<u>eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nur insoweit erfüllt werden, wie es für die Versorgung der spezifischen Patienten des Fachkrankenhauses notwendig ist: die Zuordnung ist zu begründen.</u> Mit Blick auf die Evaluation dieser Regelung empfiehlt die Bundesärztekammer eine Ergänzung in § 427 SGB V (s. Artikel 1, Nr. 14).
4	§ 135e (Abs. 1 und 2)	• die Frist (31.03.2025) für die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen ist bereits abgelaufen und wird daher gestrichen • Streichung der Regelung, dass die Rechtsverordnung Regelungen trifft über die Zulässigkeit der Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden UND den Ausschluss der Zuweisung bei Sicherstellungshäusern	§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung) Keine Stellungnahme
4	§ 135e Abs. 3	• Klarstellung, dass die Empfehlungen des LGA nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können, die durch gesetzliche Änderungen der Anlage 1 oder des Absatzes 4 umgesetzt werden können	§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung) Ergänzende Stellungnahme zum Leistungsgruppen-Grouper (Siehe hierzu auch die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 13.) Gemäß § 21 Abs. 3c KHEntG erarbeitet das InEK Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu den verschiedenen Leistungsgruppen, den sog.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• ehrenamtlich Tätige von den Berufsorganisationen der Pflegeberufe haben Anspruch auf Reisekostenerstattung; laut Begründung verfügen Organisationen der Pflegeberufe nur zu einem sehr geringen Anteil über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter • Anpassung der finanziellen und organisatorischen Unterstützung der Patientenvertretung im LGA an die Regelungen im G-BA (Reisekosten, Verdienstausschlag, Aufwandsentschädigung, Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA, Koordinierungspauschale). Die Ansprüche richten sich gegen den G-BA. • mit Bezug auf die Patientenvertretung, beträgt die Zahl der sachkundigen Personen höchstens vier • weitere Regelungen zum LGA • Aufwendungen der Geschäftsstelle für die Organisation der Sitzung einschließlich der Hinzuziehung externer Experten können geltend gemacht werden	Leistungsgruppen-Grouper. Dieser ist hochkomplex und stellt das zentrale Steuerungselement der Reform dar. Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend darauf an, welche Behandlungen (Fälle) den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Denn davon hängt letztendlich das künftige Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser ab. Sofern der Grouper nicht nur für die Abrechnung, sondern auch für die Planung genutzt werden soll, ist es erforderlich, die Auswirkungen für die einzelnen Leistungsgruppen gemeinsam mit dem LGA gemäß § 135e Abs. 3 SGB V sorgfältig zu überprüfen und dort, wo Verwerfungen entstehen, Anpassungen vorzunehmen. Eine Abstimmung mit dem vom BMG eingerichteten LGA, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließen soll, ist bisher nicht vorgesehen. Um diesem Auftrag nachkommen zu können, ist vorzusehen, dass das InEK bei der Weiterentwicklung des Groupers den LGA einbezieht (s. hierzu Artikel 3, Nummer 13). Darüber hinaus ist in § 135e Abs. 3 ein Satz 7 vorzusehen, dass das InEK regelhaft beratend an den Sitzungen des LGA teilnimmt: <u>„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nimmt beratend an den Sitzungen des Ausschusses teil.“</u> Darüber hinaus muss den beteiligten Organisationen nach Absatz 3 Satz 6 ein Zugriff auf die Daten sowie eine Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG ermöglicht werden, um dem Auftrag zur Weiterentwicklung der

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e SGB V nachkommen zu können. Auch diesbezüglich fordert die Bundesärztekammer eine Änderung in § 21 Abs. 3 SGB V (s. hierzu Artikel 3, Nummer 13). Ergänzende Stellungnahme zur ärztlichen Weiterbildung Ergänzend zur Stellungnahme zum KHVVG vom 23.09.2024 weist die BÄK erneut darauf hin, dass die Auswirkungen der Leistungsgruppen auf die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt werden müssen. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die personellen Anforderungen der Leistungsgruppen nur dann auf Dauer zu erfüllen sind, wenn kontinuierlich qualifiziertes ärztlichen Personal weitergebildet wird, von entscheidender Bedeutung. § 135e Absatz 3 SGB V sollte daher dahingehend ergänzt werden, dass der LGA insgesamt bei seinen Empfehlungen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt: <u>„Der Ausschuss berücksichtigt im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung.“</u> Grundsätzlich betont die Bundesärztekammer, dass die Leistungsgruppenplanung für eine erfolgreiche Umsetzung unbedingt noch weiterer Anpassungen bedarf. Erstes Ziel muss es sein, für jede der zunächst vorgesehenen 61 Leistungsgruppen die Fallzuordnung (Grouper), die Qualitätskriterien und das Prüfkonzert des Medizinischen Dienstes Bund aufeinander abzustimmen und wo nötig anzupassen. Die dazu erforderlichen Empfehlungen sind im LGA zügig zu erarbeiten.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Mit einer umfassenderen Weiterentwicklung der Systematik muss sich der LGA ab dem Jahr 2026 befassen.
4	§ 135e Abs. 4	• Vereinheitlichung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern • die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, wird auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die zugrundeliegenden Qualitätskriterien werden dadurch nicht beschränkt Vorgaben zu Qualitätskriterien: • die Vorgabe „Facharzt“ entspricht einem Vollzeitäquivalent von 38,5 (statt vormals 40) Wochenstunden • Einschränkung, dass Fachärzte für die Leistungsgruppe 1 Allgemeine Innere Medizin und Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie nicht angerechnet werden dürfen, wird aufgehoben	§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung Fachkrankenhäuser Die redaktionelle Streichung der Regelung zu Fachkrankenhäusern in Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 und der in Absatz 4 Satz 2 vorgenommene Verweis auf die neu gefasste Definition in § 135d Abs. 4 Satz 3 ist nachvollziehbar. Diese Regelung zu Fachkrankenhäusern sollte jedoch die Anforderungen an Fachkliniken zum einen qualitativ beschreiben (Spezialisierung, besondere Leistungsfähigkeit, sinnvolle Einbindung in die Versorgungsstrukturen) und zum anderen sollten quantitative Maßstäbe entwickelt und sorgfältig erprobt werden. Beide Aspekte sind als Grundlage für die Zuweisung des Fachklinikstatus durch die Länder zu formulieren. Dabei sollte eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung durch die Länder erfolgen, wobei den Ländern ein gewisser Ermessensspielraum mit Blick auf die regionalen Versorgungsstrukturen bleiben muss. In diesem Zusammenhang begrüßt die Bundesärztekammer die Ergänzung der entsprechenden Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK um die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ sowie die entsprechende Evaluation nach § 427 SGB V. Darüber hinaus sollte durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erfordernisse ein eingeschränkter Versorgungsauftrag für

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• Änderung, dass bei Belegärzten an die Stelle der für angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ die Vorgabe „voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag“ tritt. Der Bezug zu einer „ausgewiesenen Belegabteilung“, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, wurde gestrichen • Streichung der Vorgabe, dass § 6a Abs. 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt, wenn ein Qualitätskriterium in Kooperation erfüllt wird, sofern dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist, wodurch es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde liegt, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist • Vorgabe, dass sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befinden kann oder der Abstand zwischen den am weitesten	bestimmte Leistungsgruppen zugewiesen werden können, damit das spezifische Leistungsspektrum der Fachkrankenhäuser durch Fälle aus allgemeinen Leistungsgruppen ergänzt werden kann. Ohne eine solche Regelung könnten beispielsweise orthopädische Fachkrankenhäuser keinerlei konservative Behandlungen erbringen und geriatrische Fachkrankenhäuser wären auf Behandlungen gemäß den spezifischen OPS-Codes beschränkt. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher eine entsprechende Ergänzung in § 135d SGB V (s. Artikel 1, Nr. 3). Anrechnungsregelungen für Fachärzte in den Leistungsgruppen Die Regelungen zur Anrechnung von Fachärzten für mehrere Leistungsgruppen wurden im Vergleich zum Referentenentwurf angepasst, wobei die sachfremde Vorgabe, dass Fachärztinnen und -ärzte, die für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie gemeldet werden, für keine andere Leistungsgruppe gezählt werden können, entfallen ist. Jedoch sind die Vorgaben weiterhin für manche Konstellationen zu einschränkend und für andere Konstellationen zu weitgehend. Die Bundesärztekammer hat die zugrundeliegenden Sachverhalte in einem Vermerk zusammengestellt (siehe Anlage 1) und auf dieser Basis einen Alternativvorschlag für die Regelung in § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c SGB V erarbeitet, der die Anrechenbarkeit mit Blick auf die fachlichen Erfordernisse sachgerecht regelt: <i>“c) Fachärzte für bis zu drei <u>mehrere</u> Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; Fachärzte können entsprechend ihrer Qualifikation</i>

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie betragen dürfen • redaktionelle Anpassung durch Streichung der LG 65 Notfallmedizin.	<u>grundsätzlich nur in einem Gebiet nach der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung für mehrere Standorte und Gebiete setzt die Aufteilung des Stellenanteils voraus, [...]</u> Diese Regelung lässt Raum dafür, ggf. für einzelne hochspezialisierte Leistungsgruppen in der Leistungsgruppen-Tabelle (Anlage 1 zu § 135e SGB V) gesonderte Regelungen zu treffen, wenn dies nach Beratung im LGA auf Basis einer Auswirkungsanalyse geboten erscheint. Belegärzte Die hier vorgeschlagene Formulierung stellt eine Änderung zum Referentenentwurf dar. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Klarstellung, dass ein Belegarzt nur in einer ausgewiesenen Belegabteilung angerechnet werden kann, notwendig. Darüber hinaus besteht weiterer Änderungsbedarf. Die Forderung nach drei Belegärzten kann in manchen Regionen zum Wegfall von Belegabteilungen führen, die einen zwar begrenzten, aber durchaus relevanten und qualitativ guten Versorgungsbeitrag leisten (z. B. im Bereich der Mandeloperationen). Deswegen ist es den Ländern zu ermöglichen, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung auch Belegabteilungen auszuweisen, an denen nur zwei Belegärzte mit vollem Versorgungsauftrag tätig sind. Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden Die Bundesärztekammer befürwortet, dass die Länder mehr Handlungsspielräume erhalten. Dabei kann es nicht darum gehen, die

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden, regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG in § 6 a KHG vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Dass es nun im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde liegt, in welchen Fällen Ausnahmen vorgenommen werden können, erscheint weitreichend. Über die Entwicklung sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte der LGA beraten. Die neu eingeführte Standortregelung (wenn der Kooperationspartner sich in einem Gebäude des Standortes oder in unmittelbar geographischer Nähe zum Krankenhausstandort befindet) erscheint sachgerecht. Dabei sollte jedoch der Charakter eines zusammenhängenden Geländes erhalten bleiben. Im begründeten Einzelfall sollte den Ländern eine Abweichung von der 2000 Meter-Grenze erlaubt werden, wobei diese Abweichung zu begründen sind und die Auswirkungen evaluiert werden sollten. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, eine Klarstellung im Gesetzestext vorzunehmen, dass die aufgezählten Voraussetzungen für Kooperationen und Verbünde alternativ und nicht kumulativ erfüllt werden können:

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			„7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt ist: a) die Erfüllung in Kooperation <u>ist</u> in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen und der Standort des Kooperationspartners befindet sich in einem für das jeweilige Qualitätskriterium nach Beurteilung der zuständigen Landesplanungsbehörde vertretbaren räumlichen Abstand; dabei gilt eine Entfernung von mehr als 40 Autominuten als generell nicht vertretbar; ist, b) dies <u>die Kooperation ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich, ist oder</u> c) sich der Kooperationspartner <u>befindet sich</u> in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners <u>beträgt innerhalb eines zusammenhängenden Geländes nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann in begründeten Einzelfällen für Krankenhausstandorte einen größeren Abstand zulassen, wenn dadurch keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Die entsprechenden Auswirkungen sind gemäß § 427 SGB V zu evaluieren.</u>“ Bezüglich der Evaluation ist auch eine ergänzende Regelung in § 427 SGB V aufzunehmen (s. hierzu Artikel 1, Nr. 14).

