



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV) (vom 15.01.2025)

Berlin, 24.01.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Verordnungsentwurfs	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	4
Förderfähigkeit	4
Förderung von Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten	5
§ 3 Abs. 1 KHTFV	5
Förderung von Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung	5
§ 3 Abs. 2 KHTFV	5
Förderung von Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen	6
§ 3 Abs. 3 KHTFV	6
Förderung von Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden ..	6
§ 3 Abs. 5 KHTFV	6
Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen	7
§ 3 Abs. 6 KHTFV	7
Förderung von Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses	8
§ 3 Abs. 7 KHTFV	8
Antragsstellung	9
§ 4 KHTFV	9

1. Grundlegende Bewertung des Verordnungsentwurfs

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten. Die weitere Umsetzung des Gesetzes erfolgt in relevanten Teilen durch Rechtsverordnungen, die wiederum der Zustimmung des Bundesrates bedürfen.

Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) soll der Ausgestaltung des mit dem KHVVG eingeführten Transformationsfonds zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben in der Krankenhausversorgung dienen. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf sollen die gesetzlich abschließend vorgesehenen Fördertatbestände konkretisiert und das Verwaltungsverfahren geregelt werden.

Die Bundesärztekammer unterstützt das mit dem KHVVG verbundene Ziel einer grundlegenden strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland, auch wenn das Gesetz in wesentlichen Punkten angepasst werden muss, um dieses Ziel tatsächlich erreichen zu können. Soweit der vorliegende Verordnungsentwurf als Ausgangspunkt für den Reformbedarf die „Vorhaltung mittelmäßig ausgelasteter Krankenhauskapazitäten“ benennt, verkennt er allerdings die Realität der Krankenhausversorgung in Deutschland, die vielfach von Überlastung und Wartezeiten geprägt ist. Gerade angesichts der (im Referentenentwurf ebenfalls konstatierten) hohen Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung ergibt sich die Notwendigkeit zu mehr Kooperation und Aufgabenteilung zwischen den Krankenhäusern und zu einer stärker sektorenverbindenden Versorgung bei gleichzeitiger Stärkung der flächendeckenden Grundversorgung.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des KHVVG die Einrichtung eines Transformationsfonds begrüßt, weil die erforderlichen strukturellen Veränderungen sich in der Übergangsphase nicht ohne relevante zusätzliche Mittel realisieren lassen.

Die Bundesärztekammer hat zugleich darauf hingewiesen, dass die Krankenhäuser parallel vor weiteren großen Herausforderungen stehen, die sich zum Beispiel aus baulichen Maßnahmen für Klimaanpassung und Klimaschutz und für notwendige Investitionen in die Cybersicherheit ergeben. Beim Neu- oder Umbau von Krankenhausgebäuden ist außerdem im Sinne der Krisenresilienz darauf zu achten, dass räumliche Reservekapazitäten und Spezialbereiche (z. B. Dekontaminationsbereiche) mitgeplant und realisiert werden.

Diese Gesichtspunkte sind im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht explizit aufgegriffen worden. Die Bundesärztekammer regt gleichwohl an, bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Rechtsverordnung die Spielräume, die der Gesetzestext lässt, im Sinne der vorgenannten Anliegen zu nutzen. Mit Blick auf die Cybersicherheit ist dies im Verordnungsentwurf durch die explizite Erwähnung der „informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser“ bereits angelegt.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des KHVVG auch deutlich gemacht, dass eine Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht für der richtige Weg ist (vgl. auch Beschluss Ib - 06 des 128. Deutschen Ärztetages). Schon aus systematischen Gründen sollten Mittel, die für die Betriebskostenfinanzierung bestimmt sind, nicht für die Investitionskostenfinanzierung verwendet werden. Die inzwischen eingetretene weitere Verschärfung der finanziellen Lage der GKV und die resultierenden Anhebungen der Zusatzbeiträge bestätigen diese Kritik. Eine Korrektur ist im Rahmen der vorliegenden Verordnung nicht möglich und bleibt dem gesetzgeberischen Handeln in der kommenden Legislaturperiode vorbehalten.

