

Analyse und Bewertung des Eckpunktepapiers zur Krankenhausreform vom 10.07.2023

Die am 10.07.2023 zwischen Bund und Ländern geeinigten Eckpunkte zur Krankenhausreform geben größtenteils ein noch recht vages Bild von den konkreten Maßnahmen und gesetzlichen Umsetzungen. Aus einigen Formulierungen lassen sich jedoch bereits konkretere Absichten und Ziele herauslesen.

Ziel dieser Analyse und Bewertung ist eine (subjektive) Einschätzung und Erläuterung sowie Hinweise auf mögliche problematische Aspekte, aber auch Vorschläge zur Verbesserung oder konkreten Umsetzung im Sinne einer konstruktiven Beteiligung des Klinikverbunds Hessen am Prozess der gesetzlichen Umsetzung.

Damit soll dieses Dokument der Information dienen und kann gleichzeitig eine Grundlage für die Argumentation und Diskussion mit den politischen Entscheidern und beteiligten Verbänden sein.

Nr.	Text Eckpunktepapier	Analyse und Bewertung
<i>Präambel</i>		
1.	<i>Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung.</i>	Hinsichtlich der Ziele herrscht sicherlich Einigkeit. Die Eckpunkte sind daher daran zu messen, ob sie diese Ziele tatsächlich erreichen. Dies ist angesichts der Komplexität des zukünftigen Systems insbesondere hinsichtlich der Entbürokratisierung fraglich.
2.	<i>Es gilt, auch vor dem Hintergrund der Entwicklung der medizinischen und pflegerischen Fachkräftesituation in Deutschland eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen.</i>	Insbesondere ist fraglich, ob die vorgesehenen Maßnahmen einen effizienteren Einsatz des vorhandenen Personals – als Voraussetzung, um mit weniger Fachpersonal mehr versorgungsbedürftige Menschen zu behandeln – ermöglichen.

3. *Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Die Qualitätsziele werden durch Leistungsgruppen und dafür hinterlegte Qualitätsvoraussetzungen erreicht.*
4. *Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in NRW, die bei inhaltlichem Bedarf erweitert werden.*
5. *Die Erreichung dieser Reformziele erfolgt im bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmen; die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verbleibt ausschließlich bei den Ländern.*
6. *Unberührt bleibt insofern auch die primäre Verpflichtung der Länder zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur sowie zur auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Investitionen in diese Krankenhausstruktur.*
7. *Zur ergänzenden Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, die sich unmittelbar aus der Umsetzung dieser Krankenhausreform ergeben, ist mit Inkrafttreten der Reformstufen eine Verlängerung und Ergänzung des Krankenhausstrukturfonds aus Mitteln von Bund und Ländern vorgesehen.*
8. *Die Krankenhausreform stellt ein lernendes System dar, sie enthält laufende kritische Überprüfungsschritte und fünf Jahre nach ihrem Start eine umfassende Evaluation.*

Damit erhalten die Leistungsgruppen drei Funktionen:

- Sie dienen zur Krankenhausplanung der Länder,
- zur Verteilung der Vorhaltevergütung
- und sichern die Behandlungsqualität durch an sie geknüpfte Strukturvoraussetzungen.

Die NRW-Leistungsgruppen sind eine geeignete Ausgangsbasis. Sie sind allerdings sehr grob im Verhältnis zu den darin enthaltenden Fällen mit ihren DRGs und deren unterschiedlichen Kosten und Fixkostenanteilen.

Die Verpflichtung der Länder zu einer auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Investitionen der Krankenhäuser bleibt nicht nur unberührt, sondern voraussichtlich (nach wie vor) auch unerfüllt!

Dass eine gesonderte Finanzierung der geplanten Transformation notwendig sein wird, ist unstrittig. Die Höhe der dafür vorgesehenen Mittel bleibt offen und angesichts der Haushaltslage ist – unabhängig von der Zusammensetzung der dann zuständigen Regierung – eine dafür wirklich ausreichende Finanzierung nicht zu erwarten.

Dies ist sicher notwendig und sinnvoll.



9. *Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Der Bund wird das Vorhaben durch ein eigenes Gesetz umsetzen und die bestehende Datenbasis verbessern. Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.*

10. *Alle nachfolgenden Eckpunkte stehen unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer zukünftigen finalen Gesamteinigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform. Eine solche Einigung umfasst auch die notwendige finanzielle Ausstattung durch Bund und Länder für den Transformationsprozess.*

11. *Darüber hinaus wird der Bund gesetzliche Anpassungen prüfen, um die schnellere Auszahlung des Pflegebudgets zielgerichtet sicherzustellen.*

Dieser strittige Punkt zwischen Bund und Ländern wurde offensichtlich aus der eigentlichen Krankenhausreform ausgeklammert und wird nun im Alleingang des Bundes durchgeführt.

Wesentlich ist, dass die Leistungsgruppen im Gegensatz zum ursprünglichen Vorschlag der Regierungskommission nicht strikt mit der LevelEinstufung verknüpft sind. Dazu sind die Positionen im Krankenhaussektor unterschiedlich. Durch den Wegfall der Verknüpfung ist der Sinn der Level nicht mehr nachvollziehbar, es sei denn, die Verknüpfung wird später doch noch herbeigeführt.

Im Übrigen gibt es bereits entsprechende Portale (z. B. deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) in denen Leistungen und Qualität der Krankenhäuser nachvollzogen werden kann.

Da die Eckpunkte in vielen Bereichen vage und oberflächlich bleiben, kann es bei den Details und der gesetzlichen Umsetzung noch zu erheblichen Konflikten kommen, insbesondere wenn es um die finanzielle Beteiligung an den Transformationskosten geht.

Dazu gibt es u. a. vom Klinikverbund Hessen bereits Vorschläge, z. B.: Regelmäßige Fortschreibung des (erstmalig vereinbarten) krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwertes um die Tarifentwicklung. Dadurch kann – abgesehen von Sonderfällen bei außergewöhnlichen Pflegepersonalkostenänderungen (z. B. bei Fusionen, Verlagerungen, Schließungen) – die prospektive Verhandlung des Pflegebudgets entfallen und nur noch die Spitzabrechnung und Ausgleichsvereinbarungen vereinbart werden.



12. *Im Laufe der Beratungen wird ebenfalls geprüft, ob weitere Maßnahmen zur Liquiditätssicherung auch in Bezug auf Tarif- und Inflationsentwicklung der Krankenhäuser außerhalb des Bundeshaushalts notwendig sind.*

Angesichts der akuten prekären Finanzlage der meisten Kliniken ist diese Absichtserklärung zur „Prüfung“ sehr vage und völlig unzureichend, zumal Gesundheitsminister Lauterbach immer wieder erklärt, dass er „keine Hoffnung“ habe bzw. machen könne, dass diese Prüfung zu einem für die Krankenhäuser befriedigendem Ergebnis kommen wird.

13. *Bund und Länder stellen in einem kontinuierlichen Arbeitsprozess sicher, dass eine belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung rechtzeitig vor Fertigstellung des Referentenentwurfes vorliegen wird.*

Die Aussage solcher Folgenabschätzungen ist allerdings sehr eingeschränkt, bevor die definitiven Regelungen feststehen.

1. Begriffsdefinition Krankenhaus

14. *Die Reform der Krankenhausfinanzierung gilt für zugelassene Krankenhäuser, die der Definition des § 108 SGB V unterfallen.*

Da das Vorhaltebudget aus den DRGs ausgegliedert ist zumindest in Bezug auf die Vorhaltevergütung klar, dass diese sich auf alle (und nur die) Bereiche bezieht, in denen DRGs zur Abrechnung kommen.

Um eine einheitliche Finanzierung und einheitliche Qualitätsstandards für alle bedarfsgerechten Krankenhäuser zu gewährleisten, soll der Anspruch auf Zahlung der Vorhaltevergütung für alle zugelassenen Krankenhäuser gelten, d. h. auch für Fachkliniken, Vertrags-, Bundeswehr- und BG-Krankenhäuser im Umfang ihrer Zulassung. Für diese gelten die ergänzenden Ausführungen übergreifend für alle nachfolgend formulierten Themenkomplexe der Krankenhausreform.

Diese Krankenhausdefinitionen bezieht sich daher insbesondere auf die Leistungsgruppen als Planungsinstrument.

1.1. Vertragskrankenhäuser

15. *Bei Vertragskrankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser, die durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 109 Absatz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung der GKV-Versicherten zugelassen sind. Da für Vertragskrankenhäuser dieselben Qualitätskriterien und im Wesentlichen dieselben Vergütungsregeln wie für andere zugelassene Krankenhäuser*



(Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan der Länder aufgenommen sind und Hochschulkliniken) gelten, wäre eine unterschiedliche Behandlung dieser Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausreform nicht sachgerecht.