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Die Bundesärztekammer betont, dass die in § 135e SGB V vorgenommenen Änderungen (wie auch die in der Anlage 1 vorgesehenen Änderungen) nur erste, unmittelbar offensichtliche Anpassungen umfassen und für eine erfolgreiche Umsetzung der Reform nicht ausreichen.
5	§ 135f	• Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 und 4 SGB V (Streichung Übergangsregelung) • infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben (erstmals bis zum 12.12.2026 zu erlassen)	§ 135f (Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung) Wie bereits in der Stellungnahme zum KHVVG sowie zum Referentenentwurf des KHAG ausgeführt, lehnt die Bundesärztekammer die Einführung von Mindestvorhaltezahlen ab. Diese Regelung überfrachtet die Leistungsgruppensystematik, wirft zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf und birgt erhebliche Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform. Um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, stellt bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument dar. Zudem stellt sich die Frage nach der Evidenz für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen. Das inzwischen vom IQWiG vorgelegte Konzept zeigt, dass eine methodisch überzeugende und auch rechtssichere Definition von Mindestvorhaltezahlen eine anspruchsvolle und aufwändige Aufgabe mit noch unklarer Erfolgsaussicht ist (vgl. die diesbezügliche Stellungnahme der Bundesärztekammer). Da bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument darstellt, um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, fordert die Bundesärztekammer: die <i>Streichung von § 135f SGB V.</i>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Konsekutiv ist die in Satz 5 in § 8 Absatz 4 KHEntgG vorgesehene Knüpfung der Entgelte an die Erfüllung der Mindestvorhaltezah zu streichen.
6	§ 136a	• „Rechtstechnische Klarstellung zu Hebammen-geleiteten Kreissälen“	§ 136a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) Keine Stellungnahme
7	§ 136c	• Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss • bislang gilt für die vom InEK gemäß § 40 KHG vorzunehmende Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen, eine einheitliche quantitative Vorgabe. Demnach hat das InEK die Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fallzahlen in einem Indikationsbereich auszuwählen, die zusammen 15 % aller Fälle aus dem Indikationsbereich umfassen • der neue Absatz 1 soll ein differenziertes Vorgehen ermöglichen: Der G-BA kann in den genannten Indikationsbereichen eine	§ 136c (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG Bedenken zu der 15 %-Grenze geäußert, insbesondere da auch aus dem Begründungstext nicht ersichtlich wurde, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung handelt. Ein pauschaler Prozentsatz berücksichtigt nicht die Vielfalt und Häufigkeit onkochirurgischer Leistungen und könnte zu einer ungewollten Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt. Die Bundesärztekammer fordert daher grundsätzlich, die Regelungen zur Onkochirurgie zu streichen und eine Beratung diesbezüglicher Fragen durch den LGA vorzusehen. Die nun in § 135c SGB V vorgesehene Regelung stellt keinen Ersatz für die geforderte Streichung dar, folgt aber immerhin aus der Erkenntnis, dass eine starre Regelung zu erheblichen Problemen führen kann. Dass eine Beteiligung der Bundesärztekammer gemäß § 136 Absatz 3 SGB V an den entsprechenden Beratungen vorgesehen ist, wird begrüßt.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		niedrigere als die o. g. Prozentzahl festlegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist	Sofern die Regelungen jedoch Bestand haben sollen, sind sie so zu fassen, dass in allen Indikationsbereichen eine Befassung und ggf. Beschlussfassung im G-BA dem Wirksamwerden der Abrechnungsverbote vorausgeht, damit sichergestellt wird, dass Regelungen zur Onkochirurgie erst greifen, wenn eine ausreichende fachliche Analyse und Folgenabschätzung erfolgt sind. Die Bundesärztekammer fordert weiterhin: die <i>Streichung von § 40 KHG, § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG sowie der Neuregelung von § 136c Abs. 1 SGB V.</i>
8	§137i	• bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen soll eine Differenzierung nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem Pflegelast-Katalog bestimmt, vorgenommen werden	§ 137i (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern) Keine Stellungnahme
9	§ 221	• Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds (LKK=Landwirtschaftliche Krankenkasse) • Folgeänderung zur Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Abs. 1 KHG	§ 221 (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen) Die Bundesärztekammer begrüßt die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds; zu den Einzelheiten mit Blick auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt die Bundesärztekammer nicht Stellung.
10	§ 271	• Anhebung der Liquiditätsreserve von 20 auf 22,5 % der monatlichen Ausgaben	§ 271 (Gesundheitsfonds)

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• Einberechnung der Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen (schrittweise Einführung) • Anhebung der Obergrenze von 25 auf 30 % • Schrittweiser Aufbau zur Minderung der Belastungen der Krankenkassen für die Aufstockung der Liquiditätsreserve • ab 2026 erfolgt zunächst nur die Anhebung der Mindestreserve und der Obergrenze • ab 2027 werden auch die Zusatzbeiträge berücksichtigt, die die Krankenkassen basierend auf dem Einkommensausgleich erhalten	Die Bundesärztekammer nimmt zu den Einzelheiten der Regelungen zum Gesundheitsfonds nicht Stellung, sieht die jetzt notwendigen Anpassungen aber als Hinweis auf die unbedingt anzugehenden, grundsätzlichen Finanzprobleme im Bereich der GKV.
11	§ 275a	• Wegfall der Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Medizinischen Dienst (MD) (als Folgeänderung der Streichung dieses Qualitätskriteriums in Anlage 1 zu § 135e) • Anpassung von Fristen: Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den MD verschoben auf den 31.12.2025 (vormals: 30.09.2025); Abschluss der Prüfungen bis zum 31.07.2026 (vormals: 30.06.2026)	§ 275a (Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern) Die Bundesärztekammer befürwortet die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium in Anlage 1 zu § 135e SGB V, um Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) zu vermeiden und weil die Erfüllung der Anforderungen ohnehin gesetzlich vorgegeben ist. Die Anpassung der Zwischenfristen der Krankenhausreform ist von zentraler Bedeutung. Nur so kann sichergestellt werden, dass die im Koalitionsvertrag verankerten Änderungen – unter anderem im Hinblick auf die Leistungsgruppen – bei der Umsetzung der Reform durch die Bundesländer auch wirksam werden können.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Da die Länder die Medizinischen Dienste bis zum 30.09.2025 beauftragen mussten, wird nach Inkrafttreten der geplanten Anpassungen bei den Leistungsgruppen eine Differenzprüfung notwendig werden (u. a. in Bezug auf die Anrechnungsfähigkeit von Fachärzten in bestimmten Leistungsgruppen oder Änderungen beim Vollzeitäquivalent). Darüber hinaus ist eine zeitnahe Anpassung der Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ notwendig. Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich die geplanten Änderungen, weist allerdings darauf hin, dass der vorgegebene Zeitplan für alle Beteiligten sehr ambitioniert ist und bereits jetzt absehbar ist, dass eine der vorgesehenen Fristen (Beauftragung des MD) bei einem Inkrafttreten in der Vergangenheit liegen wird.
12	§ 278	• Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	§ 278 (Medizinischer Dienst) Keine Stellungnahme
13	§ 283	• digitale Prozesse sollen verstärkt genutzt und gefördert werden	§ 283 (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund) Keine Stellungnahme
14	§ 427	• Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts • Evaluation erstmals am 31.07.2027 (vormals 31.12.2028)	§ 427 (Evaluation des KHVVG) Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG vom 23.09.2024 die Themen Auswirkungsanalyse und Evaluation ausführlich dargelegt. Dabei wurden sowohl der Zeitpunkt der ersten

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• hiermit soll dem Anliegen nach einer frühen ersten Bewertung der Leistungsgruppeneinteilung und der weiteren im Zuge der Umsetzung des KHVVG gewonnenen Erkenntnisse Rechnung getragen werden • auch biete es die Möglichkeit, unmittelbar zu Beginn der Einführung der Vorhaltevergütung erste Rückschlüsse aus der bestehenden Leistungsgruppeneinteilung zu ziehen • Erweiterung der Evaluationsvorschrift um die Auswirkungen der Leistungsgruppeneinteilungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG auf die Konzentration der Krankenhausleistungen (Ermittlung u. a. wie häufig und aus welchen Gründen Ausnahmen nach § 6a Absatz 4 KHG erteilt werden) • Erweiterung der Evaluationsvorschrift um die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ (Untersuchung insbesondere Begründung der Zuordnung)	Evaluation und die Frequenz nachfolgender Evaluationen als auch die Inhalte der geplanten Evaluationen kritisch gesehen. Insbesondere die komplexen Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik auf die ärztliche Weiterbildung erfordern eine differenzierte Betrachtung. Außerdem sollten auch die Auswirkungen auf den Verwaltungs- und Bürokratieaufwand der Krankenhäuser, insbesondere ihres in der Patientenversorgung tätigen Personals, der Planungsbehörden der Länder, der Krankenkassen sowie des MD evaluiert werden. Insofern begrüßt es die Bundesärztekammer, dass die erste Evaluation nun ca. 1,5 Jahre früher als bisher vorgesehen vorgelegt werden soll. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern sind dabei für eine Unterstützung bei der Bewertung der Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung einzubeziehen. Die Bundesärztekammer ist außerdem in den Kreis der Adressaten der anonymisierten Berichte in § 427 Satz 3 mit aufzunehmen. Ebenfalls sollten die Fristen für die Folge-Evaluationen vorgezogen werden (ansonsten liegt zwischen der ersten und der zweiten Evaluation ein Zeitraum von 3,5 Jahren). Darüber hinaus begrüßt die Bundesärztekammer die Erweiterungen der Evaluationsvorschriften um die Auswirkungen der Leistungsgruppeneinteilungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG sowie um die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“. Insbesondere in