Die Bundesärztekammer begrüßt es ausdrücklich, dass im Rahmen des Transformationsfonds auch Kosten für die Gewinnung und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten förderfähig sind. Damit die Berücksichtigung der Weiterbildungskosten sachgerecht umgesetzt werden kann, sind die zuständigen Landesärztekammern bei der Abstimmung der diesbezüglichen Förderanträge auf Länderebene einzubeziehen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist wesentlich, dass die Förderung auch die erforderliche Weiterqualifizierung von bereits im Krankenhaus beschäftigten Personal umfasst.

Es ist außerdem vorzusehen, dass die Länder bezüglich der Förderanträge nicht nur das Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen herstellen, sondern mit Blick auf die zugrundeliegenden krankenhauplanerischen Entscheidungen vor der Antragstellung auch die Abstimmung mit den unmittelbar Beteiligten in den Landesausschüssen für Krankenhausplanung suchen (§ 7 KHG).

Die Bundesärztekammer unterstützt das Ziel, eine Finanzierung notwendiger Strukturveränderungen möglichst zügig zu realisieren. Gleichwohl kritisiert die Bundesärztekammer die mit nur einer Woche viel zu kurze Stellungnahmefrist zum vorliegenden Verordnungsentwurf. Angesichts der kurzen Frist kann die vorliegende Stellungnahme keinen abschließenden Charakter haben.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Förderfähigkeit

§ 2 Abs. 3 Nr. 2 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dieser Regelung sind Kosten für Maßnahmen, die dem Erhalt bestehender Strukturen dienen oder die ohne das geförderte Vorhaben zum Erhalt bestehender Strukturen erforderlich gewesen wären, nicht förderfähig. Ausweislich der Begründung sollen Kosten, die für den Erhalt (z. B. die Renovierung) angefallen wären, pauschaliert von den Kosten für einen Neubau abgezogen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Krankenhausreform soll neben einer sinnvollen Spezialisierung und Aufgabenteilung ausdrücklich auch für den Erhalt einer flächendeckenden Versorgung mit den bedarfsgerechten Krankenhausleistungen sorgen. Strukturelle Maßnahmen, die dazu beitragen, sollten im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können. Dies ist gerade für ländliche und strukturschwache Regionen von großer Bedeutung.

Die Regelung zum pauschalierten Abzug von angenommenen Renovierungskosten von den Kosten eines Neubaus wirft Fragen hinsichtlich der rechtlichen und praktischen Umsetzbarkeit auf und kann ein erhebliches Hemmnis bei notwendigen Strukturveränderungen darstellen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung von Abs. 3 Nr. 2 um den Halbsatz „; strukturelle Maßnahmen, die dem Erhalt einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung dienen sind förderfähig.“

Die Ausführungen in der Begründung zum pauschalierten Abzug von angenommenen Renovierungskosten von den Kosten eines Neubaus sollten gestrichen werden.

Förderung von Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten

§ 3 Abs. 1 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten gefördert werden, insbesondere zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 SGB V und Mindestvorhaltezahlen. Förderfähig sollen Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen sowie Kosten für weitere Maßnahmen sein, soweit sie für die Umsetzung des Vorhabens zwingend erforderlich sind. Hierunter fallen laut Begründung beispielsweise Kosten der erstmaligen Rekrutierung und erstmaligen Akquise von Fachärztinnen und Fachärzten oder Kosten der erstmaligen Weiterbildung von medizinischem oder pflegerischem Personal entsprechend den Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppe.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass ausweislich der Verordnungsbegründung auch Kosten für die Gewinnung und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten förderfähig sind, soweit sie der Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen dienen. In der Begründung sollte klargestellt werden, dass eine solche Förderung sowohl bei Ärztinnen und Ärzten, die neu eingestellt werden, als auch bei Ärztinnen und Ärzten, die schon in dem betreffenden Krankenhaus beschäftigt sind, erfolgen kann. Bei der Erstattung der Weiterbildungskosten im Rahmen der Förderung ist der Aufwand sowohl bei der weiterzubildenden Ärztin bzw. dem weiterzubildenden Arzt sowie auch der weiterbildenden Ärztin bzw. dem weiterbildenden Arzt angemessen zu berücksichtigen. Hinzu treten z. B. Kosten für Kurse/Simulationen, die im Rahmen der Weiterbildung erforderlich sind, und Kosten, die durch eine ggf. erforderliche Absolvierung von Weiterbildungsabschnitten an anderen Krankenhäusern (z. B. im Rahmen von Verbundstrukturen) für alle Beteiligten resultieren. Damit die Berücksichtigung der Weiterbildungskosten sachgerecht umgesetzt werden kann, sind die zuständigen Landesärztekammern bei der Abstimmung der Förderanträge auf Länderebene einzubeziehen.

