

Lauterbach stellt Konzept für Krankenhausreform vor

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und Mitglieder der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung haben am 06.12.2022 ihre Stellungnahme für eine „grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgestellt. Mit der Reform soll das Fallpauschalensystem weiterentwickelt und Vorhalteleistungen künftig gesondert vergütet werden. Die neue Vergütungssystematik soll damit weniger leistungs- und mengenabhängig sein, wie es in der Stellungnahme heißt.

Die Vorschläge im Einzelnen:


Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen

Die Regierungskommission hat für die Krankenhausversorgung drei Versorgungsstufen (Level) vorgesehen, die bestimmte Strukturvorgaben erfüllen müssen. Jedem Krankenhausstandort wird ein konkretes Level zugeordnet, so dass lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge festgelegt und abgrenzt werden können:

- Level I – Grundversorgung wird unterteilt in i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und n (mit Notfallstufe – orientiert an den Vorgaben des G-BA-Notfallstufenkonzepts),
- Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung und
- Level III – Maximalversorgung (mit Level III-U = Universitätsmedizin).

Für die einzelnen Level werden bundeseinheitliche Mindestvoraussetzungen vorgegeben. Damit würden erstmals einheitliche Standards für die apparative, räumliche und personelle Ausstattung gelten und die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten maßgeblich erhöht werden, wie es in der Stellungnahme heißt.

Es ist Aufgabe der Bundesländer, die Krankenhäuser einem der oben genannten Level zuzuordnen und die Leistungsgruppen zu vergeben. Der Medizinische Dienst (MD) überprüft dabei regelhaft die Einhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen.

 **Das Konzept einer gestuften Krankenhausversorgung bei gleichzeitig klar definierten Mindestvorgaben ist insbesondere unter medizinischen Aspekten sinnvoll. Im Gegensatz zur derzeitigen Krankenhausplanung stünde bei einer derartigen Neuordnung der Krankenhauslandschaft erstmals die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit im Vordergrund.**

Richtig ist auch, dass auf bereits bestehende Instrumente (insbesondere das G-BA-Notfallstufenkonzept) zurückgegriffen wird. Eine Kontrolle der Kriterien durch den MD, verbunden mit Sanktionen, falls diese nach Erteilung des Versorgungsauftrags nicht mehr erfüllt werden, ist stimmig.

Einführung von Leistungsgruppen

Neben der Einführung von Versorgungsstufen empfiehlt die Regierungskommission ein System von 128 Leistungsgruppen mit einer konkreten Definition von Strukturvorgaben. Vorgeschlagen wird, die Leistungsgruppen auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes zu definieren, sodass die Patientenbehandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche personelle Vorhaltungen, Qualifikationen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt. Behandlungen dürften somit nur noch abgerechnet werden, wenn dem Krankenhaus die entsprechende Leistungsgruppe vom Land zugeteilt wurde. Die dezidierte Ausarbeitung aller genannten Leistungsgruppen soll innerhalb eines Jahres auch unter Einbindung der medizinischen Fachgesellschaften abgeschlossen werden.

Zum Download

Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“

- **Durch die bundeseinheitliche Differenzierung der Leistungen nach Gruppen auf Grundlage von OPS und ICD kann genau festgelegt werden, welche Anforderungen an das Personal und an die Ausstattung des jeweiligen Krankenhauses erfüllt sein müssen. Eine Zuordnung der Leistungsgruppen zu den einzelnen Versorgungsleveln, verbunden mit klaren Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung, hätte zur Folge, dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen kann. Dies wäre ein wichtiger Beitrag, um die Patientensicherheit zu verbessern und die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen zu bündeln.**

Vergütung von Vorhalteleistungen

Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser – überwiegend über Fallpauschalen (aDRG) – wird nach den Vorschlägen der Regierungskommission deutlich modifiziert: Für die Krankenhäuser der Level I-n, II, III (inklusive Unikliniken) wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des Vorhaltebudgets festgelegt. Dieses wird auf Basis eines Vorhalteanteils aus den aDRGs ausgegliedert, der normativ festgelegt und potenziell angepasst wird. Zu der Vorhaltung gehört ergänzend auch das ausgegliederte Pflegebudget. Die Vergütung der Leistungen setzt sich zukünftig also aus der allgemeinen Vorhaltefinanzierung, der Vorhaltefinanzierung für das Pflegebudget und dem verbleibenden Restanteil der aDRGs – den sogenannten rDRGs zusammen.