1.2. Bundeswehr- und BG-Krankenhäuser

16. *Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnisverteidigung – sicherzustellen. Zudem sind die Bundeswehrkrankenhäuser zur GKV-Versorgung von Zivilpatientinnen und -patienten zugelassen. Für die zivile Versorgung verfügen die Bundeswehrkrankenhäuser über Versorgungsverträge oder sind als Plankrankenhäuser in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommen.*

Die BG Kliniken werden von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vorgehalten. Sie haben den Auftrag, Versicherte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder mit einer Berufskrankheit medizinisch zu versorgen. Auch durch Kooperationen miteinander sind BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung insbesondere in der Unfall- und Notfallversorgung. Die BG Kliniken übernehmen regelmäßig einen Versorgungsauftrag (§ 108 Nr. 2 SGB V) für die Gesamtbevölkerung und stehen somit auch Personen im System der GKV und PKV offen. Hierzu sind BG Kliniken anteilig in den Krankenhausplänen der Länder berücksichtigt.

Infolge ihrer besonderen Versorgungsaufträge und ihrer Spezialisierung kommt den Bundeswehrkrankenhäusern und den BG Kliniken eine Sonderrolle im gesundheitlichen Versorgungssystem zu, die im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigt wird.

Bei BG-Kliniken und Bundeswehrkrankenhäusern gelten die Regelungen der Leistungsgruppen und der Vorhaltevergütung nur für den Anteil der im DRG-System finanzierten Patientinnen und Patienten.

Der Anteil der im Rahmen ihrer jeweiligen Sonderrolle über die Bundeswehr bzw. die BG finanzierten Behandlungen werden nicht berücksichtigt.



1.3. Fachkliniken und Spezialversorger

17. *Fachkliniken sind in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesene Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer oder mehrerer bestimmter Erkrankungen oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und die in relevantem Umfang zur Behandlung in ihrem Spezialisierungsbereich beitragen. Sie behandeln (auch) schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes. Bei Fachkliniken kann es sich nicht um Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern handeln. Es können auch Krankenhäuser Fachkliniken sein, die spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedarfen bzgl. der fachmedizinischen und pflegerischen Versorgung behandeln, z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen. Die konkrete praxistaugliche Definition von Fachkliniken, Level 1i und Level 1n, die den Ländern hinreichende Entscheidungsspielräume belässt, sowie die Berücksichtigung der Spezialversorger wird zwischen Bund und Ländern gemeinsam abgestimmt. Es ist durch die Landesbehörde zu entscheiden, inwieweit Fachkliniken ausnahmsweise auch an der Notfallversorgung teilnehmen sollen.*

2. Vorhaltevergütung

18. *Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert.*
19. *Krankenhäuser erhalten temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung.*

Im Rahmen der im Auftrag des BMG durch die Firma BinDoc erstellten Auswirkungsanalyse galt für Fachkliniken folgende Definition:

- Hohe Konzentration der Leistungen in einem ICD-Kapitel (Statistisches Konzentrationsmaß Herfindal-Hirschmann-Index (HHI) < 0,3 pro ICD-Kapitel)
- Keine G-BA Notfallstufe
- Keine reine Geriatrie (Relativer Anteil Geriatrie (Leistungsgruppe 27.1) < 75% der Gesamtfallzahl)

Ob dies so ist, hängt im Wesentlichen von der Ausgestaltung der Details und Methoden sowie der Höhe der dafür verwendeten Mittel ab (siehe Nr. 26).

„Temporär unabhängig“ bedeutet – wie weiter unten ausgeführt – eine regelmäßige Anpassung an das tatsächliche Leistungsgeschehen in 2- bzw. 3-jährigen Abständen.



20. *Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung soll hierdurch die Möglichkeit geschaffen werden, den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung zu eröffnen.*
21. *Die Ausgangslagen in den Bundesländern sind sehr unterschiedlich. So hat beispielsweise in den neuen Bundesländern eine Strukturbereinigung bereits in den 1990er Jahren stattgefunden. Das muss berücksichtigt werden.*
22. *Vom Bund wird in Kürze dargestellt, wie durch die Reform für Länder mit dünn besiedelten bzw. unterversorgten Gebieten als auch für Länder mit bereits fortgeschrittenen Strukturbereinigungsprozessen (u. a. niedrige Bettenmessziffer) eine tatsächliche Entökonomisierung und dauerhafte Sicherstellung erreicht werden kann. Diese besonderen Ausgangspositionen sind im Gesetzgebungsprozess zu berücksichtigen.*

Eine „auskömmliche Finanzierung“ ist ohne zusätzliche Mittel (siehe Nr. 26) nicht realistisch, es sei denn, es sind deutlich weniger Krankenhäuser (und stationäre Leistungen) auf die diese Mittel verteilt werden müssen. Damit wird jedoch eindeutig, dass die Reform (entgegen den öffentlichen Aussagen) bewusst Krankenhausschließungen beinhaltet.

Es wird aus der Formulierung nicht klar, was dies heißen soll und wie die Berücksichtigung dieser besonderen Ausgangspositionen aussehen soll. Mit Verwendung des Schlagworts „Entökonomisierung“ in diesem falschen Zusammenhang wird jedoch auch der falsche Eindruck erweckt oder zumindest in Kauf genommen („framing“), die Krankenhausversorgung sei ein Wirtschaftssystem, in dem die Krankenhäuser nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten handeln könnten und dementsprechend Gewinnmaximierung als primäres Ziel hätten. Dies trifft jedoch auf die große Mehrheit der Krankenhäuser, insbesondere der kommunale und freigemeinnützigen Träger, in keiner Weise zu.



Exkurs zum Begriff „Entökonomisierung“

Das von Bundesgesundheitsminister Lauterbach oft benutzte Schlagwort „Entökonomisierung“ ist in Bezug auf die Krankenhausversorgung sachlich und inhaltlich falsch:

- Sachlich, weil das Gesundheitssystem und im Speziellen die Krankenhausversorgung keine Ökonomie im wirtschaftssystematischen Sinne ist, da die „Preise“ staatlich festgelegt sind.
- Inhaltlich, weil es in dem beitragsfinanzierten System grundsätzlich und angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen erst recht darum geht, im Gesundheitswesen ökonomisch zu arbeiten, d. h. die Ressourcen sinnvoll zu verteilen und effizient (im Sinne der Versorgung) einzusetzen.

Falls er mit „Entökonomisierung“ die wirtschaftlichen Zwänge und die (eigen-)wirtschaftliche Tätigkeit der Krankenhäuser meint, so unterschlägt er, dass das gesamte Gesundheitssystem auf Leistungserbringerebene (Krankenhäuser unabhängig von den Trägern, niedergelassene Ärzte und andere selbständig arbeitende Gesundheitsberufe und Praxen) eigenwirtschaftlich organisiert ist. Die wirtschaftlichen Zwänge („Hamsterrad“) sind politisch vorgegeben und liegen insbesondere an der mangelnden Investitionsförderung, deren Ausgleich Überschüsse bei den Behandlungserlösen erfordert.

Diese Zwänge werden durch die Weigerung eines Inflationsausgleiches für die Behandlungserlöse aktuell sogar verstärkt, da nun beide Säulen der Krankenhausfinanzierung unterfinanziert sind und ein solcher Ausgleich nicht mehr möglich ist.



24. *Ebenso sagt der Bund zu, sobald dies möglich ist, eine Abschätzung zu den Folgen der Finanzreform darzustellen. Den Ländern werden hierzu geeignete Auswirkungsanalysen und Modellrechnungen zur Verfügung gestellt, die konkrete, nachvollziehbare Zahlen enthalten sowie einen Ländervergleich zum Vorhaltevolumen.*

2.1. Anwendungsbereich

25. *Die bundesweit einheitlich gestaltete Systematik der Vorhaltefinanzierung bezieht sich nur auf Leistungen somatischer Krankenhäuser (außer auf Leistungen besonderer Einrichtungen gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG).*

2.2. Grundsätzlich keine Erhöhung des Erlösvolumens

26. *Vorhaltekosten der Krankenhäuser werden bislang insbesondere im Rahmen der Fallpauschalen finanziert. Durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgt eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens, ohne dass sich grundsätzlich das Erlösvolumen durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöht.*

Da die Ausgliederung aus dem DRG-System erfolgt, ist die Anwendung auch nur dort möglich, wo DRG abgerechnet werden.