Förderung von Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

§ 3 Abs. 2 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll die Umstrukturierung bestehender Krankenhausstandorte zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V gefördert werden, wobei z. B. Baukosten oder Kosten für digitale Infrastruktur oder auch Schließungskosten (s. Abs. 7 KHTFV) förderfähig sein sollen. Kosten für den Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen sollen nicht förderfähig sein.

Der Aufbau neuer Krankenhausstandorte als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung soll nicht förderfähig sein, da gemäß § 6c KHG ein Krankenhausstandort nur dann als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt werden kann, wenn er bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden ist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Förderung der Umstrukturierung von Krankenhäusern zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist aus Sicht der Bundesärztekammer prinzipiell zu begrüßen. Es ist allerdings zu bedenken, dass eine sektorenübergreifende Versorgung sowohl stationäre als auch ambulante Versorgungsanteile umfasst. Wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu Orten der besonders intensiven Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten werden sollen, muss auch die Frage nach den notwendigen Investitionskosten auf Seiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beantwortet werden. Dies ist im Rahmen der Krankenhausinvestitionsförderung nicht möglich, muss jedoch in der neuen Legislaturperiode gesetzgeberisch auf andere Weise aufgegriffen werden. In diesem Zuge ist auch die Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aus dem ambulanten Bereich erneut zu überprüfen, die das KHVVG in seiner jetzigen Form nicht zulässt.

Förderung von Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen

§ 3 Abs. 3 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern gefördert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen. Allerdings erscheint es wenig zeitgemäß, solche Netzwerkstrukturen auf den stationären Bereich zu beschränken, wie es sich aus dem Wortlaut des Verordnungsentwurfs ergeben würde („Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern“). Zeitgemäße telemedizinische Netzwerkstrukturen müssen entsprechend der Kritik zu § 3 Abs. 2 unter B) die Einbindung des ambulanten Versorgungsbereiches ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Klarstellung, dass die Förderung auch Kosten umfassen kann, die entstehen, um eine sektorenübergreifende Anschlussfähigkeit der telemedizinischen Netzwerkstrukturen zu realisieren. Die notwendige Förderung des Beitrags auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei telemedizinischen Netzwerkstrukturen ist in der kommenden Legislaturperiode außerhalb der Krankenhausinvestitionsfinanzierung aufzugreifen.

Förderung von Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden

§ 3 Abs. 5 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll die Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden zum Abbau von Doppelstrukturen gefördert werden. Als zentrales Beispiel nennt die Begründung die Leistungsgruppenezusammenführung bzw. den Leistungsgruppentausch im Sinne der Spezialisierung. Zu den förderfähigen Kosten gehören ausweislich der Begründung

neben den erforderlichen Baumaßnahmen auch Kosten für weitere Maßnahmen, die für die Umsetzung des Vorhabens zwingend erforderlich sind, wie z. B. Kosten für den Aufbau von Netzwerkstrukturen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Förderung der Bildung von Krankenhausverbänden und hält es für wichtig, dass die Verordnung dabei den Aspekt der Regionalität verankert. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer auch richtig, dass die Verordnung in diesem Zusammenhang nicht nur die Förderung von Baumaßnahmen vorsieht, sondern auch von weiteren erforderlichen Maßnahmen, wie z. B. den Aufbau von Netzwerkstrukturen. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte in diesem Zusammenhang klargestellt werden, dass zu solchen Netzwerkstrukturen auch von den Landesärztekammern anerkannte regionale Weiterbildungsverbände gehören können.