Die Regierungskommission empfiehlt eine normative Festlegung der Vorhaltebudgets: für die Leistungsgruppen der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, der Geburtshilfe und der Neonatologie einen 60-prozentigen Vorhalteanteil, für alle übrigen Leistungsgruppen einen 40-prozentigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verteilt das je Level und Leistungsgruppe festgelegte Vorhaltebudget auf die einzelnen dafür infrage kommenden Krankenhausstandorte.

Ziel der Neuordnung der Vergütung ist es, die Bedeutung der Krankenhäuser für die Daseinsvorsorge zu unterstreichen und den wirtschaftlichen Druck zur Abrechnung möglichst vieler Behandlungsfälle zu senken. Um Zusammenlegungen von Standorten oder Fachabteilungen zu fördern, empfiehlt die Kommission des Weiteren die Neuauflage des Strukturfonds.

- **Die geplante Vergütung aus Vorhaltefinanzierung und DRG ist auch vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen nachvollziehbar. Grundsätzlich stellt sich allerdings die Frage, ob nicht zunächst eine Neuordnung und Anpassung der Krankenhauslandschaft von den Ländern angestrengt werden muss, bevor das Vergütungssystem weiterentwickelt wird. Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist durch eine hohe Krankenhausedichte, Überversorgung, Doppelstrukturen sowie Unterversorgung in ländlichen Regionen geprägt – der Fokus muss deshalb zunächst auf die Beseitigung dieser Probleme gelegt werden. Ein Vergütungssystem allein kann die Versorgungsstrukturen nicht verändern.**

Ansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung

Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten empfiehlt die Kommission regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder. Um die sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung zu stärken, nehmen Krankenhäuser des Levels I-i (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) eine besondere Rolle im Reformkonzept ein. Sie sollen wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten verbinden. In Akutpflegebetten können Patientinnen und

Patienten zum Beispiel zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese können auch unter pflegerischer Leitung stehen. Die Vergütung der Level-I-i-Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen, wie es in der Stellungnahme heißt.

- **Um die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken, ist die Idee einer Versorgungsstufe, welche den stationären und den ambulanten Sektor vereint, sinnvoll. Unklar bleibt, welche konkreten Leistungen in diesen Einrichtungen vorgenommen werden sollen und wie die Schnittstelle zur ambulant fachärztlichen Versorgung definiert ist. In jedem Fall sollte eine Kopplung an die niedergelassenen Haus- und Fachärzte erfolgen. Es bleibt offen, ob dort sämtliche ambulant fachärztlichen Leistungen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung vorgehalten werden. Um eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, sollten Level-I-i Krankenhäuser weitreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten erhalten.**

Umsetzbarkeit des Reformkonzepts und Rolle der Bundesländer

Die Krankenhausplanung in Deutschland obliegt den Bundesländern. Wie das Papier feststellt, gehen die Länder in ihren Krankenhausplänen damit sehr unterschiedlich um. Im Konzept der Regierungskommission sollen die Bundesländer die Krankenhäuser entsprechenden Leveln zuordnen, die Leistungsgruppen vergeben und damit den Krankenhäusern gestufte Versorgungsaufträge zuteilen.

Inwieweit die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung mit der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer in diesem Bereich kollidieren, wird im Kommissionskonzept nicht weiter erläutert. Dazu heißt es lediglich: „Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit diesen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.“

- **Es bleibt fraglich, ob die Bundesländer gewillt sind, dieses umfassende Reformkonzept mitzutragen und ob sie bereit sind, eigene gesetzgeberische Kompetenzen aus der Hand zu geben. In ersten Stellungnahmen äußerten einige Länder bereits erhebliche Kritik am Konzept und dessen möglichen Auswirkungen.**

Wie schwierig die bundesweite Umsetzung von Vorgaben in der Krankenhausversorgung ist, zeigen beispielhaft die G-BA-Richtlinien im Bereich der Notfallversorgung oder bei den Mindestmengen. Hier sorgen zahlreiche Ausnahmetatbestände dafür, dass auch an medizinischen Erkenntnissen orientierte Qualitätsstandards von den Ländern unterlaufen werden können. Vor diesem Hintergrund bleibt die Umsetzung des Konzepts in der vorliegenden Form eine offene Frage und ein großes Risiko.

