



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über
Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und
Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V

(Zentrums-Regelungen)

Erstfassung

Berlin, 25.09.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.08.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Erstfassung eines Beschlussentwurfes über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2019 Vorgaben zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes zu beschließen. Im Gesetzestext vorgegeben ist, dass die besonderen Aufgaben sich insbesondere aus

- a) einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder
- c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben.

Zu gewährleisten sei dabei, dass es sich „nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach den Regelungen dieses Buches finanziert werden“. Außerdem wurde der G-BA in diesem Rahmen beauftragt, „soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist, (...) erfüllende Qualitätsanforderungen festzulegen, insbesondere Vorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zu einzuhaltenden Mindestfallzahlen oder zur Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen“.

Ergänzende Regelungen zu Zentren finden sich im Krankenhausentgeltgesetz, in dem unter anderem festgelegt ist, dass besondere Aufgaben nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraussetzen. Vor dem Hintergrund dieser Rahmenvorgaben sollen durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung für die Erbringung von besonderen Aufgaben Zuschläge vereinbart werden.

In dem vorliegenden, sehr komplexen und zwischen den Parteien des G-BA nicht konsensfähigen Papier geht es im Wesentlichen um die Frage, ob die Erbringung besonderer Aufgaben auf sehr wenige sogenannte „Leuchttürme“ beschränkt bleiben soll. Nach dem Konzept von GKV-SV und Patientenvertretung würden Zentren, auch unabhängig von den besonderen Aufgaben selbst, strenge Qualitätsvorgaben erfüllen müssen, um zuschlagsfähig zu sein. Dem gegenüber steht das maßgeblich von der DKG getragene Konzept bei dem primär die Festlegung zuschlagsfähiger besonderer Aufgaben im Vordergrund der Regelung stehen soll. Die Vorgaben, die zur Erbringung der besonderen Aufgaben gefordert werden, sollen dabei zwar einem einheitlichen Standard folgen, der jedoch nicht zu einer radikalen Reduzierung der ausgewiesenen Zentren führen würde.

Auch bei den besonderen Aufgaben selbst besteht Uneinigkeit ob diese ausschließlich für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser zu erbringen sind oder ob in diesem Rahmen auch Leistungen für eigene Patienten, eigene Mitarbeiter und ambulante Leistungserbringer bzw. Patienten vergütet werden sollen.

Eine maßgebliche Frage ist dabei auch, inwieweit die bisherigen Ausweisungen und Anforderungen der Länder berücksichtigt werden.

In den Anhängen des Entwurfes werden für ausgewählte Zentrumstypen Qualitätskriterien und besondere Aufgaben aufgelistet. Auch hier weicht die Ausgestaltung der verschiedenen Bänke erheblich voneinander ab. Folgende Zentren sind Gegenstand der geplanten Regelung:

Anlage I: Seltene Erkrankungen

Anlage II: Onkologische Zentren

Anlage III: Traumazentren

Anlage IV: Rheumatologische Zentren

Anlage V: Herzzentren

Anlage VI: Schlaganfallzentren (Interdisziplinäre neurovaskuläre Zentren)- bis zur Prüfung der Erforderlichkeit einer Regelung (Unparteiischer Vorsitzender UPV) bzw. zu einem Beschluss des G-BA (GKV-SV, DKG) zu Qualitätsanforderungen für diesen Zentrumstyp sind hier bislang lediglich zuschlagsfähige besondere Aufgaben aufgelistet. Bis dahin gelten die Anforderungen des Landeskrankenhausplans. Voraussetzung ist eine Ausweisung dieses Zentrumstyps im Landeskrankenhaus bis zu einem bestimmten Stichtag.

Anlage VII: Lungenzentren- (Ausgestaltung wie Schlaganfallzentren)

Zusätzlich schlägt der GKV-SV drei weitere Zentren vor (Nephrologisches Zentrum, Transplantationszentrum, Kinderonkologisches Zentrum, Anlagen VIII-X GKV-SV), die zukünftig in die Regelung einbezogen werden sollen (Regelung analog Anlagen VI und VII).