Aus diesem kurzen, lapidar formulierten Absatz folgen erhebliche Konsequenzen für die Krankenhäuser und die Krankenhausversorgung:

„neue Verteilung“

Neue Verteilung bedeutet in der Konsequenz für nahezu jedes Krankenhaus, dass sich auch bei unverändertem Leistungsgeschehen die für diese Leistungen zur Verfügung stehenden Erlöse verändern. Dies kann für das einzelne Krankenhaus positiv (mehr Erlöse aufgrund der Vorhaltevergütung) oder negativ (weniger Erlöse) sein. Das aDRG-Erlösvolumen belief sich 2021 auf rund 56,2 Milliarden Euro¹. Bei 60% Vorhalteaussgliederung incl. Pflegebudget und geschätzten 20%

¹ Erlösvolumen für die bewerteten aDRG ohne Pflegebudget, Zusatzentgelte und weitere Entgelte.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <https://www.gbe-bund.de/>



Pflegebudget verbleiben für die Vorhaltevergütung 40% dieser Erlöse, also insgesamt rund 22,48 Milliarden Euro, die dann zwischen den Krankenhäusern „neu verteilt“, also verschoben werden sollen. Im Einzelnen wird die Auswirkung dieser Verschiebung für das jeweilige Krankenhaus in erheblichem Maße davon abhängen, welches Volumen davon tatsächlich verschoben und wie die konkrete technische Umsetzung von Ausgliederung und Verteilung aussehen wird.

„Keine Erhöhung des Erlösvolumens“

Aktuell sind die Krankenhäuser strukturell unterfinanziert aufgrund der zu geringen Investitionsförderung einerseits und der ebenfalls nicht mehr ausreichenden Behandlungsvergütung (aufgrund der Schere zwischen Inflation und Basisfallwertsteigerungen) andererseits.

Nochmals: Eine „auskömmliche Finanzierung“ ist ohne zusätzliche Mittel nicht realistisch, es sei denn, es sind deutlich weniger Krankenhäuser (und gleichzeitig stationäre Leistungen) auf die diese Mittel verteilt werden.

Damit wird jedoch eindeutig, dass die Reform (entgegen den öffentlichen Aussagen) bewusst Krankenhausschließungen beinhaltet.

Immerhin sollen diese Zuschläge als zusätzliche Mittel gewährt werden.

27. *Ausnahmen gelten für den zusätzlichen Zuschlag zur Erbringung koordinierender und vernetzender Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger sowie die zusätzlichen Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung sowie Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (siehe 2.6)*



2.3. Herkunft der Mittel

28. *Für die Zahlung eines Vorhaltebudgets werden die Mittel hierfür aus den bestehenden Fallpauschalen ausgegliedert; die Fallpauschalen werden abgesenkt.*

29. *Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt.*

30. *Die Absenkung erfolgt perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen.*

31. *Hierzu werden die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren. Kommt die Vereinbarung der Kalkulation ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer festzulegenden Frist den ausstehenden Vereinbarungsinhalt fest.*

Dies ist ein ähnliches Vorgehen, wie es z. B. auch beim Pflegebudget erfolgt ist. Durch die Ausgliederung und Absenkung der Bewertungsrelationen des gesamten DRG-Systems können die Landesbasisfallwerte unverändert bleiben.

...oder auch nicht!

Es besteht weiterhin ein Anreiz – aufgrund der geringeren Marge wird dieser möglicherweise sogar größer – bestimmte DRG innerhalb einer Leistungsgruppe (abhängig vom tatsächlichen Vorhalteanteil im Verhältnis zur Ausgliederung und Vorhaltevergütung) in größerer Menge zu erbringen andere dagegen zu vermeiden.

Die Vorhaltevergütung ist keinesfalls (fehl-) anreizfrei!

Dies ist sinnvoll, allerdings wird eine Definition des „tatsächlichen Vorhaltekostenanteils“ und der durch die Qualitätsvorgaben entstehenden Vorhaltekosten (einvernehmlich) innerhalb der DRG-Kalkulation nicht einfach werden.

Diese Delegation an die Selbstverwaltung ist bei entsprechenden Regelungen sinnvoll und üblich.

Sofern die dabei gesetzte Frist realistisch ist, darf sie dies dann im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben tatsächlich selbst bestimmen.



32. *Da dies jedoch bereits eine Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen sowie der relevanten Qualitätskriterien voraussetzt, sollen – um den Krankenhäusern schnellstmöglich eine von der Leistungserbringung unabhängige Vorhaltevergütung zukommen zu lassen – die Vorhalteanteile zunächst normativ ermittelt werden.*
33. *In einer Übergangsphase wird die Absenkung der Fallpauschalen daher pauschal um einen gesetzlich vorgegebenen, zunächst einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung erfolgen.*
34. *Darin sind auch die Kosten für Pflegepersonal am Bett enthalten.*
35. *Die Finanzierung der fallbezogenen Sachkosten bleibt gewährleistet.*

Die normative Ausgliederung des Vorhalteanteils war bereits Bestandteil des Kommissionsvorschlags. Dies ist allerdings komplexer, als die Kommission annimmt, wie sich im Folgenden zeigt.

Was ist mit „einheitlich“ und „durchschnittlich“ gemeint?

Einheitlich würde bedeuten, dass alle DRGs um 60% bereinigt werden, während durchschnittlich darauf hinweist, dass es zwischen den einzelnen DRGs Unterschiede gibt.

Sofern das Pflegebudget in seiner Systematik unverändert bleibt (siehe Nr. 39) werden zunächst die Pflegekosten ausgegliedert und je nach deren Anteil dann der Vorhalteanteil bis (durchschnittlich) 40% der ursprünglichen Kosten in der rDRG verbleiben.

Es ist sinnvoll bzw. notwendig, dass bei der Ausgliederung des Vorhalteanteils die Kostenarten der direkt zugeordneten Sachkosten, insbesondere der Implantate vollständig in der Rest-DRG verbleiben und deshalb bei der Ausgliederung des Vorhalteanteils nicht berücksichtigt werden. Denn einige Implantate sind extrem teuer (z. B. TAVI, Cochlea-Implantate, komplexe Defibrillatoren) und ihr Kostenanteil innerhalb der DRG ist teilweise weit größer als die in der rDRG verbleibenden 40%, so dass diese Leistungen in der Einzelfallabrechnung unterfinanziert (und damit unattraktiv) wären.

Wenn dies damit (hoffentlich) gemeint ist, steht es jedoch in gewissem Widerspruch zur Ausgliederung eines „einheitlichen Vorhalteanteils“.



36. *Um die Krankenhäuser von möglichst viel unnötiger Bürokratielast zu befreien und damit für ihr Personal attraktiver zu gestalten, sollten möglichst alle Zu- und Abschläge abgeschafft bzw. in die Mindestvorgaben der Leistungsgruppen integriert werden (z.B. G-BA Zentrums-Regelungen).*

Das ist eine gute und sinnvolle Absicht, aber nicht wirklich „viel“ der Bürokratie und entlastet insbesondere nicht das klinische Personal, sondern allenfalls die Verwaltung.

37. *Der Fixkostendegressionsabschlag wird in die Vorhaltevergütung integriert.*

Der Fixkostendegressionsabschlag ist bzw. wird unnötig und muss daher abgeschafft werden! Wenn durch die Vergütungsreform wirklich kein Anreiz zur Mengenausweitung mehr besteht (siehe Nr. 29), gibt es auch keine (unbegründete) Mehrleistung. Die Politik sollte an dieser Stelle Vertrauen in die Wirkung ihrer eigenen Reform zeigen.

Systemweit ist eine stationäre Mehrleistung aufgrund Fachpersonalmangels in Verbindung mit den Personalvorgaben sowie der zunehmenden Ambulantisierung sowieso nicht mehr zu erwarten.

38. *Der bisherige Sicherstellungszuschlag sollte perspektivisch in der Vorhaltevergütung integriert werden. Für bisherige Sicherstellungs-Krankenhausstandorte wird dann die Vorhaltevergütung entsprechend aufgestockt werden.*

Dies ist sicher sinnvoll, jedoch keine wirkliche Entlastung

2.4. Pflegebudget

39. *Das Pflegebudget bleibt unberührt. Auch zukünftig werden die Personalkosten für die Pflege am Bett krankenhausesindividuell nach dem Selbstkostendeckungsprinzip durch das Pflegebudget finanziert.*

Damit bleibt das Pflegebudget neben der Vorhaltevergütung und den rDRG in der jetzigen Form erhalten.