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Bezug auf Fachkrankenhäuser sollte möglichst eine bundeseinheitliche Umsetzung durch die Länder erfolgen. Daneben empfiehlt die Bundesärztekammer mit Blick auf die Zuordnung eines eingeschränkten Versorgungsauftrags nach § 135 Absatz 4 Satz 4 (neu) (siehe hierzu Artikel 1, Nr. 3) folgende Ergänzung: <i>„5. die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 135d Absatz 4 Satz 3 sowie die Zuordnung eines eingeschränkten Versorgungsauftrags nach § 135d Absatz 4 Satz 4, insbesondere über die Begründungen für die Zuordnungen, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 7 zu übermitteln sind.“</i> In Bezug auf die Ergänzung des § 135e Abs. 4 Nr. 7 Bst. c SGB V (siehe hierzu Artikel 1, Nr. 4) schlägt die Bundesärztekammer folgende Regelung vor: <i>„6. die Auswirkungen der Regelung in § 135e Abs. 4 Nr. 7 Bst. c, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in begründeten Einzelfällen für Krankenhausstandorte einen größeren Abstand zulassen kann.“</i>
15	Anlage 1	• Austausch Anlage 1	Anlage 1 (Leistungsgruppen-Tabelle) Vorbemerkung Die Bundesärztekammer hat sich wiederholt dafür ausgesprochen, zunächst von den 60 in Nordrhein-Westfalen entwickelten somatischen Leistungsgruppen auszugehen und weitere Leistungsgruppen auf Grundlage einer Analyse zunächst im LGA zu beraten. Die

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Bundesärztekammer begrüßt daher, dass diesem Vorgehen hier weitgehend entsprochen wird. Mit Blick auf die jetzt vorgenommenen Änderungen an den Kriterien für die einzelnen Leistungsgruppen ist festzuhalten, dass es sich dabei nur um erste Anpassungen bei besonders offensichtlichem Korrekturbedarf und Konsensfähigkeit im LGA handelt. Für eine sorgfältige Bearbeitung der einzelnen Leistungsgruppen ist es erforderlich, zunächst die Fallzuordnung durch den Grouper zu erörtern, auf dieser Basis die Qualitätskriterien zu überprüfen, eine Analyse der Auswirkungen vorzunehmen und schließlich auch die Umsetzung in der Prüfrichtlinie des MD-Bund in den Blick zu nehmen. Dies ist bisher im LGA nicht erfolgt. Fachkrankenhäuser (Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“) Die Bundesärztekammer befürwortet die Streichung dieser Regelung in den relevanten Leistungsgruppen. Stattdessen ist die Definition von Fachkliniken systematisch im Kontext der Leistungsgruppensystematik in § 135e SGB V aufzunehmen. Grundsätzlich sollte die Regelung die Anforderungen an Fachkliniken zum einen qualitativ beschreiben (Spezialisierung, besondere Leistungsfähigkeit, sinnvolle Einbindung in die Versorgungsstrukturen) und zum anderen sollten quantitative Maßstäbe entwickelt und sorgfältig erprobt werden. Beide Aspekte sind als Grundlage für die Zuweisung des Fachklinikstatus durch die Länder zu formulieren. Hierbei sollte eine

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			möglichst bundeseinheitliche Umsetzung durch die Länder erfolgen, wobei den Ländern ein Ermessensspielraum mit Blick auf die regionalen Versorgungsstrukturen bleiben muss. Pflegepersonaluntergrenzen (Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“) Die Bundesärztekammer befürwortet die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium, um Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes zu vermeiden und weil die Erfüllung der Anforderungen der PpUGV ohnehin gesetzlich vorgegeben ist. LG 1 (Allgemeine Innere Medizin) Die bisherige Vorgabe zur Endoskopie (täglich 10 Stunden im Zeitraum von 6 bis 20 Uhr) hätte einen regulären Zwei-Schicht-Betrieb in der Endoskopie erfordert, was nicht in allen Krankenhäusern mit internistischer Grundversorgung realisierbar und erforderlich ist; die Rücknahme auf täglich 8 Stunden stellt insoweit eine Verbesserung dar. Um einen regulären Ein-Schicht-Betrieb zu ermöglichen, sind 8 Stunden wegen der erforderlichen Randzeiten allerdings noch zu hoch angesetzt. Die Regelung lässt außerdem offen, wie die Endoskopie außerhalb der geforderten 8 Stunden gewährleistet wird. Die Vorgabe sollte folgendermaßen gefasst werden: <u>„Endoskopie täglich acht Stunden werktags im Regelbetrieb, außerhalb des werktäglichen Regelbetriebs und an Samstagen, Sonn- und Feiertagen Gewährleistung mindestens im Rahmen einer Rufbereitschaft“</u>

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			LG 2 (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie) Anders als die Begründung angibt, sind die Empfehlungen des LGA bei dieser Leistungsgruppe (versehentlich?) nicht vollständig umgesetzt worden. Die BÄK spricht sich dafür aus, die LGA-Empfehlungen vollständig umzusetzen (hier mit Blick auf die Erwähnung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und das Erfordernis der Vorhaltung einer LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin). Daneben hatte der LGA empfohlen, dass bei dieser Leistungsgruppe neben Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie auch Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie berücksichtigt werden können (diese Empfehlung ist in Anlage 1 auch umgesetzt). Die Empfehlung wurde erforderlich, weil der Leistungsgruppen-Grouper des InEK dieser Leistungsgruppe – anders als bei der Fallzuordnung in NRW – bestimmte OPS-Codes für stationäre Diabetes-Behandlungen exklusiv zuweist. Dieser Entscheidung des InEK lagen weder Beratungen von Bund und Ländern noch im LGA zugrunde. Das InEK hat damit den Charakter der Leistungsgruppe von einer Leistungsgruppe mit einer hohen Spezialisierung und Kompetenzanforderung (drei Fachärzte mit Spezialisierung sowohl in Endokrinologie als auch in Diabetologie) hin zu einer Leistungsgruppe verändert, die die stationäre Diabetologie in der Breite betrifft. Konsekutiv blieb dem LGA keine andere Möglichkeit, als eine Absenkung der Qualitätskriterien zu empfehlen. Es ist zu fragen, ob dieses Ergebnis den eigentlichen Intentionen der Krankenhausreform entspricht. Jedenfalls zeigt der Vorgang exemplarisch, dass die Entscheidungen über die Fallzuordnung (Grouper) zunächst im LGA beraten und von Bund und

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Ländern entschieden werden sollten, bevor eine Umsetzung durch das InEK erfolgt. LG 14 (Allgemeine Chirurgie) Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassung bei den ärztlichen Personalanforderungen. Sie trägt dazu bei, dass sowohl eine viszeralchirurgische als auch eine unfallchirurgische Grundversorgung durchgängig gewährleistet werden kann. LG 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie) und LG 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) Die Streichung dieser beiden Leistungsgruppen ist Folge offener methodischer Fragen, die auch durch das InEK nicht gelöst werden konnten. Als Folge umfassen die Leistungsgruppen 15 und 46 nunmehr sowohl das allgemeine wie auch das spezielle Spektrum der Kinder- und Jugendmedizin bzw. der Kinder- und Jugendchirurgie. Deswegen sollte die Bezeichnung dieser beiden Leistungsgruppen jeweils ergänzt werden („Allgemeine <u>und</u> spezielle [...]“). Über eine sinnvolle Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik mit Blick auf spezielle Aspekte der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendchirurgie sollte der LGA im Austausch mit dem InEK beraten. LG 19 (Carotis operativ/interventionell) Die Änderungen sind zutreffend. Allerdings bezieht sich der zweite Absatz der Begründung, der Bezug nimmt auf die Empfehlung des LGA, auf die Spalte „Kooperation“ und nicht auf die Spalte „Standort“.

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			LG 54 (Stroke Unit) Wie vom LGA empfohlen, war im Referentenentwurf die LG Allgemeine Innere Medizin in der Spalte „Standort“ gestrichen worden. Diese Änderung war nachvollziehbar und die Bundesärztekammer hatte empfohlen in der Begründung ergänzend darauf hinzuweisen, dass sich das Erfordernis der Vorhaltung der LG „Allgemeine Innere Medizin“ bereits aus der Verknüpfung mit der LG „Allgemeine Neurologie“ ergibt, die ihrerseits die Vorhaltung der LG „Allgemeine Innere Medizin“ voraussetzt (soweit es sich nicht um Fachkliniken handelt). Da die LG Allgemeine Innere Medizin im Gesetzentwurf in der Spalte „Standort“ erneut aufgenommen wurde, empfiehlt die Bundesärztekammer der Empfehlung des LGA zu folgen und eine Streichung vorzunehmen. LG 55 (Neuro- Frühreha [NNF, Phase B]) Um den Bezeichnungen in der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung zu entsprechen, bittet die Bundesärztekammer um eine redaktionelle Änderung in der Spalte „Qualifikation“: „FA Neuropädiatrie <u>FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie</u>“ LG 56 (Geriatric) Bei dieser Leistungsgruppe sind die Empfehlungen des LGA nicht vollständig umgesetzt worden. Die Bundesärztekammer rät dazu, den Empfehlungen des LGA vollständig zu folgen und auch die Begründung anzupassen.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Die Zusatz-Weiterbildung „Geriatric“ kann von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete erworben werden. Dies entspricht dem interdisziplinären Charakter der Geriatric. Der LGA hat deswegen empfohlen, von der bisher vorgegebenen Begrenzung auf bestimmte Facharztbezeichnungen abzusehen. Diese Empfehlung ist im Gesetzentwurf umgesetzt. Damit verbleibt als Anforderung die Vorhaltung von drei Fachärzten (unabhängig vom Gebiet), von denen zwei über die Zusatz-Weiterbildung Geriatric verfügen müssen. Im Gesetzentwurf sind – wie bereits auch in der Stellungnahme zum Referentenentwurf angemerkt – neben der Zusatz-Weiterbildung alternativ der Schwerpunkt Geriatric und der Facharzt für Innere Medizin und Geriatric aufgenommen. Diese beiden Bezeichnungen sind in der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht enthalten. Die Leistungsgruppen-Tabelle führt die Bezeichnungen in allen anderen Zeilen nur auf Basis der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung zu § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6. Die Bundesärztekammer rät dazu, diese Systematik auch bei der LG „Geriatric“ beizubehalten und nur die Zusatz-Weiterbildung Geriatric aufzuführen, wie dies auch der LGA empfohlen hat. Materiell ergibt sich dadurch keine Verschlechterung, weil vergleichbare Bezeichnungen aufgrund früherer oder auf Landesebene abweichender Weiterbildungsordnung auf Basis von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 berücksichtigt werden können. Die Bundesärztekammer hat dazu mittlerweile im Zusammenwirken mit den Landesärztekammern eine Tabelle erstellt, in der die jeweils vergleichbaren Bezeichnungen aufgeführt