Die DKG und der Unparteiische Vorsitzende (UPV) hingegen schlagen vor, dass alle in den Landeskrankenhausplänen bereits ausgewiesenen Zentren definierte besondere Aufgaben nach den dortigen Maßgaben erbringen dürfen, sofern in der Zentrums-Regelung des G-BA (noch) nicht explizit Qualitätsvorgaben geregelt sind (Anlage VIII). Dabei unterscheiden sich die festgelegten Fristen der Ausweisung und Ausgestaltung und der Umfang der aufgelisteten besonderen Aufgaben voneinander.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung

Grundsätzlich erlaubt sich die Bundesärztekammer anzumerken, dass das Ausmaß der in diesem Beschlussentwurf vorgelegten Dissense zwischen den Bänken sowie auch die Kleinteiligkeit der Formulierungen das Verständnis für den Beschlussentwurf deutlich erschweren. Es erscheint unklar, wie die stellungnahmeberechtigten Organisationen zu einer Urteilsfindung gelangen sollen, wenn selbst bei vermeintlichem Konsens der eigentlichen Regelung teilweise unterschiedliche „Tragende Gründe“ angeführt werden, die einen mehr oder weniger großen Interpretationsspielraum zulassen. Vermeintliche Dissense unterscheiden sich oft lediglich durch einzelne Wörter. Dadurch erschließt sich dem Leser der eigentliche inhaltliche Dissens häufig nicht. Unverständlich ist auch, warum die Ländervertretung für von ihnen vorgebrachte Formulierungen kaum Tragende Gründe anführt. Die Stellungnahmefrist ist angesichts des Umfangs der Richtlinie unzureichend.

Die Bundesärztekammer begrüßt das Bestreben des Gesetzgebers, zuschlagsfähige besondere Aufgaben zu konkretisieren, einheitliche Vorgaben für die Erfüllung dieser besonderen Aufgaben vorzulegen und damit eine Rechtssicherheit bei der Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte zu erzielen. Die Bundesärztekammer hält es jedoch für fraglich, ob eine Regelung auf Basis der vorgelegten Formulierungen und Konzepte eine patientengerechte Ausgestaltung der spezialisierten Versorgung in Zentren und Schwerpunkten herbeiführen kann und ob diese zielführend zu sein vermag, um in

Zukunft Rechtsstreitigkeiten bezüglich der Vergütung besonderer Aufgaben durch Zentren und Schwerpunkte zu vermeiden.

Angesichts der anscheinend grundlegend unterschiedlichen Auslegung des gesetzlichen Auftrags unter den Bänken des G-BA, ist eine sachgerechte Bewertung dieser sehr unterschiedlichen Ansätze problematisch. Es erscheint grundsätzlich unklar, ob der Gesetzgeber den Schwerpunkt in der Neuordnung und Ausgestaltung zuschlagsfähiger Zentren und Schwerpunkten sieht oder in der Konkretisierung der besonderen Aufgaben, die von ausgewiesenen Zentren zukünftig zu erbringen mit Zusatzentgelten zu vergüten sind, da sie in der geltenden Finanzierungssystematik nicht vorgesehen sind.

Die Bundesärztekammer beobachtet mit Sorge in der gegenwärtigen Versorgung die große Heterogenität in der Ausgestaltung von Zentren und Schwerpunkten, die inflationäre Verwendung der Begrifflichkeiten „Zentrum“ und Schwerpunkt“ sowie den zunehmenden Druck, eine Ausweisung oder Zertifizierung als Zentrum vorweisen zu müssen, um als qualitativ hochwertiger Leistungserbringer anerkannt zu sein. Die Bundesärztekammer sieht daher grundsätzlich die Notwendigkeit einer Vorgabe grundlegender und bundesweit einheitlicher Anforderungen, um eine über die medizinische Standardversorgung der Patienten hinausgehende Funktion eines Krankenhauses auszuweisen. Nur bei einheitlich geltenden Anforderungen kann der Zentrumsbegriff auch Patientinnen und Patienten als Orientierung dienen. Die detaillierte und kleinteilige Festlegung, wie sie in den Anlagen vorgenommen wird, ist jedoch nicht zielführend, sinnvoller wäre es, im allgemeinen Teil generelle Mindestanforderungen aufzuführen, die von allen Zentren erbracht werden müssen.