2.5. Ermittlung des Vorhaltebudgets je Land je Leistungsgruppe

40. *Das aus den Fallpauschalen ausgegliederte Volumen wird ausgewiesen nach Land und Leistungsgruppen.*

Die Ausgliederung erfolgt (systemkonform) auf Basis von Bewertungsrelationen. Daher besteht das Vorhaltevolumen zunächst aus Bewertungsrelationen.



41. *Je Land und Leistungsgruppe wird das Volumen mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert gewichtet.*
42. *Das Vorhaltebudget im Land ist auf das jeweilige Jahr bezogen gedeckelt.*
43. *Der dabei berücksichtigte Landesbasisfallwert bezieht sich auf das Vorjahr.*

Der Verteilungsschlüssel auf das Land muss sinnvollerweise der Anteil der Bewertungsrelationen im Land bezogen auf die jeweilige Leistungsgruppe sein.

Dies heißt, dass eine unterjährige Kostenentwicklung erst mit der entsprechenden Verzögerung abgebildet wird.

Dies würde eine Budgetkürzung um die Landesbasisfallwertsteigerung im Einführungsjahr und entsprechend einjährig verzögerte Abbildung der Basisfallwertveränderungen bedeuten. **Dies ist aus Krankenhaussicht nicht tragbar! Das Systemjahr der Ausgliederung und die Bewertung durch den entsprechenden Landesbasisfallwert müssen kongruent sein!**

Beispiel:

Erstmalig werden die DRG-Bewertungsrelationen des DRG-Systems 2027 um den Vorhalteanteil gemindert, der ausgegliederte Anteil wird jedoch mit dem Vorjahresbasisfallwert aus 2026 multipliziert, der entsprechend niedriger ist. Damit sind die Bewertungsrelationen, aus denen sich das Vorhaltebudget ergibt, weniger Wert als deren DRG-Äquivalent, d. h. in Euro wird mehr aus den DRG ausgegliedert, als über das Vorhaltebudget vergütet wird. Dies ist nicht akzeptabel!

2.6. Ermittlung des Vorhaltebudgets je Krankenhaus

44. *Jedes Krankenhaus wird in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach seiner bisherigen Fallzahl und Fallschwere eingestuft.*

Fallzahl und „Fallschwere“ werden hier als einzige Kriterien für die Einstufung und die daraus resultierende Verteilung des Vorhaltebudgets angegeben. Die von der Regierungskommission ursprünglich genannten Kriterien „Bevölkerungsbezug“ und „Ergebnisqualität“ tauchen in den Eckpunkten nicht mehr auf.



45. *Dies erfolgt für alle Krankenhäuser auf empirisch-mathematischer Grundlage durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.*

46. *Durch die Übernahme von überregionalen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben werden insbesondere Universitätskliniken, aber auch andere geeignete Versorger zusätzliche Aufgaben von besonderer Bedeutung erfüllen.*

47. *Die Finanzierung dieser koordinierenden und vernetzenden Aufgaben wird nicht aus den ausgegliederten Erlösvolumina der anderen Versorgungskrankenhäuser stammen. Es werden hierfür seitens der GKV zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt.*

Das Bezugsjahr dieser Einstufung bleibt unbestimmt („bisherigen“), ist aber wesentlich (z. B. Coronajahr). Es ist nachvollziehbar, dass es bei der Ersteinstufung ein bis zum Inkrafttreten vergangenes Jahr sein muss, um ein mögliches Ausnutzen der dann bekannten Regelungen zu vermeiden. Ein Coronajahr (2020-2022) als Bezugsjahr zu nehmen, wäre allerdings auch nicht sachgerecht, da diese nicht die übliche Leistung in Struktur und Menge abbilden. Daher bliebe sinnvollerweise nur noch das Jahr 2023.

Die Art der Einstufung (Klassen, linear, nach oben oder unten degressiv?) wird nicht genannt. Auch die Methodik, wie und auf welcher Grundlage Fallzahl und Fallschwere (CMI von aDRG oder rDRG oder andere Methodik) in der Einstufung berücksichtigt werden, ist derzeit nicht hinreichend konkret für eine Beurteilung. Es handelt sich allerdings um eine komplexe Aufgabe mit erheblichen Auswirkungen.

Methodik und Durchführung der Einstufung muss transparent und nachvollziehbar sein.

Es ist sinnvoll, dass diese Regelung über die Unikliniken hinausgeht. Beispielsweise in Hessen gibt es nur 3 Unikliniken in 2 von 6 Versorgungsgebieten. Hessen hat in allen Versorgungsgebieten in der Pandemie entsprechende Strukturen mit teilweise nicht universitären Maximalversorgern als koordinierende Krankenhäuser geschaffen.

Dies ist für die Krankenhäuser positiv, die GKV wird allerdings zusätzlich belastet.



48. *Das Vorhaltebudget je Land und Leistungsgruppe wird auf Grundlage der Einstufung der Krankenhäuser und unter Berücksichtigung der zusätzlichen Zuschläge für Universitätskliniken oder anderen von den Ländern beauftragten koordinierenden Krankenhäusern (vgl. 4.4.) rechnerisch aufgeteilt. Dies erfolgt zentral durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.*

49. *Damit Konzentrationsprozesse und Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sachgerecht in der Einstufung berücksichtigt werden, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Neueinstufung der Krankenhäuser in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe. Die Einstufung wird zunächst nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre überprüft.*

50. *Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl. Die Entwicklung der Fallschwere wird bei einer Neueinstufung hingegen umfassend berücksichtigt. Damit werden Anreize für Mengensteigerungen gedämpft und Veränderungen bei der Fallschwere abgebildet.*

51. *Sicherstellungszuschläge bleiben erhalten. Die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung erhalten neben den bisherigen Sicherstellungszuschlägen einen zusätzlichen, nach Leistungsumfang gestaffelten Zuschlag. Dieser wird jedoch nicht aus dem bisherigen Erlösvolumen der Krankenhäuser generiert. Hierfür werden seitens der GKV ebenfalls zusätzliche Mittel bereitgestellt. Die Auszahlung erfolgt über die regulären Zahlungswege und damit nicht über die Länder.*

Da die Aufteilung von der Einstufung abhängt, gilt die Anmerkung zu Nr. 45 entsprechend.

Ein Krankenhaus könnte in den 2 bzw. 3 Jahren bis zur Neueinstufung bis zu 20% weniger stationäre Fälle erbringen deren Fallschwere unverändert bleibt oder ansteigt, beispielsweise durch Verlagerung der leichteren Fälle in den ambulanten Bereich. Dennoch würde das Vorhaltebudget in gleicher Höhe zustehen oder sogar ansteigen.

Es ist davon auszugehen, dass diesbezüglich die GKV im Gesetzgebungsverfahren intervenieren wird.



52. *Wenn es aufgrund von Schließungen oder Fusionen zur Verlagerungseffekten in benachbarte Krankenhäuser kommt, ist die Übertragung des Vorhaltebudgets des wegfallenden Standortes auf die aufnehmenden Standorte kurzfristig sicherzustellen.*

2.7. Konvergenzphase

53. *Um für die Krankenhäuser die finanziellen Veränderungen abzufedern, die sich aus der Anwendung der Leistungsgruppen ergeben, ist die Implementierung einer mehrjährigen Konvergenzphase vorgesehen. Krankenhäuser bekommen hierbei Planungssicherheit hinsichtlich der ihnen jeweils zur Verfügung stehenden Budgets.*

54. *Die Reform soll im Januar 2024 in Kraft treten.*

Die Dauer der Konvergenzphase bleibt undefiniert.

Selbst bei Vorliegen eines Referentenentwurfes nach der Sommerpause (Anfang September) bleiben nur wenige Sitzungswochen für das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren.

Es besteht die Gefahr, dass – wie bei einigen Gesetzgebungsverfahren in letzter Zeit – den Beratungen und insbesondere den Stellungnahmen der beteiligten Verbände und Expertinnen und Experten nur wenig Zeit eingeräumt wird.

Angesichts der Komplexität der Thematik und der bisherigen Ausgrenzung der Selbstverwaltung und Verbände ist ein ausführliches Anhörungsverfahren und eine angemessene Berücksichtigung der Expertisen zwingend erforderlich!

Insofern sollten Sorgfalt und Qualität und nicht der Zeitplan oberste Priorität haben. Ein Inkrafttreten des Gesetzes im ersten Halbjahr 2024 könnte immer noch den Zeitplan für die Konvergenzphase ermöglichen.