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			sind. In dieser Tabelle ist auch kenntlich gemacht, dass der Schwerpunkt Geriatrie und der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie als vergleichbare Bezeichnungen zur Zusatz-Weiterbildung Geriatrie im Sinne von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 zu berücksichtigen sind. LG 58-63 (Transplantationen) Zu den „Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird jeweils der „Transplantationsbeauftragte“ gezählt. Dieser ist samt seinen Aufgaben in § 9b TPG vorgegeben und spielt bei der Transplantation als solcher eher keine Rolle. Vermutlich intendiert ist eine Person, die als (interner) „Transplantationskoordinator“ o. ä. vorzusehen ist. Redaktionell ist anzumerken, dass die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer obligate interdisziplinäre Transplantationskonferenz bei diesen Leistungsgruppen verkürzt „interdisziplinäre Transplantkonferenz“ genannt wird. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine redaktionelle Anpassung. Ergänzender Änderungsbedarf – Spezielle Schmerztherapie Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat darauf hingewiesen, dass die Krankenhausreform in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kritische Auswirkungen auf die bestehenden stationären Angebote in der Speziellen Schmerztherapie haben wird. Das Problem dieser Einrichtungen besteht darin, dass die von ihnen erbrachten Behandlungsfälle – in Ermangelung einer eigenen Leistungsgruppe – vom InEK-Grouper unterschiedlichen Leistungsgruppen zugewiesen werden, die am jeweiligen Standort oft nicht vorhanden sind

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			und aufgrund des Profils des jeweiligen Krankenhauses auch gar angestrebt werden (können). Dies können beispielsweise die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Allgemeine Chirurgie“ sein. Ohne Vorhandensein dieser Leistungsgruppen entfällt im aktuell geplanten System die Möglichkeit, die betreffenden schmerztherapeutischen Behandlungen durchzuführen. Dieses Problem lässt sich nicht ausreichend über die bestehenden Regelungen für Fachkrankenhäuser lösen. Die Fachklinik-Regelungen ermöglichen Kooperationen in den Bereichen „Verwandte Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ bei den zugewiesenen Leistungsgruppen. Für die betroffenen schmerztherapeutischen Abteilungen bzw. Fachkrankenhäuser besteht jedoch das Problem darin, dass es schon an der originären Zuweisung für die entsprechenden Leistungsgruppen fehlt. Die aus Sicht der Bundesärztekammer naheliegendste und fachlich sinnvollste Lösungsoption ist die Einfügung einer Leistungsgruppe „Spezielle Schmerztherapie“. Mit Blick auf die Qualitätsanforderungen ist es aus erforderlich, für diese Leistungsgruppe die Verfügbarkeit von drei Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalent) mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ vorzusehen. Eine bzw. einer der drei Fachärztinnen bzw. Fachärzte sollte durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ohne die genannte Zusatz-Weiterbildung ersetzt werden können. Die Rufbereitschaft außerhalb der regulären Dienstzeiten sollte auch durch an der Klinik beschäftigte weitere Fachärztinnen bzw. Fachärzte ohne die

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			genannte Zusatz-Weiterbildung abgedeckt werden dürfen. Weitere Vorgaben bzw. Einschränkungen der zeitlichen Verfügbarkeit sind aus unserer Sicht nicht vorzunehmen.
Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
1	§ 2a	• redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	§ 2a (Krankenhausstandort) Die auf Bundesebene vorgegeben Standortdefinition kann mit Blick auf die Zuweisung von Leistungsgruppen, aber auch in anderen Regelungskreisen (Zentrumsausweisungen, PPP-RL) zu relevanten Problemen bei der regionalen Umsetzung führen, die nicht im Sinne einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung sind. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, den Bundesländern zu ermöglichen, in gut begründeten Fällen, in denen keine Qualitätseinbußen in der Versorgung zu befürchten sind, Abweichungen von der starren bundeseinheitlichen Standortdefinition zuzulassen (siehe hierzu auch Artikel 1, Nr. 4).
2	§ 6a	• Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Bundeswehrkrankenhäuser) die Qualitätskriterien erfüllen müssen • Übergangsregelung bis zum 31.12.2030 für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, damit	§ 6a (Zuweisung von Leistungsgruppen) Die Bundesärztekammer befürwortet, dass die Länder mehr Handlungsspielräume erhalten. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden,

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung dienen (NRW) • Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien (Streichung der Erreichbarkeitskriterien, Ausnahme bei Krankenhäusern (KH) bei denen der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist, Ausnahme bei KH bei Zusammenlegung von Standorten, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist) • Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung im Gesetzentwurf ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Über die Entwicklung sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte daher zunächst der LGA beraten. Richtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Aufnahme eines Ausnahmetatbestandes für Krankenhäuser, deren Betrieb eingestellt werden soll sowie beim Zusammenschluss von Krankenhausstandorten, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des KHAG die Möglichkeit begrüßt eine Ausnahmeregelung in gut begründeten Fällen nach drei Jahren ein weiteres Mal zu verlängern. Diese Möglichkeit wurde nun im Gesetzentwurf wieder gestrichen. Wie bereits in der Stellungnahme zum KHVVG vom 23.09.2024 beschrieben, schlägt die Bundesärztekammer folgende Anpassung vor: <i>„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen <u>in der Regel</u> auf höchstens drei Jahre zu befristen. <u>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die Frist bei Bedarf in begründeten Fällen verlängern, um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen.</u>“</i>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Der Gesetzentwurf sieht dazu ein Einvernehmen (statt eines Benehmens) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor. Dies steht aus Sicht der Bundesärztekammer nicht im Einklang mit § 7 Abs. 1 Satz 2 KHG. Danach sind bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben, also mit den Mitgliedern der Landesausschüsse für Krankenhausplanung. Dies sollte auch für den vorliegenden Sachverhalt gelten. Ein einseitiger Einvernehmungsvorbehalt nur für die Krankenkassen ist aus Sicht der Bundesärztekammer abzulehnen. Die Bundesärztekammer schlägt daher folgende Änderung vor: <i>“Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, [...] erforderlich ist. § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend.”</i>
3	§ 6b	• Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK • Folgeänderung zu § 38 KHG	§ 6b (Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben) Die Bundesärztekammer weist erneut darauf hin, dass die Kosten für die Organisation von durch die Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden explizit bei den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Krankenhäusern zu berücksichtigen sind (vgl. auch allgemeine Bewertung des Gesetzentwurfes).

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
4	§ 12a	• nicht beantragte Strukturfondsmittel werden für Verwaltung und Aufwendungen des Transformationsfonds genutzt • jährliche Übertragung entsprechender Beträge • weitere Mittelübertragungen entfallen wegen der Finanzlage der GKV	§ 12a (Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019) Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Verwaltungskosten nicht von den Fördermitteln des Transformationsfonds abgezogen werden, sondern aus ungenutzten Mitteln des Strukturfonds gedeckt werden sollen.
5	§ 12b	• Streichung der Antragsfrist • Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung • der Transformationsfonds wird auf Grundlage des Koalitionsvertrages umgebaut: den bisherigen Betrag von 25 Milliarden Euro, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden sollte, soll nun aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert werden • um die Länder zu entlasten, wurde der Betrag von 25 Mrd. auf 29 Mrd. Euro (im Vergleich zum Referentenentwurf) erhöht • aufgrund der Aufstockung des Bundesanteils Anpassung der Regelung zur Kofinanzierung der Länder (zu erbringende Kofinanzierung wird für die Jahre 2026 bis 2029 von 50 auf 30 % abgesenkt)	§ 12b (Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung) Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der ursprünglich zur Finanzierung des Transformationsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgesehene Anteil aus dem Sondervermögen Infrastruktur bereitgestellt wird sowie die diesbezügliche Erhöhung des bisherigen Betrags von 25 auf 29 Mrd. Euro. Die Bundesärztekammer begrüßt zudem die stärkere Einbeziehung der Hochschulkliniken in ausgewählte Fördertatbestände sowie auch die Streichung der Vorgaben zur Prüfung des Insolvenzrisikos durch die Länder, die – wie die Begründung ausführlich und zutreffend erläutert – nicht sachgerecht waren. Mit Blick auf den gesetzlich vorgesehenen Ausbau von Hybrid-DRG-Leistungen besteht auch die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für entsprechende Umstrukturierungsmaßnahmen in die bestehenden Fördertatbestände des § 12b KHG aufzunehmen:

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• stärkere Einbeziehung der Hochschulkliniken in ausgewählte Fördertatbestände des § 12b KHG (gem. Koalitionsvertrag) • Wegfall der Prüfung einer Insolvenzgefahr durch die Länder • nicht verwendete Fördermittel nach Ende des Transformationsfonds 2035 verbleiben nicht in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern werden an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurücküberwiesen	<i><u>“[...] 9. Vorhaben zur Umstrukturierung von Krankenhausstandorten im Rahmen des Ausbaus der speziellen sektorengleichen Vergütung nach 115f SGB V.”</u></i>
6	§ 13	• durch die vorgesehene Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds (aus Bundesmitteln) werden die Anforderungen an die Form der Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen reduziert	§ 13 (Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben) Die Bundesärztekammer erneuert ihren Hinweis, dass auf der Landesebene die Landesausschüsse für Krankenhausplanung in die Förderverfahren einzubinden sind, wie dies in § 7 Abs. 1 KHG vorgegeben ist. Eine einseitige Privilegierung der Krankenkassen in diesem Verfahren war schon unter den bisher vorgesehenen Bedingungen nicht richtig. Nachdem nun die Finanzierung des Transformationsfonds vollständig aus Bundes- und Landesmitteln erfolgt (und nicht mehr aus Mitteln des Gesundheitsfonds) ist eine solche Privilegierung der Krankenkassen erst recht nicht mehr begründbar. § 13 Satz 1 und 2 KHG sind deswegen wie folgt zu ändern: <i>“Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die <u>Die Länder treffen die Entscheidung, welche</u></i>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			<i>Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll; § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend. Sie-Die Länder können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.“</i>
7	§ 17b	• Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung) Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (Vorhaltevergütung) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung, die nicht bis zum Jahr 2027 aufgeschoben werden darf. Stattdessen muss sofort mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes begonnen werden. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung; sie stellt daher lediglich einen ersten Schritt dar und verschafft den dafür den erforderlichen zeitlichen Spielraum. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln. Der Grundgedanke sollte dabei sein, dass sich die Vorhaltevergütung am jeweiligen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan orientieren