Die sehr hohen Anforderungen im Beschlussentwurf des GKV-SV dürften zu einer eklatanten Reduzierung von Zentren im entgeltrechtlichen Sinne führen. Im Sinne einer fachgebiets- und leistungserbringerübergreifenden Versorgung von Patienten mit komplexen, oftmals chronischen und besonders anspruchsvollen Erkrankungen, sollten definierte besondere Aufgaben jedoch auch zukünftig nicht ausschließlich durch die als „Leuchttürme“ bezeichneten Leistungserbringer erbracht und vergütet werden. Es ist zu überlegen, ob eine Konkretisierung von besonderen Aufgaben nicht auch eine nähere Beschreibung der Aufgabenerfüllung an sich umfassen sollte, d. h. Kriterien wie z. B. eine interdisziplinäre Fallkonferenz, ein fachgebundenes Kolloquium oder auch die Erarbeitung von Behandlungspfaden und SOPs, zuschlagsfähig machen.

Es erschließt sich der Bundesärztekammer nicht, warum der Schwerpunkt der besonderen Aufgaben auf Leistungen für Patienten anderer Krankenhäuser gelegt werden sollen. Die genannten Zentren behandeln Patienten mit hoch-komplexen Krankheitsbildern. Deren Versorgung sowie die damit verbundenen Koordinations- und Netzwerkleistungen werden durch DRG-Pauschalen nicht angemessen abgebildet. Diese Leistungen müssen sachgerecht vergütet werden.

Es stellt sich gerade in Bezug auf die Ausführungen des GKV-SV die Frage, inwieweit im Rahmen der Erarbeitung des Beschlussentwurfes eine Folgenabschätzung stattgefunden hat. So wäre es für eine Beurteilung des Entwurfes hilfreich zu wissen, wie viele Krankenhäuser nach derzeitigem Stand die Anforderungen erfüllen würden und wie diese deutschlandweit verteilt wären.

Wichtig und entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung und Auswirkungen ist die Frage nach der Feststellung und Überprüfung der durch den G-BA definierten Anforderungen. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese verbindlich im Rahmen der krankenhaushausplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG erfolgen. Es gehört zur Verantwortung der Bundesländer, ihre krankenhaushausplanerischen Festlegungen an die Erfüllung der erforderlichen Qualitätsanforderungen zu binden. Die auf gesetzlicher

Grundlage an der Krankenhausplanung beteiligten Institutionen sind dabei einzubeziehen. Diese Verantwortung darf nicht in die bilateralen und notwendigerweise stark von den beiderseitigen wirtschaftlichen Interessen geprägten Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verlagert werden, in denen es ohne einen „neutralen Dritten“ nur schwer zu sachgerechten Einigungen kommen wird.

Ebenfalls sehr wichtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Berücksichtigung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte. Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an Zentren erworben werden können, muss jeder betroffene Arzt einen Teil seiner Weiterbildung dort abgeleistet. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können.

Im Folgenden werden einzelne Punkte des Gesetzentwurfes, sortiert nach der im Beschlussentwurf vorgegebenen Nummerierung und in chronologischer Reihenfolge, kommentiert. Konkrete Änderungsvorschläge sind den jeweiligen Punkten zugeordnet. Aufgrund der in Relation zum Umfang des Beschlussentwurfes kurzen Stellungnahme-Frist ist es der Bundesärztekammer nicht möglich, eine detaillierte Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Zentrumstypen abzugeben. Die Stellungnahme hierzu beschränkt sich daher auf Kernpunkte.

Stellungnahme im Einzelnen

§ 1 Rechtsgrundlage

A) Beabsichtigte Regelung

(1): Die Ländervertretung fordert in Absatz 1, dass „in diesem Rahmen“ die „Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen zu prüfen“ ist. Da hierzu keine Tragenden Gründe angeführt sind, bleibt unklar, wen die Länder für eine solche Prüfung vorsehen.