Gerade bei der Zusammenführung und beim Tausch von Leistungsgruppen zwischen verschiedenen Krankenhäusern oder Krankenhausstandorten können sich relevante Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung ergeben, die dazu führen, dass eine ärztliche Weiterbildung nicht mehr vollständig an einem Standort erworben werden kann. Gibt beispielsweise ein Krankenhaus die Leistungsgruppe „Hüft-TEP“ an ein anderes Krankenhaus oder einen anderen Standort in der Region ab, kann dies dazu führen, dass Ärztinnen bzw. Ärzte in der Weiterbildung ihre unfallchirurgische Weiterbildung nicht mehr vollständig an diesem Standort erwerben können. Krankenhaus- oder standortübergreifende Weiterbildungsverbände können diesem Problem abhelfen, indem sie eine bruchlose Weiterbildung ermöglichen. Der Aufbau dieser Verbände verursacht jedoch koordinativen und organisatorischen Aufwand bei den Krankenhäusern, also letztlich Kosten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aufnahme der Worte „*von den Landesärztekammern anerkannte regionale Weiterbildungsverbände*“ in die Aufzählung der förderfähigen Kosten für weitere Maßnahmen im vorletzten Absatz der Begründung zu § 3 Abs. 5 KHTFV.

Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen

§ 3 Abs. 6 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll die Bildung integrierter Notfallstrukturen fördern, wobei unter anderem Kosten für Umbauten, die eine räumliche Verbindung zwischen Schockraum und Bildgebung herstellen oder Kosten für die Einrichtung von Sofortlaboren sowie die Anschaffung von Geräten förderfähig seien.

Nicht förderfähig sollen Vorhaben sein, die dem Aufbau, Umbau oder Neubau von Notfallstrukturen dienen, die in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Förderung integrierter Notfallstrukturen ist ausdrücklich zu begrüßen. Auch hier stellt sich jedoch, wie bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die Frage nach der Abgrenzbarkeit von stationären und ambulanten Versorgungsanteilen. Diese Frage ist in der vorliegenden Verordnung angesichts des gesetzlichen Rahmens nicht zu lösen. Die

notwendige Förderung des Beitrags auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu den integrierten Notfallstrukturen ist in der kommenden Legislaturperiode umso mehr im Rahmen der überfälligen Reform der Notfallversorgung aufzugreifen.

Förderung von Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses

§ 3 Abs. 7 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses fördern, insbesondere in Regionen mit hoher Krankenhausdichte, sofern die Versorgung der Bevölkerung mit den betroffenen Leistungsgruppen nicht wesentlich verschlechtert wird. Eine wesentliche Verschlechterung der Versorgung läge laut der Begründung vor, wenn sich beispielsweise die Fahrzeit zum nächsten Krankenhausstandort für einen erheblichen Teil der Bevölkerung verdoppeln würde.

Förderfähig sollen unter anderem Baumaßnahmen für den Abriss oder Rückbau sowie Kosten für Personalmaßnahmen (z. B. Abfindungen, Sozialplan) sein und andere notwendige Kosten, die im Zusammenhang mit der Schließung anfallen. Voraussetzung soll sein, dass die Schließung auf Dauer angelegt und eine Wiederaufnahme des Krankenhausbetriebs ausgeschlossen ist.

Schließungsbedingte Personalmaßnahmen sollen laut Begründung nicht förderfähig sein, wenn eine Ausschüttung an Investoren bzw. ein finanzieller Vorteil des bisherigen Krankenhausträgers durch die Schließung erfolgt oder die stillgelegten Versorgungsbereiche durch einen anderen Rechtsträger übernommen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt es, dass vor der Förderung einer Krankenhausschließung die Auswirkungen auf die Versorgung zu prüfen sind. Dabei sind aus Sicht der Bundesärztekammer auch notwendige Reservekapazitäten mit zu berücksichtigen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist bei der Beurteilung der Versorgungsauswirkungen jedoch nicht primär an die Veränderung zum Status Quo anzuknüpfen („wesentlich verschlechtert“), weil damit das jeweilige „Ausgangsniveau“ zu stark gewichtet wird. Der Maßstab sollte stattdessen unabhängig vom Ausgangsniveau eine bedarfsgerechte und in angemessener Zeit erreichbare Versorgung sein.

Auch die in der Begründung beispielhaft genannte Anknüpfung an eine Verdopplung der Fahrzeiten erscheint nicht stimmig, weil im Ballungsraum bei absolut betrachtet niedrigen Fahrzeiten eine Verdopplung unkritisch sein kann (z. B. von 7 auf 14 Minuten), während in strukturschwachen Regionen eine kritische Größe schon bei einer Verlängerung um weniger als das Doppelte erreicht werden kann (z. B. von 30 auf 55 Minuten).