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Bundestag beschlossen

Nach monatelangen Beratungen hat der Deutsche Bundestag mit den Stimmen der Ampel-Koalition das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz beschlossen. Nachdem der Bundesrat das Gesetz am 16.12.2022 abschließend beraten wird, soll es bereits zum 01.01.2023 in Kraft treten.

KHPfIEG

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

16.12.2022

2. Durchgang Bundesrat

02.12.2022

2./3. Lesung Bundestag

Mit dem Gesetz soll unter anderem eine neue Personalbemessung zur Entlastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern auf den Weg gebracht werden. Gleichzeitig wurden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eine Reihe von Änderungsanträgen eingebracht. Um die schwierige Situation in den Kinderkliniken kurzfristig zu verbessern, sollen Krankenhäuser für die Behandlung von Kindern in den Jahren 2023 und 2024 zusätzliche Finanzhilfen erhalten (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 13).

Weitere wichtige Regelungen:

Zusätzliche Finanzmittel für die Geburtshilfe

Um die geburtshilfliche Versorgung durch Krankenhäuser zu fördern, werden zusätzliche finanzielle Mittel zu Verfügung gestellt. Entgegen ursprünglicher Planungen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 13) sollen nun nicht mehr nur bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser von den zusätzlichen Mitteln profitieren. Stattdessen legen die Länder die zu fördernden Krankenhausstandorte fest und bestimmen die jeweilige Höhe der finanziellen Förderung. Es gibt keine bundeseinheitlich verbindlichen Kriterien, welche Einrichtungen gefördert werden sollen. Die im Gesetz genannten Förderkriterien wie die Bedarfsnotwendigkeit, der Anteil vaginaler Entbindungen oder die Anzahl der Geburten haben lediglich Empfehlungscharakter. Für die Maßnahme werden in den Jahren 2023 und 2024 jeweils 111 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Diese Mittel werden über den Königsteiner Schlüssel an die Bundesländer verteilt.

➤ **Es ist gut, dass der Bund kurzfristig Mittel zur Verfügung stellt, um die schwierige Situation in der Geburtshilfe zu verbessern. Der vorgesehene Finanzierungsmechanismus über den Königsteiner Schlüssel führt zu einer Fehlallokation der finanziellen Mittel. Eine Verteilung der Gelder nur an ländliche Krankenhäuser, die als Sicherstellungskandidaten gelten, wäre zielführender gewesen. Mit Blick auf die Versorgungsqualität wäre eine Verbindlichkeit zur Anwendung und eine nähere Definition der Förderkriterien nötig. Im Ergebnis wird es nun 16 unterschiedliche Lösungsansätze zur Verteilung der Mittel geben.**

Beschleunigung von Krankenhausbudgetverhandlungen

Auf breite Kritik war auch die Regelung des Gesetzentwurfs gestoßen, den Verhandlungsstau bei den jährlich auf Ortsebene stattfindenden Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aufzulösen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 10). Vorgegeben waren enge Fristen und die automatische Anrufung der Schiedsstelle, wenn es zu keiner Einigung zwischen den Vertragsparteien kommt. Die Fristen für die Verhandlung der Budgets werden nun verlängert und damit entzerrt, um den Verhandlungsstau ohne übermäßige Beanspruchung der Schiedsstellen aufzulösen. Die neue Regelung sieht nunmehr vor, dass die rückständigen Vereinbarungen bis Ende 2025 geschlossen sein müssen. Ab dem Vereinbarungsjahr 2026 (und nicht mehr ab dem Jahr 2024) muss der Abschluss der Budgetverhandlungen bis zum 31.07. des Jahres erfolgen, für das die Vereinbarung gelten soll.