(2) Absatz 2 legt einvernehmlich fest, dass die Vereinbarung von Zuschlägen im Rahmen der Pflegebudgetverhandlungen erfolgt, sodass anscheinend eine Prüfung im Rahmen der bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorgesehen ist. Dabei ist die Frage, wer die Erfüllung der durch den G-BA definierten Anforderungen feststellt bzw. überprüft, entscheidend für die letztendliche Ausgestaltung. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass diese im Rahmen der krankenhausesplanerischen Feststellung nach § 2 Abs. 2 KHEntG verbindlich getroffen wird. Ein anderes Vorgehen würde aus Sicht der Bundesärztekammer die mit der Einfügung von Satz 4 in § 2 Abs. 2 KHEntG verbundene Absicht des Gesetzgebers konterkarieren, es gerade der Entscheidung der Länder anheimzustellen, welche Einrichtungen mit besonderen Aufgaben betraut und damit auch zuschlagsberechtigt werden. So heißt es in der Gesetzesbegründung zu Artikel 2 Nr. 3b des Krankenhausstrukturgesetzes (BT-Drs. 18/5372, S. 58): „Der besondere Versorgungsauftrag führt wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht dazu, dass auch entgeltrechtlich von einer zuschlagsberechtigten Einrichtung ausgegangen werden kann. Mit dem neuen Satz 4 wird deshalb ausdrücklich klargestellt, dass Voraussetzung für eine Zuschlagsberechtigung die Wahrnehmung besonderer Aufgaben ist, die der Einrichtung durch Entscheidung des jeweiligen Landes zugewiesen sind.“ Dem so formulierten Ziel des Gesetzgebers würde es zuwiderlaufen, wenn letztlich erst in den bilateralen Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen entschieden wird, ob ein Krankenhaus überhaupt die Voraussetzungen erfüllt. Tatsächlich ist aus Sicht der Bundesärztekammer in

diesen Verhandlungen nicht mehr über das „ob“, sondern lediglich über die Höhe und konkrete Ausgestaltung der Zuschläge zu verhandeln.

B) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zu (1): Die Formulierung der Ländervertretung sollte wie folgt geändert werden:

(1) „Diese Regelung (...) legt, soweit erforderlich, die Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben fest. **Im Rahmen der Festlegungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG ist die Einhaltung der Anforderungen dieser Regelungen durch die Länder zu prüfen.**“

Zu (2): Zusätzlich sollte in Absatz 2 des Beschlussentwurfes die folgende Formulierung als letzter Satz ergänzt werden:

„Die Länder prüfen im Rahmen ihrer Feststellungen nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG die Erfüllung der Anforderungen dieser Regelungen.“

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, in diesem Zusammenhang den letzten Satz der Tragenden Gründe zu Absatz 3 in der GKV-SV/KBV-Version zu streichen („Eine Ausweisung im Krankenhausplan des Landes ist eine notwendige, aber keine alleinige Voraussetzung, um Zuschläge für besondere Aufgaben zu vereinbaren.“). Eine Ausweisung sollte nur nach stattgehabter Prüfung der Anforderungen durch die Länder erfolgen.

§ 3 Besondere Aufgaben (bzw. Grundsätze besonderer Aufgaben)

A) Beabsichtigte Regelung

(6): Während der GKV-SV, die KBV und die PatV sich dafür aussprechen, dass die besondere Aufgaben abschließend in dieser Regelung konkretisiert werden, möchte die LV dies auf besondere Aufgaben beschränken, die in den Anlagen der Regelung konkretisiert sind. „Unberührt davon bleibt die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder.“

(7): LV und DKG sprechen sich in Absatz 7 für eine Übergangsregelung aus, die Zentren, denen vor Inkrafttreten dieses Beschlusses besondere Aufgaben zugewiesen wurden, die Möglichkeit einräumt, die erforderlichen Anforderungen in einem bestimmten Zeitrahmen (LV 3 Jahre, DKG 2 Jahre) zu erfüllen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu (6): Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, den Formulierungsvorschlag der LV zu übernehmen und den Ländern so die Möglichkeit einzuräumen, auf besondere Versorgungserfordernisse einzugehen.