55. *Im Jahr 2026 folgt eine für die Krankenhäuser budgetneutrale Auszahlung des krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets. Veränderungen in der Rechnungshöhe ergeben sich für die Krankenhäuser in dieser Einführungsphase nicht.*

Dies würde bedeuten, dass im ersten Schritt die aus den jeweiligen DRG ausgegliederten Bewertungsrelationen (bewertet mit dem aktuellen Landesbasisfallwert! Siehe Nr.43) gesondert als Vorhalteentgelt bei der Fallabrechnung ausgewiesen werden, aber in Summe mit der rDRG den Wert ohne Ausgliederung (aDRG) ergeben.

Alle weiteren Schritte der Konvergenzphase bleiben undefiniert.

56. *Um das Wirksamwerden der Reform zu beschleunigen, wird geprüft, wie die Umsetzung der Reform in zwei unterschiedlichen Geschwindigkeiten erfolgen kann.*

Es ist unklar, welche Teile der Reform gemeint sein könnten, die in unterschiedlichen Geschwindigkeiten ablaufen.

Denkbar (und ggf. sinnvoll) wäre, die Rechtsverordnung zur Definition der Leistungsgruppen frühzeitig auf den Weg zu bringen, um Ländern und Krankenhäuser Planungssicherheit zu geben und die schnelle Anpassung der landesgesetzlichen Vorschriften und Krankenhauspläne zu ermöglichen.

57. *Eine Evaluation der Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung erfolgt durch Bund und Länder spätestens nach vier Jahren.*

2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

58. *Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen.*

Dazu wird ein entsprechender Leistungsgruppengrouper notwendig.

59. *Frühestens ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu, die sich zunächst neben den fünf ergänzenden, fachlich gebotenen Leistungsgruppen der Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder-*

Siehe Nr. 72



und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie an dem NRW-Modell orientieren.

60. *Bis spätestens Ende 2025 haben die Länder Zeit, die hierzu ggf. erforderlichen landesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen.*

61. *Basierend auf den zugewiesenen Leistungsgruppen und dem sich insoweit verändernden Versorgungsumfang der Krankenhäuser verändert sich mit dem Wirksamwerden die Höhe der Vorhaltevergütung.*

62. *Ein Krankenhaus hat grundsätzlich einen Anspruch auf das leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget, wenn ihm vom Land die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wurde und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt sind.*

63. *Abweichend hiervon werden den Ländern jedoch vergütungsneutrale Ausnahmetatbestände eingeräumt, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten oder eine Anpassung der Kliniken an die Qualitätsvorgaben zu ermöglichen (Ziffer 3.6).*

64. *Bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien erhalten die Krankenhäuser das ungekürzte leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget nur in den Fällen und dem Zeitraum einer befristeten Zuweisung der Leistungsgruppe, wenn der Sicherstellungsauftrag ansonsten nicht realisiert werden kann (bundeseinheitliche Voraussetzungen hierfür vgl. Ziffer 3.6). Nach Ablauf dieses Zeitraums entfällt der Anspruch auf die Zahlung des leistungsgruppenbezogenen Vorhaltebudgets, sofern die Qualitätskriterien weiterhin nicht erfüllt sind.*

Budgetneutral (siehe Nr. 55) bezieht sich insofern nur auf die erbrachte Leistung, nicht das Krankenhaus. Darf ein Krankenhaus bestimmte Leistungen nicht mehr erbringen oder werden neue Leistungsgruppen zugewiesen, ändert sich insoweit auch das Krankenhausbudget.

Die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen (und deren Prüfung!) müssen daher realistisch sein, um betroffenen Krankenhäusern die Erfüllung der Kriterien der jeweils bedarfsnotwendigen Leistungen zu ermöglichen. Offen ist, wie mit (Einzel-) Fällen umgegangen wird, die beispielsweise notfallmäßig in einem nicht zuständigen Krankenhaus akut versorgt werden müssen und dann in eine Leistungsgruppe fallen, die dem Krankenhaus nicht zugewiesen ist. Hier ist sicherzustellen, dass zumindest die Abrechnung der rDRG gewährleistet ist.



2.9. Auszahlung des Vorhaltebudgets

65. *Die Krankenhäuser erhalten das für sie ermittelte feste Vorhaltebudget unabhängig von ihren erbrachten Fällen. Der Ausgleichsmechanismus wird unterjährig erfolgen, um die Liquidität der Krankenhäuser zu erhalten.*

Die Formulierung in den Eckpunkten vom 23.06.2023 war diesbezüglich konkreter: „Die Krankenhäuser erhalten halbjährlich vorab von den Kostenträgern das für sie ermittelte feste Vorhaltebudget unabhängig von ihren erbrachten Fällen.“

66. *Die regulären Zahlungswege über Krankenhausrechnungen werden genutzt.*

Diese Formulierung lässt dagegen einen fallbezogenen Rechnungszuschlag vermuten, für den es unterjährige Ausgleichsmechanismen gibt.

Dies würde in Bezug auf das einzelne Krankenhaus bedeuten:

- Voraussetzung ist eine Vereinbarung der Leistungsmenge
- Umrechnung der Summe des zustehenden Vorhaltebudgets auf die (vereinbarten) Fälle
- Unterjährige (Monat/Quartal/Halbjahr?) Berechnung der Differenz zwischen Anspruch und Zahlung sowie Berechnung der entsprechenden Ausgleiche
- Bei jeder Änderung des Zahlbetrags entsprechendes Genehmigungsverfahren

Dies ist sicherlich das Gegenteil von „unbürokratisch“

67. *Eine Einbindung des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterbleibt. Eine Auszahlung über die Länder kommt nicht infrage.*

Eine Begründung für diesen klaren Ausschluss ergibt sich aus den bisherigen (öffentlichen) Dokumenten nicht.

Schließlich wäre auch die Auszahlung gemeinsam mit der Pauschalförderung über die Länder ein „etablierter Zahlungsweg“

3. Leistungsgruppen

68. *Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und dienen damit als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung.*

Dazu werden sie in anderen Ländern (z. B. Schweiz, ursprünglich NRW) auch ausschließlich eingesetzt.



69. *Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen wird die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt.*
70. *Unberührt davon bleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen.*
71. *Zugleich werden Leistungsgruppen als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung genutzt.*

Dies gilt nur, sofern die Qualitätsvorgaben nicht zu einer (regionalen) Unterversorgung in bestimmten Leistungsgruppen führen. Menschen, die versorgt werden, erhalten dann zwar eine hohe Qualität, dafür erhalten andere Menschen gar keine oder erst verzögert eine Versorgung.

Allerdings nur temporär (siehe Nr. 64)

Diese Verknüpfung aus Krankenhausplanung und Vorhaltevergütung über die Leistungsgruppen führt zu der hohen Komplexität des Systems (im Gegensatz zur Nutzung der Leistungsgruppen in anderen Ländern, siehe Nr. 68) und macht insbesondere die finanzielle Folgenabschätzung für das einzelne Krankenhaus schwierig.

Wie bereits bei der Einführung des DRG-Systems (Nutzung eines zur Budgetbemessung entwickelten Systems als Fallpauschalensystem) wird eine andernorts etablierte Methode erweitert und damit letztlich zweckentfremdet, was wiederum komplexe Regelungen erfordert und Anreizproblematiken auslöst.

Der Unterschied zur DRG-Einführung liegt darin, dass diese über einen deutlich längeren Zeitraum stattfand und weitgehend von der Selbstverwaltung (Auswahl des zugrundeliegenden Systems, Regeln und Institution zur Weiterentwicklung uvm.) gestaltet wurde.

3.1. Verfahren zur Definition und Zuordnung von Leistungsgruppen

72. *Die Definition von Leistungsgruppen beinhaltet die Zuordnung von OPS- und ICD-Codes und die Festlegung von sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe. Zu den Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe zählt nach dem Vorbild des NRW-Konzeptes auch die*

Das NRW-Modell enthält für die Leistungsgruppenzuordnung auch die jeweiligen Fachabteilungen. Diese sind in den Ländern jedoch in unterschiedliche Tiefe geplant! Z. B. in Hessen wird sehr grob (Chirurgie statt Gefäßchirurgie, Innere statt Gastroenterologie) geplant.



Festlegung von verwandten Leistungsgruppen, die ebenfalls an demselben Krankenhausstandort zu erbringen sind.

Dementsprechend unterscheiden sich auch in den Daten nach § 21 KHEntgG die Fachabteilungsschlüssel trotz gleicher Leistung in gleich ausgestatteter und qualifizierte Abteilung.

Es muss sichergestellt werden, dass gleiche Fälle in verschiedenen Krankenhäusern und unterschiedlichen Ländern auch in die gleiche Leistungsgruppe gruppiert werden.