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			muss. Für eine Neukonzeption der Vorhaltevergütung muss zudem der Gedanke leitend sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Darüber hinaus müssen mit Blick auf die Krisenresilienz auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsbereiche mitgeplant und umgesetzt werden. Anstelle des vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten. Ergänzende Stellungnahme zu § 17b Absatz 1 Die Bundesärztekammer weist noch einmal mit Nachdruck auf die nicht sachgerechten Regelungen in Absatz 1 Satz 14 hin, nach denen ohne Einbezug der Bundesärztekammer Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung entwickelt werden sollen. Das InEK soll gemäß der Gesetzesbegründung ein entsprechendes Konzept vorlegen, auf dessen Grundlage die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Zu- und Abschläge für die Krankenhäuser festlegen sollen. Die Zuständigkeit der Ärztekammern für die Weiterbildung ergibt sich aus den Heilberufe- und Kammergesetzen. Die Ärztekammern sind unter anderem für die Zulassung von Weiterbildungsstätten nach definierten Kriterien, die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen sowie die Abnahme von Weiterbildungsprüfungen zuständig und stehen somit in regelmäßigem

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Kontakt mit weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten sowie Weiterbildungsbefugten. Sie können einschätzen, welche Qualitätsindikatoren für den Prozess in Betracht kommen und ausschlaggebend sind. Zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung müssen angesichts der unzureichenden Finanzierung zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, anstatt Abschläge vorzusehen. Um zu gewährleisten, dass die Bundesärztekammer hier strukturell einbezogen wird, ist eine entsprechende Ergänzung vorzusehen, nach der die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren für die ärztliche Weiterbildung in Abstimmung mit der Bundesärztekammer zu erfolgen hat, sowie eine Verschiebung der Frist: <i>„Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 <u>in Abstimmung mit der Bundesärztekammer</u> bis zum 31. Dezember 20256, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche, <u>insbesondere in Verbindung mit durch die Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden</u>, ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein, <u>die in Abstimmung mit der Bundesärztekammer festzulegen sind</u>. und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.“</i>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
8	§ 37	• Ermittlung der Vorhaltevergütung: ○ Anpassungen Fristen durch Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung ○ Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen (Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung) ○ Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	§ 37 (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets) Keine Stellungnahme
9	§ 38	• Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassung der Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 38 (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken) Keine Stellungnahme
10	§ 39	• Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Nummer 8 § 39 (Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin) Die Bundesärztekammer empfiehlt die Bereitstellung der Fördermittel für die Stroke Unit, die Spezielle Traumatologie und die Intensivmedizin nicht zu verschieben und für die Mittelverteilung zunächst einen anderen Mechanismus zu entwickeln. Darüber hinaus sollte eine entsprechende

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			finanzielle Förderung dieser Bereiche bereits im Jahr 2026 vorgesehen werden. Da in NRW, bzw. "für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden" Ausnahme- bzw. Übergangsregelungen in Bezug auf die Vorhaltevergütung bestehen, hat dies nach derzeitigem Stand zur Folge, dass auch die geplanten Förderbeträge in den Jahren 2028-2030 nicht gezahlt werden können. Diese Gesetzeslücke ist aus Sicht der Bundesärztekammer zu schließen. Die Verlängerung der bisherigen Zuschläge zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern sowie zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 5 Abs. 2b und Abs. 3k KHEntG um ein Jahr (bis zum Jahr 2027) werden begrüßt.
11	§ 40	• Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung • Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	§ 40 (Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen) Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG Bedenken zu der 15 %-Grenze geäußert, insbesondere da auch aus dem Begründungstext nicht ersichtlich wurde, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung handelt. Ein pauschaler Prozentsatz berücksichtigt nicht die Vielfalt und Häufigkeit onkochirurgischer Leistungen und könnte zu einer ungewollten

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt. Die Bundesärztekammer fordert daher grundsätzlich die Regelungen zur Onkochirurgie zu streichen und eine Beratung diesbezüglicher Fragen durch den LGA vorzusehen. Die nun in § 135c SGB V vorgesehene Regelung stellt keinen Ersatz für die geforderte Streichung dar, folgt aber immerhin aus der Erkenntnis, dass eine starre Regelung zu erheblichen Problemen führen kann. Dass eine Beteiligung der Bundesärztekammer gemäß § 136 Absatz 3 SGB V an den entsprechenden Beratungen vorgesehen ist, wird begrüßt. Sofern die Regelungen jedoch Bestand haben sollen, sind sie so zu fassen, dass in allen Indikationsbereichen eine Befassung und ggf. Beschlussfassung im G-BA dem Wirksamwerden der Abrechnungsverbote vorausgeht, damit sichergestellt wird, dass Regelungen zur Onkochirurgie erst greifen, wenn eine ausreichende fachliche Analyse und Folgenabschätzung erfolgt sind. Die Bundesärztekammer fordert weiterhin: <i>die Streichung von § 40 KHG, § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG sowie der Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V.</i>
Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)			
2	§ 1	• Ausnahmeregelung in Absatz 4 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum	§ 1 (Anwendungsbereich) Keine Stellungnahme

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		31.12.2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden (NRW)	
3	§ 3	• Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung • Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	§ 3 (Grundlagen) Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (Vorhaltevergütung) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung, die nicht bis zum Jahr 2027 aufgeschoben werden darf. Stattdessen muss sofort mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes begonnen werden. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung; sie stellt daher lediglich einen ersten Schritt dar und verschafft den dafür den erforderlichen zeitlichen Spielraum. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln. Der Grundgedanke sollte dabei sein, dass sich die Vorhaltevergütung am jeweiligen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan orientieren muss. Für eine Neukonzeption der Vorhaltevergütung muss zudem der Gedanke leitend sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Darüber hinaus müssen mit

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Blick auf die Krisenresilienz auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsbereiche mitgeplant und umgesetzt werden. Anstelle des vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten.
4	§ 4	• Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei: Vereinbarung Erlösbudget und Fixkostendegressionsabschlag	§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3.
5	§ 5	• Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung • redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	§ 5 (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen) Zunächst begrüßt die Bundesärztekammer die Verlängerung der bisherigen Zuschläge zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern sowie zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen um ein Jahr (bis zum Jahr 2027). Darüber hinaus siehe die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3.
6	§ 6b	• Ermittlung Vorhaltebudget: ○ Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung ○ Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen	§ 6b (Vergütung eines Vorhaltebudgets) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle	
7	§ 7	Anpassungen Fristen für Abrechnung der Entgelte aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 7 (Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3.
8	§ 8	Anpassungen Fristen für die Berechnung der Entgelte aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 8 (Berechnung der Entgelte) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3
9	§ 9	- Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung - redaktionelle Anpassung, die klargestellt, dass die Zuschläge nicht jedes Jahr um 33 Millionen Euro zu erhöhen sind, sondern die Erhöhung nur einmalig erfolgt und ab dem Jahr 2028 die einmalig erhöhten Zuschläge gezahlt werden	§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 3.
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum auf das vorangegangene Kalenderjahr (bisher zweites Halbjahr des Vorjahres zusammen mit dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres),	§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene) Keine Stellungnahme

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser	
11	§ 11	• die PKV hat derzeit keinen verlässlichen Zugang zu den nach § 18 KHG zwischen Krankenhausträgern und Kassen vereinbarten Entgeltvereinbarungen • künftig sollen Krankenhausträger Budgetvereinbarungen und ggf. Abschlagsvereinbarungen auch an den PKV-Verband übermitteln, um eine gleichberechtigte und zeitnahe Rechnungsprüfung zu ermöglichen • die Landesbehörde soll den PKV-Verband über genehmigte Abschlüsse bei fehlender fristgerechter Unterlagenübermittlung informieren, damit dieser dies bei der Rechnungsprüfung berücksichtigen kann	§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus) Keine Stellungnahme
12	§ 14	• die Landesbehörde soll den PKV-Verband über genehmigte Entgeltentscheidungen informieren, um gleichberechtigte, umfassende und zeitnahe Rechnungsprüfung zu ermöglichen	§ 12 (Vorläufige Vereinbarung) Keine Stellungnahme

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
13	§ 21	• Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung • Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung der Übergangsregelung) • Klarstellung, dass das InEK die Erarbeitung von Vorgaben für den sog. Leistungsgruppen-Grouper nicht nur einmalig, sondern regelmäßig vorzunehmen hat und dementsprechend den Leistungsgruppen-Grouper dauerhaft weiterentwickelt • Klarstellung, dass die vom InEK zu übermittelnde Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen auch die für eine Fachkrankenhaus-Zuordnung erforderliche Begründung umfasst	§ 6b (Vergütung eines Vorhaltebudgets) Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 2. Gemäß § 21 Abs. 3c KHEntG erarbeitet das InEK Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu den verschiedenen Leistungsgruppen, den sogenannten Leistungsgruppen-Grouper. Dieser ist hochkomplex und stellt das zentrale Steuerungselement der Reform dar. Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend darauf an, welche Behandlungen (Fälle) den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Denn davon hängt letztendlich das künftige Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser ab. Der vorliegende Grouper ist stark von einer Abrechnungslogik geprägt, wodurch sich bei der konkreten Umsetzung Verwerfungen ergeben, die den eigentlichen Reformzielen zuwiderlaufen können. Die Bundesärztekammer hat mehrfach betont, dass ohne grundlegende Anpassungen relevante Verwerfungen zu befürchten sind. Deswegen ist es erforderlich, die Auswirkungen des InEK-Groupers für die einzelnen Leistungsgruppen gemeinsam mit dem LGA gemäß § 135e Abs. 3 SGB V sorgfältig zu überprüfen und dort, wo Verwerfungen entstehen, Anpassungen vorzunehmen. Durch eine Streichung in Abs. 3c soll nun klargestellt werden, dass das InEK die Erarbeitung von Vorgaben für den sogenannten Leistungsgruppen-Grouper nicht nur einmalig, sondern regelmäßig vorzunehmen hat und

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			dementsprechend den Leistungsgruppen-Groupen dauerhaft weiterentwickelt. Eine Abstimmung mit dem vom BMG eingerichteten LGA, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließen soll, ist bisher nicht vorgesehen. Um diesem Auftrag nachkommen zu können, ist vorzusehen, dass das InEK bei der Weiterentwicklung des Groupers den LGA einbezieht und daher folgende Anpassung in § 21 Abs. 3c KHEntG vorzunehmen: <i>„(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet <u>in Abstimmung mit dem gemäß § 135e Abs. 3 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Ausschuss</u> Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“</i> Darüber hinaus ist in § 135e Abs. 3 ein Satz 7 vorzusehen, dass das InEK regelhaft beratend an den Sitzungen des LGA teilnimmt: <i>„<u>Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nimmt beratend an den Sitzungen des Ausschusses teil.</u>“</i> Ergänzende Stellungnahme zu § 21 KHEntG in Verbindung mit § 135e SGB V

Nr.	Vor- schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			Gemäß § 135 e Abs. 3 SGB V hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Ausschuss eingerichtet, der Empfehlungen zu den Inhalten sowie zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 SGB V, das heißt zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, erarbeitet und beschließt. Nach § 135e Abs. 3 Satz 6 besteht der Ausschuss aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe. Um dem Auftrag zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e SGB V nachkommen zu können, muss den beteiligten Organisationen nach Absatz 3 Satz 6 ein Zugriff auf die Daten sowie eine Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG ermöglicht werden. Derzeit steht dieser Zugriff gemäß § 21 KHEntgG nur der DKG, dem GKV-SV sowie dem BMG zu. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß § 135e Abs. 3 SGB V fordert die Bundesärztekammer folgende Änderung in § 21 Abs. 3 SGB V: <i>„(3) Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 1 auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 1. Juli die</i> <i>[...] <u>5. Daten nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 Buchstabe b bis i zur Erstellung von Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung sowie zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V bzw. zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und</u></i>