Zu (7): Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen einer Übergangsregelung im Sinne einer Planungssicherheit für die Krankenhäuser.

§ 4 Abgrenzung zu sonstigen Aufgaben

A) Beabsichtigte Regelung

(3): Nach dem Beschlussentwurf werden ambulante Leistungen als nicht zuschlagsfähig angesehen. Die KBV spricht sich jedoch in den Tragenden Gründen dafür aus, dass ambulante Leistungserbringer „im Sinne einer sektorenübergreifenden und patientenzentrierten Versorgung“ in die Vermittlung von Expertise in Form von besonderen Aufgaben der Zentren eingebunden werden könnten, insbesondere im Rahmen zentrumsbezogener Fort- und Weiterbildungen sowie Fallkonferenzen.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht gerade auch die sektoren- und expertiseverbindenden Ansätze von Zentren als einen der entscheidenden Vorteile für die Patientenversorgung. Der kategorische Ausschluss ambulanter Leistungen birgt die Gefahr von Abgrenzungsstreitigkeiten z.B. von koordinierenden Aufgaben und Netzwerkfunktionen. Die langfristige Begleitung von Patienten mit seltenen bzw. komplexen Erkrankungen wird extrem erschwert, wenn kategorisch jede ambulante Leistung ausgeschlossen wird. Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen der KBV und regt an, die strikt auf den stationären Sektor ausgerichtete Ausgestaltung im Sinne der Patientenzentrierung zu überdenken. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass es in diesem Sinne auch durchaus vorstellbar ist, dass Zentren Aufgaben, z.B. Beratungen oder Fallkonferenzen, für ambulante Patienten erbringen, die ebenfalls derzeit nicht in der Vergütungssystematik vorgesehene Zentrumsleistungen sind.

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 5 KHEntgG können die besonderen Aufgaben auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

§ 5 Qualitätsanforderungen (DKG: Grundsätze zu Qualitätsanforderungen)

A) Beabsichtigte Regelung

Während die DKG als Voraussetzung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben „im Sinne dieser Regelung“ die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, sofern spezielle personelle, sächliche und organisatorische Aufgaben in den Anlagen definiert sind, vorgibt, legen GKV-SV, PatV und KBV grundlegende Vorgaben und Begrifflichkeiten fest, die sich auf die in den Anlagen ausgeführten Qualitätsanforderungen einzelner Zentren beziehen, z. B. die Definition eines „Standortes“ bzw. einer „Fachabteilung“, der grundsätzliche Umgang mit Mindestfallzahlen, die Barrierefreiheit oder die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zentrenbildung darf nicht zu einer Einschränkung von Qualifizierungsmöglichkeiten für das medizinische Personal führen. Das droht dann, wenn bestimmte Leistungen, die für die Qualifizierung erforderlich sind, nur noch in Zentren erbracht werden und somit in anderen Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden können.

Sofern einzelne Kompetenzen, die in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vorgeschrieben sind, nur an solchen Zentren erworben werden können, muss ein Teil der Weiterbildung dort abgeleistet werden. Dies kann zu Engpässen führen, die durch verpflichtende Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern verhindert werden können. In Nordrhein-Westfalen sieht der Landeskrankenhausplan z.B. für alle Zentrumsstypen, bei denen dies relevant ist, hierzu die Anforderung „Abschluss eines zentrumsübergreifenden Kooperationskonzeptes für die Weiterbildung“ vor.

Zu (2) (GKV-SV/KBV): „Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit am Standort zu erfüllen“:

Die Formulierung „zu jeder Zeit“ ist mit ihrem Bezug zu sämtlichen Qualitätsvorgaben in der Ausgestaltung ungenau und verleitet nach Ansicht der Bundesärztekammer zu Rechtsstreitigkeiten. Die Erfüllung von Vorgaben „am Standort“ ist in einer Regelung, bei der es um fachübergreifende Zusammenarbeit in einem Netzwerk geht, kontraproduktiv. Die Länder sollten im Einzelfall entscheiden dürfen, dass zwei oder mehrere Kliniken

gemeinsam oder kooperativ ein Zentrum bilden und die gestellten Aufgaben gemeinsam erfüllen.