73. *Die bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort. Bei der Einhaltung der Qualitätsanforderungen können vertraglich vereinbarte Kooperationen und Verbände berücksichtigt werden, um etablierte und qualitativ hochwertige Netzwerkstrukturen zu fördern und auszubauen. Dafür wird ausschließlich auf medizinischer Grundlage bundeseinheitlich in der Definition der Leistungsgruppen festgelegt, welche Kooperationsmöglichkeiten bzw. Verbundlösungen möglich und sinnvoll sein können.*

Die Aussagen zu Kooperationsmöglichkeiten und Verbänden bleibt vage.

3.2. Erstmalige Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen

74. *Die Definition von Leistungsgruppen ist für den Erfolg der Krankenhausreform von höchster Relevanz. Sie haben eine hohe Bedeutung für die zukünftige Krankenhausplanung und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Bund und Länder erarbeiten und verantworten gemeinsam die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, die durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgelegt werden.*

Somit erfolgt die Erstdefinition ohne Einbindung von Fachexpertise und Praktikern.



75. *Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie und wird durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgeschrieben.*

76. *Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien sowie das Recht auf Ergänzungen und Streichung erfolgt in der ersten Stufe auf Initiative von Bund und Ländern; beide Seiten haben ein Initiativrecht.*

77. *Die wissenschaftliche Vorarbeit erfolgt nach Beauftragung von Bund und Ländern in einer zweiten Stufe durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).*

78. *Auf dieser medizinisch wissenschaftlichen Grundlage wird in einer dritten Stufe ein gesetzlich festgeschriebener Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss mit der Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beauftragt. Der Ausschuss wird geleitet von Bund und Ländern und daneben paritätisch besetzt von Bundesärztekammer, Vertreterinnen und Vertreter der Pflege und Deutscher Krankenhausgesellschaft einerseits und dem GKV-Spitzenverband andererseits.*

Auch beim Initiativrecht im Rahmen der Weiterentwicklung, d. h. der Neudefinition, Differenzierung oder Abschaffung von Leistungsgruppen bleiben die Betroffenen unberücksichtigt.

Erst in der letzten Stufe vor der Rechtsverordnung erfolgt eine Beteiligung der Selbstverwaltung und Berufsverbände, die allerdings gemeinsam so viele Stimmen haben, wie die GKV.



79. *Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen erfolgt in der vierten Stufe durch eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates.*
80. *Die konkrete Entscheidung über die Definition, Weiterentwicklung und Festlegung von Leistungsgruppen sowie deren Qualitätskriterien verbleibt demnach beim Gesetz-/ Verordnungsgeber und beinhaltet insoweit ein Mitentscheidungsrecht der Länder bei Entstehung und Inkraftsetzung.*
81. *Es werden nur somatische Leistungsgruppen definiert; die Integration des psychiatrischen und psychosomatischen Bereichs erfolgt nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens.*
82. *Soweit für die Zuweisung bestimmter Leistungsgruppen die Vorhaltung weiterer Leistungsgruppen vorausgesetzt wird, ist diese Anforderung ausschließlich medizinisch-sachlich zu begründen.*

3.3. Eindeutige Zuordnung von Behandlungsfällen

83. *Jeder Behandlungsfall muss anhand des Abrechnungsdatensatzes eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden.*

3.4. Zuordnung von Leistungsgruppen

84. *Die zuständige Landesbehörde weist den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen per Bescheid zu. Voraussetzung hierfür ist, dass das Krankenhaus die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt, einschließlich der verwandten Leistungsgruppen, die an demselben Standort zu erbringen sind.*

Die Formulierung „medizinisch-sachlich“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Es ist jedoch vorteilhaft, wenn wirtschaftliche oder berufspolitische Interessen ausgeschlossen werden.

Dieser Abschnitt ist inhaltlich teilweise eine Wiederholung des Abschnitts 2.8



85. *Die jeweils für die Leistungsgruppe genannten Kriterien sind grundsätzlich an dem Krankenhausstandort zu erfüllen. Bei der Einhaltung der Qualitätsanforderungen sind aber auch Kooperationen und Verbünde zulässig (s. Ziffer 3.1). Im Rahmen des mehrstufigen Systems zur Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien kann für bestimmte Leistungsgruppen auch festgelegt werden, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien „im Rahmen einer dauerhaften Kooperation mehrerer Krankenhäuser“ ausreicht.*
86. *Für Fachkliniken gelten Qualitätskriterien, die ihrem spezialisierten Leistungsangebot entsprechen. Die Zuordnung durch die Landesbehörde einschließlich der Einhaltung der entsprechenden Qualitätskriterien der Leistungsgruppe ist Voraussetzung für den Anspruch auf Zahlung der vorgesehenen Vorhaltevergütung.*
- Dem besonderen Versorgungsauftrag von Bundeswehr-Krankenhäusern und BG Kliniken wird gesondert Rechnung getragen.*

3.5. Prüfung der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen

87. *Das Vorliegen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben regelmäßig geprüft. Ziel ist die strukturierte Prüfung der von den Krankenhäusern zugesagte Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.*
88. *Die Planungsentscheidungen der Länder werden nicht durch Dritte geprüft.*

Dies entspricht dann den jetzigen Strukturprüfungen bei den Komplex-OPS

Durch die Regelungen in Abschnitt 2.8 (Nr. 63 und 64) besteht jedoch eine lediglich temporäre Abweichungsmöglichkeit, wenn die Qualitätsvoraussetzungen als nicht ausreichend geprüft werden.



89. *Die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen übernimmt der Medizinische Dienst (MD) im Auftrag von Bund und Ländern.*

Dabei ist ein Verfahren sicherzustellen, dass den Aufwand in Relation zum Nutzen berücksichtigt und eine sachliche Bewertung im Sinne der Ziele dieser Reform und der Versorgungsrealität ermöglicht.

90. *Die Frequenz der Prüfungen ist im weiteren Verfahren zu klären.*

Die Frequenz entspricht sinnvollerweise der Frequenz der Neubewertung (2 bzw. 3 Jahre)

91. *Die planungsrechtliche Folgeentscheidung liegt ausschließlich bei den Ländern.*

„Planungsrechtlich“ mag dies stimmen, hinsichtlich der Vorhaltevergütung ist die Erfüllung der Qualitätskriterien jedoch nach Abschnitt 2.8 (Nr. 62) Voraussetzung!

92. *Dabei soll nach Möglichkeit kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser entstehen. Mit der Einführung der verbindlichen Prüfung der Qualitätskriterien soll mit dem Ziel der Entbürokratisierung geprüft werden, inwieweit die aktuellen Prüfungen des MD zu stationären Strukturen integriert werden und spezifische Prüfung entfallen können.*

Die OPS-Strukturprüfungen (und grundsätzlich die Definition von Strukturvoraussetzungen im OPS) sind dann überflüssig, da die entsprechenden Voraussetzungen in den Leistungsgruppen definiert sind. Es ist nicht zu begründen, wenn ein Krankenhaus nach erfolgreicher Leistungsgruppenprüfung eine Leistungsgruppe erbringen darf, in denen Leistungen mit Komplex-OPS enthalten sind, diese spezifischen Leistungen jedoch wegen negativer OPS-Prüfung ausgenommen wären. Zum einen definiert sich der Versorgungsauftrag und damit auch die Versorgungsverpflichtung aus der Leistungsgruppe, zum anderen würde dies zu Verwerfungen aufgrund der (leistungsgruppenbezogen durchschnittlichen) Vorhaltevergütung führen.

Daher sind die OPS-Strukturprüfungen und die Strukturmerkmale im OPS mit Einführung der Leistungsgruppen abzuschaffen!

93. *Der MD wird in diesem Sinne im Rahmen dieser Reform weiterentwickelt.*



3.6. Einheitliche Ausnahmen zur Zuordnung von Leistungsgruppen

94. *Bei der Zuordnung von Leistungsgruppen verbleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen, wenn ansonsten die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet werden kann. Dafür wird bundesweit ausschließlich auf medizinischer Grundlage einheitlich festgelegt, für welche medizinischen Leistungen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer bedarfsnotwendigen Versorgung von den Qualitätsvoraussetzungen abgewichen werden kann und für welche Leistungsbereiche dies ausgeschlossen wird.*
95. *Bei der Gewährung von Ausnahmen sind verfügbare ambulante Versorgungsangebote zu berücksichtigen. Zudem ist eine plausible Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit von Ausnahmen sicherzustellen. Ausnahmen werden von den Krankenhausplanungsbehörden grundsätzlich befristet mit dem Ziel gewährt, die Qualitätsanforderungen absehbar zu erfüllen. Die Gewährung einer wiederholten Ausnahme durch die Länder ist in begründeten Einzelfällen möglich.*
96. *Soweit die Ausnahme nach den der Kalkulation der Vorhaltevergütung zugrundeliegenden Kriterien zu einer Verringerung der tatsächlichen Vorhaltekosten führt, ist das Vorhaltebudget des betreffenden Krankenhauses entsprechend zu reduzieren.*

Die Freiheit der Länder für Ausnahmeregelungen wird weiter eingeschränkt durch eine bundesweite Festlegung der möglichen Kriterien.