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
			<u>Qualitätskriterien an die in § 135e Abs. 3 Satz 6 SGB V genannten Organisationen.“</u>
Artikel 4 – Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung			
1	§ 2	• redaktionelle Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	§ 2 (Förderfähigkeit) Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der ursprünglich zur Finanzierung des Transformationsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgesehene Anteil aus dem Sondervermögen Infrastruktur bereitgestellt wird sowie die diesbezügliche Erhöhung des bisherigen Betrags von 25 auf 29 Mrd. Euro. Siehe hierzu auch die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 2, Nr. 5. Unabhängig von den jetzt vorgesehenen Änderungen erneuert die Bundesärztekammer ihren Hinweis, dass auf der Landesebene die Landesausschüsse für Krankenhausplanung in die Förderverfahren einzubinden sind. Eine einseitige Privilegierung der Krankenkassen in diesem Verfahren war schon unter den bisher vorgesehenen Bedingungen nicht richtig. Nachdem die Finanzierung des Transformationsfonds nun vollständig aus Bundes- und Landesmitteln erfolgen soll, ist eine solche Privilegierung der Krankenkassen nicht mehr begründbar. Siehe hierzu auch die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 2, Nr. 6.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
2	§ 3	• redaktionelle Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	§ 3 (Regelungen zu den einzelnen Fördertatbeständen nach § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1. In diesem Zusammenhang wird erneut darauf hingewiesen, dass klargestellt werden sollte, dass die Kosten für die Organisation von durch die Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden als expliziter Fördertatbestand im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen (§ 3 Abs. 1 KHTFV) und im Rahmen der Bildung und Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbünden (§ 3 Abs. 5 KHTFV) zu berücksichtigen sind.
3	§ 4	• Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG • weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG und § 13 KHG	§ 4 (Antragstellung) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
4	§ 5	• Streichung Regelung für Beteiligung PKV	§ 5 (Auszahlung der Fördermittel) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
5	§ 6	• Streichung Regelungen für Beteiligung PKV • Folgeänderung zu Änderungen in § 12b KHG	§ 6 (Verwendung der Fördermittel) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
6	§ 7	• Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung • Streichung Regelung für Beteiligung PKV • Streichung von Absatz 8, der die anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte	§ 7 (Rückforderung von Fördermitteln) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
7	§ 8	• Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	§ 8 (Aufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung) Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
Artikel 5 – Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen			
1	§ 186a	• Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt) • Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern soll auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen werden, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können	§ 186a (Fusionskontrolle im Krankenhausbereich) Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassungen der Zusammenschlusskontrolle bei den Landesbehörden für die Krankenhausplanung. Gesundheitspolitisch planerische Entscheidungen können sinnvollerweise bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden erfolgen. Eine Kontrolle der Kartellbehörden ist für den Zusammenschluss nicht erforderlich, im Rahmen der Missbrauchskontrolle aber weiterhin sinnvoll. Die vorgesehenen Anpassungen der Verfahrensabläufe und Zuständigkeiten sowie Klarstellungen hält die Bundesärztekammer für nachvollziehbar. Bürokratischer Aufwand und rechtliche Unsicherheiten können damit vermieden werden.

Nr.	Vor-schrift	Geplante Regelungen	Stellungnahme der Bundesärztekammer
		• Verfahrensgang soll klarer dargestellt werden	
2	§ 187	• redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 • redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	§ 187 (Übergangs- und Schlussbestimmungen) Keine Stellungnahme
Artikel 6 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung			
1	§ 9	• redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene) Keine Stellungnahme
2	§ 11	• Folgeänderung zur Änderung in § 11 KHEntgG	§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus) Keine Stellungnahme
3	§ 14	• Folgeänderung zur Änderung in § 14 KHEntgG	§ 14 (Genehmigung) Keine Stellungnahme
Artikel 7 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch			
	§ 53d	• der Medizinische Dienst Bund kann in Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen	§ 53d (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund) Keine Stellungnahme

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V in Verbindung mit § 6c KHG)

Die Bundesärztekammer erneuert ihre Kritik, dass keine Beteiligung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorgesehen ist. Während die Bundesärztekammer richtigerweise im Ausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V vertreten ist, ist eine Einbindung im Zusammenhang mit der Festlegung des stationären Leistungsspektrums der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der Festlegung der Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation für die Erbringung dieser Leistungen nicht vorgesehen.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine Beteiligung der Bundesärztekammer bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer in Absatz 3 Satz 1 folgende Ergänzung:

„(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren [...] im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, [...]“

Um eine Beteiligung der Landesärztekammern bei der Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer zudem folgende Änderung in § 6c Absatz 1 KHG:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend. [...]“

Hierbei ist grundsätzlich anzumerken, dass die Bundesärztekammer in allen Bundesländern eine Beteiligung der Landesärztekammern in den Landeskrankenhausplanungsausschüssen mit Sitz und Stimme fordert.

Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung Hürden für Weiterbildungsverbünde – Arbeitnehmerüberlassung

Die geplante Zentralisierung spezialisierter Leistungen darf nicht zu Engpässen und Brüchen in der Weiterbildung führen. Daher spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, verstärkt regionale Weiterbildungsverbünde zu bilden und den mit der Organisation verbundenen Mehraufwand angemessen zu refinanzieren. Bei der Zuteilung von Leistungsgruppen sollte jenen Krankenhäusern der Vorzug gegeben werden, die sich an der ärztlichen Weiterbildung sowie an regionalen Weiterbildungsverbünden beteiligen. Die Bundesärztekammer betont auch die Notwendigkeit klarer arbeitsrechtlicher Regelungen für Rotationen innerhalb solcher Verbünde. Um bürokratische Hürden und Unsicherheiten für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu vermeiden, fordert sie, dass diese nicht unter das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) fallen.

Für einen Ausbezug von Arbeitsverhältnissen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung aus dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (vgl. Allgemeine Bewertung des RefE, letzter Punkt) fordert die Bundesärztekammer die Aufnahme eines neuen Absatz 8 in § 1 des Gesetzes über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG):

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„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.“

Die Stärkung der ärztlichen Weiterbildung kann nur durch ein Bündel abgestimmter Maßnahmen gelingen, wie sie in dieser Stellungnahme an verschiedenen Stellen gefordert werden. Diese sind in der beigelegten Anlage 2 noch einmal übersichtlich dargestellt.

Versorgung von Menschen mit schwerer komplexer Behinderung sicherstellen - stationäre Angebote bedarfsgerecht ausbauen

Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat in seinem Beschluss Ic-25 die politischen Entscheidungsträger aufgefordert, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in Deutschland ausreichend spezialisierte stationäre Behandlungsplätze für Menschen mit schwerer komplexer Behinderung mit Intelligenzminderung zur Verfügung stehen.

Die Bundesärztekammer empfiehlt eine gezielte Förderung von spezialisierten Einrichtungen, etwa durch den Transformationsfonds, spezifische Fördermaßnahmen oder die G-BA-Zentrumsregelung zu prüfen und in den Krankenhausreformprozess zu integrieren, um die bedarfsgerechte Versorgung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe langfristig sicherzustellen.

Hybrid-DRG (§ 115f SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung)

Die Bundesärztekammer befürwortet in Bereichen mit klaren medizinischen Indikationen sowie geeigneten Rahmenbedingungen grundsätzlich den Ausbau der ambulanten Versorgung am Krankenhaus sowie im vertragsärztlichen Bereich. Hierbei darf die Ambulantisierung nicht zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität (insbesondere bei hochkomplexen medizinischen Behandlungen, die eine kontinuierliche stationäre Betreuung oder spezialisierte Infrastruktur erfordern), zu Fehlanreizen führen oder einer Überlastung des ambulanten Sektors.

Die Einführung von Leistungsgruppen soll unter anderem dazu dienen spezialisierte Versorgung an hochqualifizierten Standorten zu konzentrieren. Sofern dieselben Leistungen jedoch ohne entsprechende Qualitätskriterien als Hybrid-DRGs an anderen Orten erbracht werden, ist die Möglichkeit der Länder, die Versorgung effektiv zu steuern, gefährdet.

Mit Blick auf den gesetzlich vorgesehenen Ausbau von Hybrid-DRG-Leistungen besteht die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für entsprechende Umstrukturierungsmaßnahmen in die bestehenden Fördertatbestände des § 12b KHG aufzunehmen:

“[...] 9. Vorhaben zur Umstrukturierung von Krankenhausstandorten im Rahmen des Ausbaus der speziellen sektorengleichen Vergütung nach 115f SGB V.“

Gemäß Absatz 1 Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 (demnach der GKV-SV, die DKG und die KBV) für welche der im AOP-Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich als Hybrid-DRG erfolgt. Neben den genannten Organisationen ist im gesamten § 115f auch die Bundesärztekammer zu nennen, da sie

sektorenübergreifend das Erfahrungswissen und den medizinisch-fachlichen Sachverstand der gesamten Ärzteschaft vertritt.

Gemäß Absatz 1 Satz 8 beauftragen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 das InEK zur Erarbeitung eines Vorschlags für die Kalkulation der Vergütung, bei dem vorzusehen ist, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Die Bundesärztekammer fordert die Rücknahme dieser Vorgabe. Dem Begründungstext der Vorstandsüberweisung Ic-93 des 129. Deutschen Ärztetages 2025 ist diesbezüglich Folgendes zu entnehmen:

„Eine Absenkung der Vergütungen auf das Niveau des AOP-Vertrages und somit des EBM widerspricht der Intention einer "hybriden" Vergütungssystematik - "zwischen EBM und DRG" - und wird die geplante Ambulantisierung operativer Leistungen ad absurdum führen. Leistungserbringer des stationären und vertragsärztlichen Sektors sind von allgemeinen Kostensteigerungen betroffen. Eine alleinige Ausrichtung der Vergütungen am EBM-Niveau wird zur Untervergütung der im Hybrid-DRG-System umfassten Leistungen führen. Investitionen, die aufgrund von Hybrid-DRGs getätigt werden, um entsprechende Strukturen aufzubauen oder bestehende weiterzuentwickeln, sind dann nicht mehr gesichert - mit der Gefahr einer massiven Unterversorgung entsprechender Patientinnen und Patienten.“

Gemäß Absatz 2 Satz 2 sollen ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle als Hybrid-DRG erfasst werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten zunächst die bisherige Auswahl und die entsprechenden Folgen im ambulanten sowie stationären Bereich evaluiert werden, bevor eine gesetzlich verpflichtende Ausweitung erfolgt. Darüber hinaus sollten die Selbstverwaltungspartner (einschließlich der Bundesärztekammer) bestimmen, zu welchem Zeitpunkt welche Anzahl von Fällen als Hybrid-DRG erfasst werden. Welche Leistungen als Hybrid-DRG erfasst werden können sollte grundsätzlich und auch mit Blick auf die Gewährleistung der Patientensicherheit anhand von medizinischen Kriterien entschieden werden.