Die Bundesärztekammer unterstützt die Intention des Ordnungsgebers, ungerechtfertigte Profite, z. B. von Investoren im Zusammenhang mit der Förderung von Krankenhausschließungen, zu vermeiden. Ob die in der Begründung diesbezüglich enthaltenen Ausführungen hinreichend rechtsklar und differenziert sind, kann die Bundesärztekammer in der Kürze der für die Stellungnahme eingeräumten Frist nicht bewerten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Anknüpfung der Versorgungsauswirkungen an den Maßstab einer – bezogen auf die jeweiligen Leistungsgruppen – bedarfsgerechten und in angemessener Zeit erreichbaren Versorgung.

Antragsstellung

§ 4 KHTFV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut der Regelung sollen die Länder bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2025, über das elektronische Verwaltungsportal Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung stellen können.

Die Länder sollen die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag gestellt wird, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen treffen (§ 4 Abs. 2 Nr. 10 KHTFV).

Bei Vorhaben zu Krankenhausschließungen sollen die Länder bestätigen, dass die Versorgung durch Krankenhäuser in erreichbarer Nähe sichergestellt ist (§ 4 Abs. 4 Nr. 6 KHTFV). Ausweislich der Begründung hat das Land dabei die nach § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG vorgesehenen Fahrtzeiten zugrunde zu legen (30 Minuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 40 Minuten für alle anderen Leistungsgruppen).

Den Krankenhäusern werden im Zusammenhang mit der Antragstellung eine große Zahl weiterer Prüf- und Nachweispflichten direkt oder indirekt auferlegt (so z. B. mit Blick auf das Insolvenzrisiko oder die wettbewerbs- und beihilferechtliche Prüfung).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Wie bereits in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung ist ein Einvernehmen der Länder mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Antragstellung vorgesehen. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass es sich bei den beantragten Vorhaben durchgängig um krankenhauserplanerisch relevante Vorgänge handelt. Gemäß § 7 KHG haben die Länder bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Damit ist ein Kreis angesprochen, der über die gesetzlichen Krankenkassen hinausgeht und in vielen Bundesländern auch die Landesärztekammern umfasst.

In der Praxis kann die Entscheidung über den Förderantrag dem eigentlichen krankenhauserplanerischen Verfahren zeitlich vorausgehen. Die krankenhauserplanerische Entscheidung des Landes ist in diesen Fällen nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen durch die Beantragung der Förderung faktisch bereits getroffen, bevor die Abstimmung mit den weiteren unmittelbar Beteiligten in den Landesausschüssen für Krankenhausplanung überhaupt begonnen hat. Dies wird dem Maßstab von § 7 KHG nicht gerecht.

Der in der Begründung zu § 4 Abs. 4 Nr. 6 enthaltene Bezugnahme auf die in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG vorgesehenen Fahrtzeiten (30 Minuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 40 Minuten für alle anderen Leistungsgruppen) erscheint nicht sachgerecht. Die Vorschrift im KHG ist methodisch nicht hinreichend

bestimmt und wird bei „allen anderen Leistungsgruppen“ der Heterogenität der Leistungsgruppen mit einer einzigen Zeitvorgabe von 40 Minuten nicht gerecht.

Die den Krankenhäusern mit diesem Absatz insgesamt direkt oder indirekt auferlegten Prüf- und Nachweispflichten werden – soweit sie überhaupt leistbar sind – mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand verbunden sein und schaffen zusätzliche Bürokratie. Die Bundesärztekammer hält es für erforderlich, diese Vorgaben kritisch daraufhin zu überprüfen, bei welchen Anträgen sie tatsächlich zwingend erforderlich und auch praktisch umsetzbar sind. Die gesamte Verordnung ist mit Blick auf ihre Bürokratiefolgen zu prüfen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung von § 4 Abs. 2 Nr. 10 um die Formulierung *„sowie einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten nach § 7 KHG angestrebt wurden“*.

Streichung von Satz 2 in der Begründung zu § 4 Abs. 4 Nr. 6.