



# „Avanti Dilettanti“

## Ärzte kritisieren Lauterbachs Krankenhausgesetz

„Avanti Dilettanti“ – das sagen Italiener, wenn Amateure am Werk sind. Auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) schafft es immer wieder, Gesetzesentwürfe vorzulegen, die von wenig Sachverstand zeugen. Jüngstes Beispiel: das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Es sieht vor, dass Krankenhäuser verstärkt in die ambulante Versorgung einsteigen sollen. Aus Sicht der bayerischen Ärzte wird dadurch nichts besser, aber vieles schlechter.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) und der Bayerische Hausärzterverband (BHÄV) legten ein gemeinsames Positionspapier zum KHVVG vor. Ihr Urteil ist verheerend.

„Unseres Erachtens gehen diese Pläne an den Realitäten der ambulanten Versorgung vorbei und können diese sogar gefährden“, heißt es in dem Papier. Zwar hatten Krankenhäuser bereits bisher die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Dies war aus Sicht der niedergelassenen Ärzte jedoch „unschädlich“, da kein Klinikum davon Gebrauch machte. Der Grund dafür ist einfach: In den unterversorgten Bereichen gibt es schlicht keine Krankenhäuser, die über entsprechendes Personal verfügen.

Mit dem neuen Gesetz wird es allerdings deutlich einfacher für die Kliniken, ins ambulante „Geschäft“ einzusteigen. Der KVB zufolge könnte dies künftig in über der Hälfte der Planungsbereiche möglich sein. Dennoch wird das Gesetz aus Sicht der Ärzteschaft keinen Beitrag leisten, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern. „Jene Krankenhäuser, die einen Antrag zur vertragsärztlichen Ermächtigung stellen werden, befinden sich

nahezu ausnahmslos in größeren Kreisstädten innerhalb eines Planungsbereiches. Die dort ermächtigten Hausärzte würden somit innerhalb der Städte tätig werden, die ohnehin schon gut mit Hausärzten versorgt sind. Kurzum: Die vielen kleinen Gemeinden, die kein Krankenhausstandort sind und vornehmlich auf einen Hausarzt angewiesen, werden von dem neuen Gesetz kaum profitieren. Im Gegenteil, es besteht eine große Gefahr, dass diese dadurch ärztliche Versorgung verlieren“, schreiben die drei Organisationen.

### Kampf ums Personal

Die niedergelassenen Ärzte befürchten durch den Einstieg der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung auch einen Kampf um das nichtärztliche Personal. „Ermächtigte Einrichtungen können durch stationäre Tarifabschlüsse und die oben angesprochenen finanziellen Unterstützungsmaßnahmen des Bundes bessere Gehälter zahlen. Im Umkehrschluss müssten etablierte Hausarztpraxen aufgrund von fehlendem Praxispersonal womöglich ihre Versorgungskapazitäten zurückschrauben – zugunsten von ermächtigten Einrichtungen. Auch die berühmte „Rosinenpickerei“ könnte durch Lauterbachs Gesetz Vorschub bekommen. „Das Ge-

setz birgt die reale Gefahr, dass ermächtigte Einrichtungen sich nicht um grundversorgende hausärztliche Tätigkeiten kümmern, sondern sich auf attraktive EBM-Leistungen oder auf die Weiterleitung in Kliniken und damit den stationären Bereich konzentrieren. Es ist zudem fraglich, ob wichtige hausärztliche Aufgaben, wie Hausbesuche oder Heimbehandlungen und andere aufsuchende Versorgungsleistungen, von den ermächtigten Einrichtungen übernommen würden. Es besteht die Gefahr, dass ermächtigte Einrichtungen als Vehikel missbraucht werden, um Patienten in stationäre Strukturen zu lotsen, und ein vollumfängliches hausärztliches Versorgungsangebot in den Regionen nicht mehr gesichert ist. Gerade zum Wohle einer immer älter und damit verbunden auch multimorbider werdenden Gesellschaft muss Selektion von Versorgungsleistungen durch ermächtigte Krankenhäuser verhindert werden“, schreiben KVB, BLÄK und BHÄV.

### Niederlassung wird unattraktiver

Wenn Krankenhäuser verstärkt in die ambulante Versorgung einsteigen, könnte das auch Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte haben. „Zur hausärztlichen Versorgung ermächtigte Einrichtungen

[...] ziehen wichtige Kapazitäten aus der ambulanten Versorgung ab (Praxispersonal, Patientenstamm) und schrecken niederlassungswillige junge Ärztinnen und Ärzte davon ab, sich selbstständig zu machen und freiberuflich tätig zu werden. Schlimmstenfalls verhindern sie sogar die Niederlassung, wenn die Ermächtigungen für Krankenhäuser zur Sperrung des Planungsbereiches führen würden oder Ermächtigungen zeitlich unbegrenzt wären“, befürchten die Organisationen.