Die Bundesärztekammer fordert daher folgende Streichung:

„(2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ~~ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen~~ Fälle erfasst werden.“

Gemäß Absatz 2 Satz 5 sollen bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden. Aufgrund dieser Vorgaben wurden Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen aus den Hybrid-DRG gestrichen – eine

auskömmliche Vergütung dieser Leistungen ist jedoch weiterhin sicherzustellen und es ist klarzustellen, dass Leistungen bei Kindern und Menschen mit Behinderung, die bis zum 31. Dezember 2025 abrechnungsfähig erbracht wurden, weiterhin abgerechnet werden können:

„Leistungen bei Kindern und Menschen mit Behinderung, die bis zum 31. Dezember 2025 abrechnungsfähig erbracht wurden, bleiben weiterhin abrechnungsfähig.“

Grundsätzlich führt diese Regelung zu einer strukturellen Benachteiligung von Kindern sowie von Menschen mit Behinderungen. Unnötige Klinikaufenthalte sind zu vermeiden, insbesondere da diese Personengruppen durch das Vorhandensein des gewohnten Umfelds und die Nähe zu vertrauten Bezugspersonen von kurzen stationären Aufenthalten oder ambulanten Eingriffen profitieren können. Der entsprechende Satz 5 in Absatz 2 sollte daher gestrichen werden:

~~“ Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.“~~



Rufbereitschaft und Anrechnungsfähigkeit von Fachärztinnen/Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen

Stand 15.12.2025

Ein zentrales Element der Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen (LG) gemäß § 135e SGB V sind die Anforderungen zur Qualifikation und Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten.

Unterscheidung von Facharztvorgaben für die LG von einer ärztlichen Personalbemessung

Die Facharztvorgaben der LG regeln nicht, wie viele Ärztinnen und Ärzte für eine Krankenhausabteilung oder die Erbringung von Leistungen einer Leistungsgruppe insgesamt erforderlich ist.

Denn dies hängt wesentlich von der Größe der jeweiligen Abteilung bzw. der konkreten Fallzahl in der jeweiligen Leistungsgruppe, aber auch von zahlreichen weiteren Faktoren ab. Deswegen kann diese (wichtige!) Frage nur durch eine ärztliche Personalbemessung geklärt werden, wie sie sich derzeit auf Grundlage von § 137m SGB V in Erprobung befindet.

Zweck der Facharztvorgaben für die Leistungsgruppen

Die Qualitätsvorgaben in den Leistungsgruppen sollen stattdessen ein Mindestmaß an fachärztlicher Kompetenz sicherstellen und vor allem eine fachärztliche Rufbereitschaft (sogenannter Hintergrunddienst) rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund sollte es keine gesonderten Regelungen für die Anrechenbarkeit einerseits und die Rufbereitschaft andererseits geben, weil beides unmittelbar miteinander zusammenhängt. Wenn eine Rufbereitschaft für zwei (oder mehr) Leistungsgruppen möglich ist, muss auch die Anrechenbarkeit möglich sein.

Anrechnungsfähigkeit und Rufbereitschaft in mehreren Leistungsgruppen

Die Anlage 1 zu § 135e Abs. 2 SGB V („Leistungsgruppentabelle“) führt die fachärztlichen Anforderungen in Bezug auf jede Leistungsgruppe einzeln auf. Deswegen ist die Frage zu beantworten, in welchem Umfang eine Fachärztin / ein Facharzt für mehrere Leistungsgruppen gezählt werden kann.

Dazu gibt § 135e Abs. 4 Nr. 6c SGB V (neu; gemäß Kabinettsbeschluss des KHAG) (bis zum Erlass der Rechtsverordnung) eine prinzipielle Begrenzung auf eine Anrechnung in drei Leistungsgruppen vor.

Diese Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht ausreichend begründet und sollte durch die nachstehende Regel ersetzt werden.

Dabei ist folgender Grundgedanke maßgeblich: Für die Anrechnung von Fachärztinnen / Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen ist ausschlaggebend, in welchem Umfang es unter medizinisch-fachlichen Gesichtspunkten vertretbar ist, dass eine Fachärztin / ein Facharzt gleichzeitig die Rufbereitschaft für zwei oder mehr Leistungsgruppen übernimmt.

Grundregeln für die Wahrnehmung der Rufbereitschaft (und damit für die Anrechnung einer Fachärztin / eines Facharztes) in zwei oder mehreren Leistungsgruppen:

1. Für den gleichen Stellenanteil (Anteil eines Vollzeitäquivalentes) ist die Rufbereitschaft nur für einen Standort möglich.

Beispiel: Eine Fachärztin, die in Vollzeit tätig ist, kann nicht gleichzeitig als ein Vollzeitäquivalent in zwei Leistungsgruppen an zwei verschiedenen Standorten gezählt werden. Sie könnte aber an jedem der beiden Standorte mit einem halben Vollzeitäquivalent gezählt werden.

Rufbereitschaft und Anrechnungsfähigkeit von Fachärztinnen/Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen

2. Innerhalb eines Standortes ist die Anrechnung des gleichen Stellenanteils für mehrere Leistungsgruppen möglich, wenn die Leistungsgruppen demselben Gebiet nach der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung zuzuordnen sind und die Ärztin, der Arzt die jeweils für die Leistungsgruppen vorgegebene(n) Facharztqualifikationen aufweist.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Inneren Medizin die verschiedenen Facharztkompetenzen (z.B. Innere Medizin und Pneumologie, Innere Medizin und Gastroenterologie) insgesamt zum Gebiet der Inneren Medizin gehören. Dies gilt analog auch für die Facharztkompetenzen in der Chirurgie.

Beispiele:

- *Eine Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie kann mit einem Vollzeitäquivalent für mehrere Leistungsgruppen im Bereich der Endoprothetik gezählt werden.*
 - *Ein Facharzt für Neurologie kann sowohl für die Leistungsgruppe „Allgemeine Neurologie“ als auch für die Leistungsgruppe „Stroke Unit“ gezählt werden.*
 - *Ein in Vollzeit tätiger Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, der für die Leistungsgruppe „Komplexe Gastroenterologie“ mit einem Vollzeitäquivalent gezählt wird, kann zusätzlich mit einem Vollzeitäquivalent für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ gezählt werden, da für diese Leistungsgruppe zugelassen ist, dass einer der erforderlichen Fachärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin kommt. Die Rolle der beiden für diese Leistungsgruppe explizit geforderten Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie kann er hingegen nicht übernehmen.*
 - *Ein Arzt, der sowohl Facharzt für Innere Medizin als auch Facharzt für Neurologie ist, kann nicht sowohl für eine internistische als auch für eine neurologische Leistungsgruppe gezählt werden (eine Aufteilung des Stellenanteils wäre hingegen prinzipiell denkbar).*
3. Für die Leistungsgruppen „Geriatric“ und „Palliativmedizin“ sind die jeweiligen Zusatz-Weiterbildungen als Qualitätskriterium gefordert. Ärztinnen und Ärzte mit diesen Zusatz-Weiterbildungen können über unterschiedliche Facharztqualifikationen verfügen. Deswegen gilt, dass die in diesen beiden Leistungsgruppen gezählten Fachärztinnen und Fachärzte zusätzlich in Leistungsgruppen gezählt werden können, die zu dem Gebiet der Weiterbildungsordnung gehören, in dem sie über eine Facharztqualifikation verfügen.

Beispiel: Eine Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatric kann sowohl für die Leistungsgruppe „Geriatric“ als auch für die Leistungsgruppe „Komplexe Pneumologie“ gezählt werden.

Rufbereitschaft und Anrechnungsfähigkeit von Fachärztinnen/Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen

Daraus ergibt sich folgender

Änderungsvorschlag zu § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c SGB V (neu):

„(4) Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

[...]

6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei

[...]

c) Fachärzte ~~für bis zu drei~~mehrere Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; Fachärzte können entsprechend ihrer Qualifikation grundsätzlich nur in einem Gebiet nach der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung für mehrere Standorte und Gebiete setzt die Aufteilung des Stellenanteils voraus, [...]“

Anhang: Inhaltsverzeichnis der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer (siehe ff. Seiten)



Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)

(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018
in der Fassung vom 14.06.2024

Berlin, November 2018

© Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Die vorliegende (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 wurde in der 36. Sitzung des Vorstands der Bundesärztekammer (Wahlperiode 2015/2019) am 15./16.11.2018 in Berlin beschlossen und geändert durch die vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.09.2019, 28.04.2020, 12./13.11.2020, 25.02.2021, 24.-26.06.2021, 23.-25.06.2022, 29.06.-01.07.2023 und 13.06.-15.06.2024 sowie vom 126. Deutschen Ärztetag 2022, 127. Deutschen Ärztetag 2023 und 128. Deutschen Ärztetag 2024 beschlossenen Nachträge.

Für das Kammermitglied ist nur die Weiterbildungsordnung in der jeweils gültigen Fassung der Landesärztekammer rechtsverbindlich.