Zu (3): Die Bundesärztekammer hat sich in der Vergangenheit bereits zu der vom G-BA gewählten Definition einer Fachabteilung geäußert, die auch in diesem Regelungsentwurf von GKV-SV/PatV bzw. KBV nicht zielführend ist und die trotz ihrer Kleinteiligkeit das zentrale Merkmal, die Leitung durch eine/n fachlich nicht weisungsgebundenen Abteilungsarzt/ärztin, vermissen lässt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Fachabteilungsschlüssel für gänzlich andere Zwecke eingeführt wurde und bei der Identifikation einer Fachabteilung in diesem Sinne nicht hilfreich ist.

Das gleiche gilt für die Vorgabe einer jederzeitigen Facharzt-Präsenz am Patienten innerhalb von 30 Minuten. Auch wenn hier in den Tragenden Gründen ausgeführt wird, dass das zugrundeliegende Dienstmodell unerheblich sei, solange es zum gewünschten Ergebnis (der/die Facharzt/ärztin steht nach 30 Minuten am Bett) führt, ist hiermit eine Regelung vorgegeben, die Rechtsstreitigkeiten befördert, für den Patienten aber nicht zwingend zu einer Verbesserung führt.

Zu (6): Solange es keine konkreten Vorgaben gibt, was Barrierefreiheit in diesem Zusammenhang genau bedeutet und wie z.B. Bau- und Strukturmaßnahmen zur Erlangung der so definierten Barrierefreiheit finanziert werden sollen, sind auch diese Regelungen hier nicht zielführend.

Eine verpflichtende Barrierefreiheit, die über die Barrierefreiheit in der Krankenhausversorgung hinausgeht, ist nicht nötig. Sollte es aufgrund spezifischer fachlicher Gründe besondere Vorgaben geben müssen, kann dies über den Krankenhausplan erfolgen.

Zu den Anlagen

A) Beabsichtigte Regelung

In den Anlagen I-V werden Qualitätsanforderungen und Besondere Aufgaben von fünf Zentrumstypen aufgelistet (Seltene Erkrankungen, Onkologische Zentren, Traumazentren, Rheumatologische Zentren, Herzzentren). Auch hier besteht erheblicher Dissens zwischen den Bänken des G-BA.

Insgesamt sprechen sich GKV-SV und PatV für sehr hohe Anforderungen an die Zentren aus, die – additiv – erfüllt sein müssen um zuschlagsberechtigt besondere Aufgaben erbringen zu können. Die besonderen Aufgaben selbst beschränken sich auf ausgewählte Leistungen für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser, zusätzlich sollen besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements (Umsetzung und Bericht über den PDCA-Zyklus) zuschlagsfähig sein.

Die DKG hingegen sieht weniger detaillierte Anforderungen vor, um einen Spielraum für die Ausgestaltung zuzulassen. Der Umfang der besonderen Aufgaben wäre nach Vorstellung der DKG in der Regel größer und würde Leistungen für Patienten und Mitarbeiter der eigenen Einrichtung umfassen.

Zusätzlich schlagen der Unparteiische Vorsitzende und die DKG eine Übergangsregelung für sonstige Zentren vor, die vorsieht, dass alle bislang (oder bis zu einem bestimmten Stichtag) in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesenen Zentren, für die es in der Zentrums-Regelung (noch) keine Anlage gibt, ebenfalls Zuschläge für bestimmte besondere Aufgaben bei Einhaltung der von den Ländern im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen Anforderungen erhalten dürfen. Unterschiede liegen hier im Stichtag der Ausweisung dieser Zentren im Landeskrankenhausplan und der Frage, ob im aktuellen Krankenhausplan bereits Zentrumszuschläge vereinbart sein müssen. Nach dem UPV soll diese Regelung

jedoch nicht für Zentren gelten, die nur einen Teil des Leistungsspektrums erbringen, das von den in den Anlagen I-VII definierten Zentren regelhaft erbracht werden kann.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich eine Ausgestaltung der Zentrums-Regelung, die sowohl eine faire und sachgerechte Vergütung von Leistungen ermöglicht, die mit den aktuellen Finanzierungskonzepten nicht abgedeckt sind, als auch Patienten und anderen Leistungsanbietern eine Orientierung zu den Versorgungsangeboten der hochspezialisierten Medizin bietet. Hierfür ist ein zentralisiertes, aber gleichzeitig flächendeckendes Angebot mit einheitlichen Standards die Voraussetzung.