Es ist auch im Interesse der Krankenhäuser mit vollständiger Erfüllung der Qualitätskriterien nachvollziehbar, dass die nichterfüllenden Krankenhäuser nicht die gleiche volle Vorhaltevergütung erhalten.



3.7. Überregionale Koordination

97. *Eine überregionale Koordination von Versorgungsleistungen durch ein Krankenhaus soll einen zentralen Beitrag für eine qualitativ hochwertige Behandlung und Patientensteuerung leisten. Dafür sind insbesondere Uniklinika und weitere geeignete Versorger, die den größten Anteil an der Erbringung besonderer Versorgungsleistungen in einer Region haben und von den Ländern dazu bestimmt wurden, geeignet. Insbesondere die Behandlung von vulnerablen Patientinnen und Patienten verlangt eine Koordination, die nicht allein bei Universitätskliniken liegen kann.*

4. Sektorenübergreifende Versorger („Level II-Krankenhäuser“)

98. *Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) sind Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V, soweit sie stationäre Leistungen erbringen.*
99. *Ihnen kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt.*
100. *Hierunter können bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren fallen.*
101. *Diese Einrichtungen sichern eine wohnortnahe medizinische Versorgung durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen und entwickeln sich regelhaft aus dem stationären Bereich, insbesondere durch die Umwandlung bisheriger Krankenhäuser, können sich aber auch aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus entwickeln. Diese Versorger können bei entsprechendem Bedarf auch neu vorgesehen werden.*

Die Alternative zur Krankenhausdefinition wäre eine Zuordnung zum KV-Bereich (als Praxisklinik o.ä.). Mit der Definition als Krankenhaus verbleibt die Einrichtung in der Planungshoheit der Länder (siehe Nr. 102)

Dies wird durch die nachfolgenden Regelungen jedoch konterkariert.

Der Begriff „Poliklinik“ wird vermieden, obwohl dieses Konzept das Ziel sehr gut abbilden würde.

Ursprünglich war nur die Umwandlung von bestehenden Krankenhäusern vorgesehen.



102. *Die Krankenhausplanungskompetenz der Länder bleibt unberührt.*
103. *Sie verbinden stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen und zeichnen sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung aus.*
104. *Hierbei können auch extrabudgetäre Sonderbedarfe aus strukturellem Grund notwendig werden.*
105. *Die Standorte der sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) sollen wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen. Von zentraler Bedeutung ist, dass die ärztlichen Weiterbildungsordnungen den sektorenübergreifenden Ansatz z. B. bei der Vorgabe der Mindestfallzahlen übernehmen und die Anrechnung der Tätigkeit in dieser sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung uneingeschränkt auf die notwendigen Weiterbildungszeiten angerechnet werden.*
106. *Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden.*
- Die vorgesehenen Regelungen sprechen allerdings eher für „sammeln“ statt „verbinden“.
- Dies ist zum einen ein starker Eingriff in die berufsrechtliche Kompetenz der Ärztekammern. Zum anderen bleibt unklar, wie genau die Rolle der Level-II-Häuser in einer Weiterbildung aussehen soll, denn sicherlich kann dort in den meisten Fächern nur ein sehr geringer Bruchteil der geforderten Kompetenzen und Inhalte vermittelt werden.
- Diese Entbürokratisierung ist allerdings in den weiteren Ausführungen nicht zu erkennen.



107. *Mit diesen Versorgern (Level II-Krankenhäuser) steht ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung.*

108. *Zudem sind sie perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management.*

5.1. Zuweisungsvoraussetzungen für Level II

109. *Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) sollen insbesondere durch die Umwandlung bisheriger Krankenhäuser entstehen, können sich aber auch aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus entwickeln. Diese Versorger (Level II-Krankenhäuser) können bei entsprechendem Bedarf auch neu vorgesehen werden. Die Krankenhausplanungskompetenz der Länder bleibt unberührt. Den sektorenübergreifenden Versorgern (Level II-Krankenhäusern) kommt damit eine wichtige Rolle bei der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu; sie werden zur Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung.*

5.2. Planungshoheit der Länder

110. *Die Länder entscheiden im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen eines sektorenübergreifenden Versorgers (Level II-Krankenhauses) zugewiesen werden.*

Diese Aussage trifft es dagegen sehr gut:

Statt die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten insbesondere an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu vereinfachen und zusammenzufassen, wird einfach ein neues „Werkzeug“ mit neuen Regeln und damit neuer Bürokratie hinzugefügt.



5.3. Krankenhausdefinition

111. Grundsätzlich gelten auch für sektorenübergreifende Versorger (Level li-Krankenhäuser) die Voraussetzungen der Definition eines Krankenhauses gemäß § 107 Absatz 1 SGB V.
112. Zur Führung der Geschäfte eines sektorenübergreifenden Versorgers (Level li-Krankenhäuser) kann eine pflegerische Leitung vorgesehen werden.
113. Fachlich-medizinische Entscheidungen werden jedoch ausschließlich ärztlich verantwortet; seitens der pflegerischen Leitung besteht keine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem ärztlichen Personal.
114. Ärztliche Kompetenz kann auch durch die Einbindung vertragsärztlich/hausärztlicher Leistungserbringung gewährleistet werden; Leistungen nach § 122 SGB V sind davon nicht berührt.

5.4. Leistungsgegenstand

115. Um den Leistungsumfang der sektorenübergreifenden Versorger (Level li-Krankenhäuser) zu bestimmen, wird bundesgesetzlich ein Katalog von stationären Leistungen definiert, die zukünftig nicht von sektorenübergreifenden Versorgern (Level li-Krankenhäuser) erbracht werden dürfen. Im Umkehrschluss ergibt sich hieraus der Leistungsrahmen, der für sektorenübergreifende Versorger (Level li-Krankenhäuser) maximal zur stationären Versorgung zur Verfügung steht.

Hier wird immerhin die Pflege erwähnt.

Viel wichtiger für eine arbeitsteilige Versorgung wäre die Definition von eigenständigen heilberuflichen Aufgaben für Pflege- und andere Gesundheitsberufe in definierten Bereichen.

Auf den Vorschlag einer pflegerischen Leitung hat die Ärzteschaft entsprechend reagiert, so dass dieser (sich eigentlich bereits aus dem Berufsrecht ergebende) Hinweis aufgenommen wurde.

Es handelt sich somit um eine Ausschlussdefinition, was eine höhere Flexibilität gegenüber einer abschließenden Positiv-Definition ermöglicht.



116. *Es ist sicherzustellen, dass Level-II-Häuser Leistungen nur dann erbringen dürfen, wenn sie die für die jeweilige Leistung festgelegten Qualitätskriterien erfüllen.*
117. *Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden) ...*
118. *...sollen sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) beispielsweise folgende Leistungen erbringen können:*
- *Ambulante Leistungen aufgrund einer vertragsärztlichen Ermächtigung,*
 - *Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V,*
 - *Leistungen nach 115f SGB V (Hybrid-DRGs),*
 - *Ausbau der Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund mit Zustimmung des Landes,*
 - *belegärztliche Leistungen und*
 - *Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege), insbesondere Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege.*
119. *Diese zusätzlichen Leistungen sind von den allgemeinen stationären Behandlungen zu unterscheiden.*
120. *Sie werden nach den bestehenden rechtlichen, strukturellen und finanziellen Vorgaben erbracht und abgerechnet.*

Damit unterliegen sie auch den entsprechenden Prüfmechanismen.

Allgemeinmedizin gibt es als stationären Fachbereich bisher selten, insofern wäre eine allgemeinmedizinische stationäre Behandlung durchaus innovativ. Dieses Fach gleich als zwingende Voraussetzung („mindestens“) einzuführen, sollte allerdings noch überdacht werden.

Im ambulanten Bereich unterliegen die Level-II-Kliniken damit den bestehenden kleinteiligen und bürokratischen Regelungen.

Hier wird die Chance verpasst, durch eine einfache umfassende ambulante Behandlungsmöglichkeit dieser Kliniken eine echte sektorfreie und interdisziplinäre Versorgung zu erreichen und tatsächlich Bürokratie abzubauen.