Die in dieser (Muster-)Weiterbildungsordnung verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Präambel.....	7
Abschnitt A – Paragraphenteil.....	8
Abschnitt B – Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen	21
Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B	22
Gebiet Allgemeinmedizin	24
<i>Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin</i>	<i>24</i>
Gebiet Anästhesiologie	29
<i>Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie</i>	<i>29</i>
Gebiet Anatomie.....	33
<i>Facharzt/Fachärztin für Anatomie</i>	<i>33</i>
Gebiet Arbeitsmedizin.....	35
<i>Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin</i>	<i>35</i>
Gebiet Augenheilkunde.....	39
<i>Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde</i>	<i>39</i>
Gebiet Biochemie.....	43
<i>Facharzt/Fachärztin für Biochemie</i>	<i>43</i>
Gebiet Chirurgie	45
<i>Facharzt/Fachärztin für Allgemeinchirurgie.....</i>	<i>45</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie</i>	<i>49</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie</i>	<i>54</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie</i>	<i>59</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie</i>	<i>65</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</i>	<i>70</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Thoraxchirurgie.....</i>	<i>75</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie</i>	<i>79</i>
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	83
<i>Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	<i>83</i>
<i>Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</i>	<i>88</i>
<i>Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie</i>	<i>90</i>
<i>Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin</i>	<i>92</i>
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	94
<i>Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</i>	<i>94</i>
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	100
<i>Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten.....</i>	<i>100</i>
Gebiet Humangenetik	107
<i>Facharzt/Fachärztin für Humangenetik</i>	<i>107</i>
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	112
<i>Facharzt/Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin.....</i>	<i>112</i>

Gebiet Innere Medizin.....	118
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin</i>	<i>118</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie</i>	<i>124</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie.....</i>	<i>130</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie</i>	<i>137</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</i>	<i>145</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie</i>	<i>152</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie</i>	<i>161</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie</i>	<i>169</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie</i>	<i>176</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie.....</i>	<i>184</i>
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin.....	191
<i>Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.....</i>	<i>191</i>
<i>Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie</i>	<i>198</i>
<i>Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie</i>	<i>200</i>
<i>Schwerpunkt Neonatologie</i>	<i>203</i>
<i>Schwerpunkt Neuropädiatrie</i>	<i>205</i>
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	207
<i>Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....</i>	<i>207</i>
Gebiet Laboratoriumsmedizin	211
<i>Facharzt/Fachärztin für Laboratoriumsmedizin</i>	<i>211</i>
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	216
<i>Facharzt/Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</i>	<i>216</i>
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	220
<i>Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</i>	<i>220</i>
Gebiet Neurochirurgie.....	226
<i>Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie</i>	<i>226</i>
Gebiet Neurologie	231
<i>Facharzt/Fachärztin für Neurologie</i>	<i>231</i>
Gebiet Nuklearmedizin	239
<i>Facharzt/Fachärztin für Nuklearmedizin</i>	<i>239</i>
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen.....	244
<i>Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen.....</i>	<i>244</i>
Gebiet Pathologie	247
<i>Facharzt/Fachärztin für Neuropathologie.....</i>	<i>247</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Pathologie.....</i>	<i>249</i>
Gebiet Pharmakologie.....	251
<i>Facharzt/Fachärztin für Klinische Pharmakologie.....</i>	<i>251</i>
<i>Facharzt/Fachärztin für Pharmakologie und Toxikologie</i>	<i>254</i>
Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie.....	257
<i>Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie</i>	<i>257</i>
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	263
<i>Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin</i>	<i>263</i>

Gebiet Physiologie	268
<i>Facharzt/Fachärztin für Physiologie.....</i>	<i>268</i>
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	270
<i>Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.....</i>	<i>270</i>
<i>Schwerpunkt Forensische Psychiatrie.....</i>	<i>277</i>
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	279
<i>Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i>	<i>279</i>
Gebiet Radiologie.....	285
<i>Facharzt/Fachärztin für Radiologie</i>	<i>285</i>
<i>Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie.....</i>	<i>289</i>
<i>Schwerpunkt Neuroradiologie.....</i>	<i>292</i>
Gebiet Rechtsmedizin	295
<i>Facharzt/Fachärztin für Rechtsmedizin.....</i>	<i>295</i>
Gebiet Strahlentherapie.....	299
<i>Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie</i>	<i>299</i>
Gebiet Transfusionsmedizin	303
<i>Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin</i>	<i>303</i>
Gebiet Urologie	309
<i>Facharzt/Fachärztin für Urologie</i>	<i>309</i>
Abschnitt C – Zusatz-Weiterbildungen	314
Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement	315
Zusatz-Weiterbildung Akupunktur	317
Zusatz-Weiterbildung Allergologie	319
Zusatz-Weiterbildung Andrologie.....	322
Zusatz-Weiterbildung Balneologie und Medizinische Klimatologie	324
Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin	325
Zusatz-Weiterbildung Dermatopathologie	328
Zusatz-Weiterbildung Diabetologie	329
Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin.....	333
Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin	336
Zusatz-Weiterbildung Geriatrie	339
Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	343
Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	344
Zusatz-Weiterbildung Handchirurgie.....	346
Zusatz-Weiterbildung Immunologie	349
Zusatz-Weiterbildung Infektiologie	351
Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin	354
Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie	359
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie.....	361
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie.....	364
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie	367

Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	370
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie.....	374
Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	377
Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin.....	379
Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene	383
Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie	385
Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin.....	387
Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie.....	390
Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik	391
Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren	394
Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	397
Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen	400
Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	402
Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	405
Zusatz-Weiterbildung Phlebologie	408
Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie	409
Zusatz-Weiterbildung Plastische und Ästhetische Operationen	411
Zusatz-Weiterbildung Proktologie	414
Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse	416
Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.....	419
Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen	423
Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner	426
Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin	428
Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin	432
Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin.....	435
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	438
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	440
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie	443
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie.....	446
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Unfallchirurgie	448
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie	451
Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin	453
Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung.....	456
Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin	457
Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin	461
Anlage	463
Dokumenteninformation	466

Problemfelder und Lösungsansätze zur ärztlichen Weiterbildung und Arbeitnehmerüberlassung im Rahmen der Krankenhausreform

Bundesärztekammer, 15.12.2025

Ausgangssituation: Zentralisierung fragmentiert ärztliche Weiterbildung

Die Krankenhausreform wird zu einer stärkeren Zentralisierung gerade spezialisierter Versorgungsangebote führen. Dies ist im Interesse einer Stärkung der Versorgungsqualität aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich zu befürworten.

Allerdings ergeben sich daraus relevante Risiken für die ärztliche Weiterbildung. Angehende Fachärztinnen und Fachärzte werden in Zukunft wesentlich häufiger – in manchen Gebieten regelhaft – an unterschiedlichen Weiterbildungsstätten (Kliniken, Arztpraxen/MVZ) tätig werden müssen, um die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für den Erwerb einer Facharztkompetenz zu erlangen.

Weil bestimmte Leistungen (z.B. Perinatologie, Knie-Endoprothetik) künftig an deutlich weniger Standorten zentralisiert werden, kann es in der Weiterbildung zu Engpässen mit der Folge deutlich verlängerter Weiterbildungen oder Abbrüchen der Weiterbildung kommen.

Das ist nicht nur für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte problematisch, sondern gefährdet auch die Nachwuchsgewinnung und damit die Versorgungssicherheit.

Lösungsansatz: Weiterbildungsverbund

Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, sind künftig verstärkt Weiterbildungsverbünde zu bilden. Ein Weiterbildungsverbund ist ein regionaler, organisierter Zusammenschluss von mehreren Weiterbildungsstätten (also Krankenhäusern, Arztpraxen oder MVZ) und Weiterbildungsbefugten (Fachärzten, die für die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte verantwortlich sind) mit dem Ziel, verbindlich eine möglichst umfassende Weiterbildung anzubieten. Die Landesärztekammern können solche Verbünde nach Maßgabe der landesrechtlichen Vorgaben anerkennen.

Die Umsetzung dieses Lösungsansatzes wird derzeit allerdings dadurch gehemmt, dass der mit der Koordinierung von Rotationen verbundene Mehraufwand nicht refinanziert wird.

Problemfeld: Arbeitnehmerüberlassung

Wenn Ärztinnen und Ärzte zum Zweck der Weiterbildung innerhalb eines Verbundes von Kliniken und Arztpraxen wechseln, stellt sich die Frage nach der arbeitsvertraglichen Gestaltung.

Wenn jeweils ein neuer Arbeitsvertrag geschlossen werden muss, ergibt sich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte ein fragmentierter Berufsweg mit entsprechenden Unsicherheiten (kommt der Arbeitsvertrag mit der nächsten Weiterbildungsstätte tatsächlich zustande und zu welchen Bedingungen?) und unter Umständen eingeschränktem Kündigungsschutz.

Hinzu kommen bürokratische Hürden, beispielsweise ein bei Wechsel der Weiterbildungsstätte erforderlicher erneuter Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht.

Ergibt sich ein Wechsel in ein anderes Bundesland bzw. einen anderen Landesärztekammerbereich, wird eine Ummeldung zu einer anderen Landesärztekammer und ggf. ein Wechsel des Versorgungswerkes mit entsprechenden Aufwänden und Konsequenzen erforderlich.

Auch für die Arbeitgeber ergeben sich zum Teil erhebliche Aufwände, etwa durch die vielfache Ausfertigung neuer Arbeitsverträge sowie die Organisation von Lohnzusatzleistungen (z. B. Zusatzversicherungen).

Deswegen sollte der Arbeitsvertrag für die gesamte Weiterbildung nur mit einer Weiterbildungsstätte geschlossen werden, die ihrerseits die „Überlassung“ für die Weiterbildungsabschnitte an anderen Kliniken oder Arztpraxen im Binnenverhältnis mit diesen Kliniken oder Arztpraxen regelt.

Allerdings kann es sich dann um eine genehmigungspflichtige Arbeitnehmerüberlassung nach dem Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (AÜG) handeln.

Daraus ergeben sich einige Probleme:

- Arbeitnehmerüberlassung ist erlaubnispflichtig. Es ist also jeweils eine Genehmigung der Agentur für Arbeit einzuholen. Dies verursacht einen relevanten bürokratischen Aufwand und bringt auch die Unsicherheit mit sich, ob die Genehmigung im jeweiligen Fall tatsächlich erteilt wird.
- Arbeitnehmerüberlassung ist gebührenpflichtig und ggf. umsatzsteuerpflichtig. Schon deswegen ist dieser Weg (insbesondere mit Blick auf die Umsatzsteuerpflicht) für die Krankenhäuser wirtschaftlich kaum vertretbar.
- Arbeitnehmerüberlassung ist zeitlich begrenzt: Die Entleihung an denselben Entleiher ist ohne abweichende tarifvertragliche Regelung auf maximal 18 Monate beschränkt. Dies ist insbesondere bei Weiterbildungen in Teilzeit problematisch.

Vorschläge an den Gesetzgeber

Eine Etablierung von Weiterbildungsverbünden muss durch eine angemessene Refinanzierung des damit verbundenen Aufwandes ermöglicht werden.

Dabei ist als Ziel zu definieren:

- *ein* Arbeitsvertrag für die gesamte Weiterbildung bei *einem* der Verbundpartner, somit
 - dauerhafter Kündigungsschutz nach erstmalig sechs Monaten Beschäftigung (§ 1 Abs. 1 KSchG) und
 - gleichbleibende Vergütung bei Wechsel zwischen den Verbundpartnern.

Maßnahmen:

1. Berücksichtigung der Kosten für die Organisation von Weiterbildungsverbünden
 - a. Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz sollten von den Landesärztekammern anerkannte Weiterbildungsverbünde explizit als Tatbestände für Zuschläge für die ärztliche Weiterbildung (§ 17b Abs. 1 KHG) und für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Krankenhäusern (§ 6b KHG) aufgenommen werden.
 - b. In der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung sollte klargestellt werden, dass zu den förderfähigen Kosten im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen (§ 3 Abs. 1 KHTFV) und im Rahmen der Bildung und Fortentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbünden (§ 3 Abs. 5 KHTFV) auch Kosten für die ärztliche Weiterbildung in von den Landesärztekammern anerkannten regionalen Weiterbildungsverbünden gehören können.
2. Ausbezug von Arbeitsverhältnissen im Rahmen ärztlicher Weiterbildung aus dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz:

Aufnahme eines neuen Absatz 8 in § 1 des Gesetzes über befristete Arbeitsverträge:

„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.“