Am Beispiel der Forderungen von GKV-SV und PatV zur Ausgestaltung der Zentren für Seltene Erkrankungen (SE) stellt sich der Bundesärztekammer jedoch die Frage, wie viele Krankenhäuser nach der Umsetzung überhaupt die Anforderungen erfüllen würden. Die ausformulierten Anforderungen scheinen hier teilweise über die Anforderungen von NAMSE selbst hinausgehen (z.B. Institut für Humangenetik und Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort). Die Vorgabe der Mindest-Patientenzahlen (5.000 Patienten mit einer seltenen Erkrankung als Hauptdiagnose) erscheint angesichts der Grundgesamtheit an Patienten mit seltenen Erkrankungen, der Schwierigkeiten bei der Kodierung der Erkrankungen und des hohen Anteils an Patienten, die in den Zentren einen diagnostischen Prozess durchlaufen ohne letztendlich eine SE-Diagnose zu erhalten, unrealistisch und auch unnötig.

Auch die Vorgaben für Herzzentren, wie z. B. Mindestzahlen, oder auch für Onkologische Zentren, wie die 24/7-Verfügbarkeit eines Pathologen, dürften nur von sehr wenigen Zentren erfüllbar sein. Bei einigen dieser Vorgaben erschließt sich der Bundesärztekammer kein Zugewinn an Qualität für die Patienten. Es scheint eher ein Bestreben zugrunde zu liegen, die Zahl der Zentren auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Bundesärztekammer hält es für wichtig, dass bei der Ausgestaltung von Qualitätsvorgaben entsprechende Konzepte medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Sie hält es aber aus systematischen Gründen für kritisch, wenn pauschal auf Leitlinien oder „Weißbücher“ von einzelnen Fachgesellschaften oder Verbänden verwiesen wird. Zum einen ist es in aller Regel erforderlich, die Perspektive unterschiedlicher Fachgesellschaften miteinander abzugleichen. Zum anderen würde der Verordnungsgeber mit einem pauschalen Verweis seine Gestaltungsmöglichkeiten aus der Hand geben, da jede Änderung der entsprechenden Dokumente automatisch eine Änderung der Mindestanforderungen des G-BA nach sich zöge. Die Bundesärztekammer spricht sich deswegen dafür aus, die Vorgaben auf Grundlage der fachlichen Vorarbeiten der Fachgesellschaften auszuwählen und explizit zu benennen.

Die Auflage für ein Zentrum, „mindestens jährlich wissenschaftliche Publikationen“ zu veröffentlichen (§ 1 Abs. 3 Anlage 1), ist aus wissenschaftlicher Sicht kontraproduktiv. Publiziert wird, wenn ein fachlicher Anlass dazu besteht. Publikationen nach Zeitvorgabe sind wenig sinnvoll und tragen zur Aushöhlung der Wissenschaften bei.

Der Auflage für ein Zentrum, als „besondere Maßnahmen“ des Qualitätsmanagements PDCA-Zyklen durchzuführen, liegt offenbart ein Miss- oder Fehlverständnis von Qualitätsmanagement zugrunde. Der PDCA-Zyklus stellt ein Grundprinzip des Qualitätsmanagements dar. Dies als „besondere Maßnahme“ zu deklarieren und gesondert einzufordern, ist nicht zielführend – nicht nur vor dem Hintergrund der G-BA-eigenen Qualitätsmanagement-Richtlinie, die immerhin § 2 Abs. 4 Anlage 1 Erwähnung findet.