Die verschiedenen Behandlungsformen und deren Regelungen machen es schwer bis unmöglich, dass Patientinnen und Patienten bei Bedarf schnell und unbürokratisch zwischen verschiedenen Behandlern und Fachbereichen weitergeleitet bzw. gemeinsam behandelt werden. Statt dessen bleibt es auch aus Patientensicht dabei, dass für jeden Behandlungsschritt ein neuer Termin mit neuer Wartezeit vereinbart werden muss.

Damit sind sie also gerade nicht sektorübergreifend.

Damit unterliegen Sie den entsprechenden bürokratischen Zulassungs- und Abrechnungsregelungen.



121. *Falls eine Berechtigung oder Zulassung zur Erbringung der zusätzlichen Leistungen erforderlich ist, sind diese bei den dafür zuständigen Institutionen einzuholen (z. B. für die Übergangspflege durch Zulassung gemäß § 39e SGB V; bei der Kurzzeitpflege: Zulassung nach § 39c Abs. 1 Satz 3 SGB V).*

Nicht einmal die Ermächtigung der angestellten Ärztinnen und Ärzte wird garantiert.

Dies alles könnte durch die entsprechende planerische Zulassung gesteuert und geregelt werden, in dem sich aus dem Planbescheid automatisch die entsprechende notwendige Zulassung ergibt.

122. *Bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgern (Level II- Krankenhäuser) sollen die bestehenden Möglichkeiten der Telemedizin (etwa Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen) vorhanden sein, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu können.*

123. *Innerhalb dieses Leistungsrahmens sowie unter Beachtung etwaiger Festlegungen der Krankenhaus-Planungsbehörden und der Zulassungsausschüsse wird der konkrete Leistungsgegenstand und der Leistungsumfang des jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgers (Level II- Krankenhäuser) durch Verhandlungen auf Ortsebene vereinbart. Im Fall der Nichteinigung wird die Vereinbarung durch die Landesschiedsstelle nach § 18a KHG ersetzt. Die Vereinbarung und die Festsetzung durch die Landesschiedsstelle bedürfen der Zustimmung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.*

Damit wird eine weitere bürokratische Hürde vor die Leistungserbringung gesetzt.

124. *Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) nehmen nicht an der Notfallversorgung im Sinne des G-BA Notfallstufenkonzepts teil und werden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren; die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall bleiben davon jedoch ebenso unberührt wie die Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Akutbehandlungen und Akutaufnahmen.*



5.5. Vergütung

125. *Die Vergütung der sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) besteht aus einem Finanzierungsmix. Neben der Vergütung für stationär erbrachte Leistungen werden die von den sektorenübergreifenden Versorgern (Level II-Krankenhäuser) erbrachten Leistungen (z.B. ambulante Leistungen nach §§ 115b und 115f SGB V, Übergangspflege nach § 39e SGB V) nach den für sie geltenden Vergütungsregelungen vergütet.*
126. *Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.*
127. *Bis dahin erhalten die Vertragsparteien auf Ortsebene für die von einem sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) – innerhalb des vom Land zugewiesenen Versorgungsauftrags – erbrachten stationären Leistungen den Auftrag zur kurzfristigen Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Tagessatzes sowie dessen Degression. Sofern dies für eine sachgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, können die Vertragsparteien vor Ort mehrere Tagespauschalen vereinbaren.*
128. *Der Bund wird darlegen, wie sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) im Bereich der stationären Versorgung mithilfe der Tagessätze wirtschaftlich auskömmlich agieren können.*
- Nicht nur bei der Zulassung und den Behandlungsformen, auch bei der ambulanten Vergütung bleibt es bei dem bürokratischen Flickenteppich.
- Immerhin wird eine vage Perspektive auf eine einheitliche sektorfreie Vergütung gegeben. Wenn jedoch sowieso mit großem Aufwand dieser strukturelle Umbau stattfindet, wäre dies auch für die Einführung einer einheitlichen, einfachen, sektorfreien Vergütung der richtige Zeitpunkt.
- Wenn schon Verhandlungen auf Ortsebene stattfinden sollen, dann könnte auch ein pauschaler oder differenzierte Tagessatz für die gesamte ambulante und stationäre Behandlung vereinbart werden. Ein pauschaler Tagessatz würde zudem noch einen Anreiz für ambulante Versorgung bieten.
- Vermutlich sind damit entsprechende Rahmenbedingungen für die Verhandlungen auf Ortsebene gemeint.



129. *Die Ausgestaltung der Vergütung soll das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer wohnortnahen Behandlung sowie die Notwendigkeit der Schaffung von Verlegungsmöglichkeiten unterstützen, aber auch das Wirtschaftlichkeitsgebot berücksichtigen sowie Fehlanreize vermeiden. Die Nachteile einer fallbezogenen Finanzierung sollen durch eine weitgehend leistungsunabhängige Finanzierungsform ausgeschlossen werden.*
130. *Im Tagessatz sind die Kosten des Krankenhauses für die stationäre Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu berücksichtigen. Der Tagessatz umfasst darüber hinaus auch den Leistungserbringeranteil von an sektorenübergreifenden Versorgern (Level II-Krankenhäuser) festangestellten Ärztinnen und Ärzten. Er ist so zu kalkulieren, dass die Vorhaltung dieser Leistungen abgebildet werden.*
131. *Ferner vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene einen verringerten krankenhausesindividuellen Behandlungstagessatz bei Leistungserbringung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Für den Leistungserbringungsanteil, der durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen oder Ärzte erbracht wird, gilt grundsätzlich der mit dem gemäß § 87a Abs. 2 SGB V vereinbarten Punktwert bewertete ärztliche Leistungsanteil der jeweiligen EBM-Gebührenordnungsposition. Privatärztliche Leistungen werden durch die niedergelassenen Ärzte auf Grundlage der GÖA berechnet. Bei Nichteinigung über die Höhe der Tagessätze entscheidet die Landesschiedsstelle nach § 18a KHG. Zur sachgerechten Kostenabbildung ist eine regelhafte Neuvereinbarung der o.g. krankenhausesindividuellen Tagessätze entsprechend Leistungsinhalt und -umfang vorzusehen.*

Aufgrund der diversen Finanzierung müssen die ambulanten Leistungen des angestellten Personals und andere Kosten, die über die ambulante Vergütung finanziert werden, in der Kostenrechnung abgegrenzt werden. Dies verursacht erheblichen bürokratischen Aufwand und ggf. Konflikte bei den Verhandlungen.



5.6. Übergangszeitraum

132. *Bis zur Ausweisung durch die Länder (vgl. 5.2.) erfolgt zunächst eine Teilnahme an der Vergütungssystematik, die auch für die anderen Krankenhäuser gelten soll. Anschließend kommen krankenhaushausindividuelle Tagessätze zur Anwendung.*

5.7. Investitionskostenförderung

133. *Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) haben für ihre erbrachten Leistungen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und in das Investitionsprogramm aufgenommen.*

Fazit

Die vorliegenden Eckpunkte sind in weiten Teilen noch relativ unkonkret bzw. vage. Die noch zu erarbeitenden (gesetzlichen) Detailregelungen und Vorgehensweisen werden erheblichen Einfluss auf die endgültige Ausgestaltung und Umsetzbarkeit des Reformvorhabens haben.

Es wird Aufgabe der Selbstverwaltung und Verbände sein, Hinweise auf unrealistische oder unpraktikable Regelungen zu geben und konstruktive Alternativen oder Ergänzungen aufzuzeigen. Die politisch Verantwortlichen tun gut daran, diese Hinweise und Vorschläge aufzugreifen und ernsthaft und gründlich zu diskutieren.

Der Klinikverbund Hessen steht als kritischer, sachlicher und konstruktiver Partner in diesem Prozess zur Verfügung.



Glossar DRG-Bezeichnungen:

DRG: Diagnoses related Groups

Die DRG bilden die Grundlage des Fallpauschalensystems und basieren auf einer fallbezogenen Vollkostenkalkulation. Dabei sind alle Kosten einschließlich Pflegepersonal und Vorhaltung der betreffenden stationären Fälle in der jeweiligen DRG enthalten.

aDRG: „a“ für „ausgegliedert“

Seit 2020 werden aus den vollkostenbasierten DRG die Personalkosten für die Pflege am Bett ausgegliedert und gesondert über ein Pflegebudget finanziert. Die aDRG enthalten die verbleibenden Kosten ohne die entsprechenden Pflegepersonalkosten.

rDRG: „Rest“-DRG

Mit der geplanten Krankenhausreform ist vorgesehen, neben den Pflegepersonalkosten auch die Vorhaltekosten aus den DRG auszugliedern. Die verbleibenden rDRG enthalten somit die Fallkosten ohne ausgegliederte Pflegepersonalkosten und ohne Vorhalteanteil.