## Fazit und Forderungen

KVB, BLÄK und BHÄV ziehen ein klares Fazit und stellen Forderungen an die Politik. „Betreffend den ambulanten Bereich verfehlt der Entwurf zum KHVVG seine Zielsetzung: Anstatt die ambulante Versorgung gerade in den ländlichen Regionen zu stärken, ist er im besten Falle wirkungslos oder schwächt diese im schlimmsten Falle durch unnötige Konkurrenzsituationen oder falsche Anreize für ermächtigte Institutionen. Um diesen künftigen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, sind sinnvolle Maßnahmen hinsichtlich einer klaren Begrenzung der geplanten Ermächtigungen zu verankern.“

Die Kernforderungen der Institutionen sind daher:

- Beschränkung der Ermächtigung nach § 116a Absatz 3 auf drohend unterversorgte oder unterversorgte Gebiete.
- Temporäre Ausgestaltung der Ermächtigungen nach § 116a, i. d. S., dass eine Ermächtigung zu dem Zeitpunkt entfällt, in dem sich der Planungsbereich nicht mehr in der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung befindet beziehungsweise alle Sitze eines Planungsbereichs durch Vertragsärzte besetzt sind.
- Keine Sperrung von Planungsbereichen durch Ermächtigungen.

Es bleibt abzuwarten, ob Karl Lauterbach ausnahmsweise auf die Stimme von Experten hört oder ob er wie bei der Wiedereinführung der Budgetierung weiterhin auf das Motto „Augen zu und durch“ setzt.

Leo Hofmeier

## WAS STEHT IM KRANKENHAUSVERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)?

Anfang 2025 soll das KHVVG in Kraft treten. Es beschreibt den Transformationsprozess, den Kliniken in den kommenden Jahren durchlaufen sollen. Damit dies realisierbar ist, sollen sie von 2026 an bis 2035 aus einem Transformationsfond Gelder erhalten. Dieser wiederum wird jährlich zu gleichen Teilen vom Bund und den Ländern mit jeweils 2,5 Milliarden Euro gespeist, insgesamt also fünf Milliarden Euro.

Ein Kernstück der Reform sind die Leistungsgruppen, die für eine Verbesserung der Versorgungsqualität sorgen sollen. Sie sollen als „Instrument einer leistungsdifferenzierten und qualitätsorientierten Krankenhausplanung dienen“, heißt es in dem Gesetzesentwurf. Grundlage hierfür sind die vom Land Nordrhein-Westfalen bereits erarbeiteten 60 Leistungsgruppen, die seit 2022 im dortigen Krankenhausplan enthalten sind. Dieser Katalog wird nun um fünf weitere Leistungsgruppen erweitert.

Bundeseinheitliche Kriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen sollen die Qualität der medizinischen Versorgung stärken. Krankenhäuser sollen demnach entsprechende Leistungen erbringen, die auch die jeweiligen Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale erfüllen. Diese wiederum werden mit 60 Prozent der Gesamtvergütung vergütet. Eine Extra-Vergütung soll den Bereichen Pädiatrie (288 Millionen Euro), Geburtshilfe (120 Millionen), Stroke Units (35 Millionen), Spezielle Traumatologie (65 Millionen), Intensivmedizin (30 Millionen) sowie der Teilnahme an der Notfallversorgung zukommen. Extra-Mittel erhalten auch die Universitätskliniken für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Geräten und Personal. Gegenüber dem Medizinischen Dienst (MD) muss eine entsprechende technische Ausstattung, qualifiziertes Personal sowie die jeweilige Fachdisziplin zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung nachgewiesen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) darf die Qualitätsanforderungen allerdings nur noch normieren, soweit diese nicht bereits in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen festgelegt sind.

## Sektorenübergreifende Versorgung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) weist sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen „eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung“ zu. Für die Schaffung einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung sei es sinnvoll, diesen Einrichtungen auch allgemeinmedizinische ambulante Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen zu ermöglichen. Neben der stationären Behandlung sollen diese etwa auch ambulant operieren dürfen, die medizinisch-pflegerische Versorgung, belegärztliche Leistungen sowie Übergangs-, Kurzzeit- sowie Tages- und Nachtpflege übernehmen.

Der Zugang zur ambulanten hausärztlichen Versorgung soll erleichtert werden – nämlich durch Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen in allen Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die Anfahrtszeiten zur jeweiligen Klinik sollen nicht mehr als 30 Minuten für Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, für alle anderen Leistungsgruppen nicht länger als 40 Minuten dauern.

## Kosten

Auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) käme nach diesen Plänen erhebliche Kosten zu. Das BMG schätzt, dass diese bereits 2024 in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages fällig werden könnten. Ab 2025 sollen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 378 Millionen Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe geleistet werden, die ab 2027 um weitere 327 Millionen Euro für weitere vorgesehene Zuschläge jährlich aufwachsen – dies würde sich auf über 700 Millionen Euro pro Jahr summieren. Die Kosten für tarifliche Lohn- und Gehaltsanpassungen sind hierin noch nicht berücksichtigt.

(Die einzelnen Punkte sind auszugsweise einem Artikel des Fachmagazins „Ärzteblatt“ entnommen.)