➤ **Die nun vorgesehenen Fristen sind weitaus besser als die noch im Kabinettsentwurf genannten Fristen geeignet, die Rückstände bei den Budgetvereinbarungen aufzuholen, ohne dabei ein nicht vertretbares Maß an Mehrbelastungen bei allen Beteiligten zu erzeugen.**

Neue Leistung der Tagesbehandlung im Krankenhaus

Krankenhäusern ist es ab dem 01.01.2023 freigestellt, bisher vollstationär erbrachte somatische Leistungen als Tagesbehandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus durchzuführen. Mit dieser Neuregelung will der Gesetzgeber nicht nur eine kurzfristige Entlastung des Krankenhauspersonals bewirken, sondern auch Einsparungen für das Gesundheitswesen realisieren. Die medizinische Entscheidung, ob im Einzelfall eine tagesstationäre Behandlung angezeigt ist, liegt bei der behandelnden Ärztin oder dem Arzt, sie erfordert zudem die Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Die Haftung liegt beim Krankenhaus.

Eine tagesstationäre Behandlung ist pro Tag mit einem mindestens sechsstündigen Aufenthalt im Krankenhaus verbunden, bei dem überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlungen erbracht werden. Das Krankenhaus muss die Patienten darauf hinweisen, dass eventuell entstehende Fahrkosten nicht übernommen werden. Davon ausgenommen waren zunächst nur Rettungsfahrten zum Krankenhaus. Durch eine Änderung sind nun auch Transporte von mobilitätsbeeinträchtigten Patientinnen und Patienten von der Ausnahme umfasst.

Weil keine Übernachtungen anfallen, soll die Vergütung über die jeweiligen DRG für das Krankenhaus reduziert werden. Die Höhe des Abzugs wird auf maximal 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt begrenzt. Bei der Einführung der neuen Behandlungsform wird den bereits im Sozialgesetzbuch geregelten ambulanten Behandlungsformen im Krankenhaus der Vorrang eingeräumt. Sie dürfen nicht als tagesstationäre Behandlungen erbracht werden.

➔ **Ob die neue Leistung einer tagesstationären Behandlung Versorgungsrealität wird, ist überaus fraglich. Mit der erhofften Entlastung des Pflegepersonals ist nicht zu rechnen. An der Umsetzung der AOP-Reform sollte weiterhin festgehalten werden, um das ambulante Potenzial im Krankenhaus konsequent zu heben. Richtig ist, dass im Gesetz Kriterien für die Abgrenzung zu anderen Leistungsbereichen formuliert werden, besonders zu den Leistungen des AOP-Katalogs.**


Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung

Mit einer speziellen, sektorengleichen Vergütung will der Gesetzgeber einen Anreiz für die ambulante Erbringung von Leistungen geben, die bisher „unnötig stationär“ erbracht werden. In Zukunft sollen demnach Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, durch Fallpauschalen vergütet werden, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und dem stationären (DRG) Niveau liegt. Damit wird die im Koalitionsvertrag geforderte „Hybrid-DRG“ umgesetzt.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben den Auftrag, die neue Vergütung bis zum 31.03.2023 zu vereinbaren. Dies war zunächst anders geplant, ursprünglich sollte das BMG dazu ermächtigt werden, die neue Vergütungsform per Rechtsverordnung zu regeln. Die Entwicklung der neuen Vergütungssystematik und die Auswahl der Leistungen finden schrittweise statt. Weil die notwendigen Daten für die Kostenkalkulation bisher nur für den stationären Bereich vorliegen, werden die Fallpauschalen in einem ersten Schritt nach den bisherigen Preisen ambulanter und stationärer Leistungen berechnet. Spätestens ab dem Jahr 2026 sollen die Fallpauschalen auf Grundlage empirischer Kostendaten aus beiden Versorgungsbereichen kalkuliert werden. Dabei wird nach dem Schweregrad der Fälle differenziert.

Als Basis für die Auswahl geeigneter Leistungen durch die Selbstverwaltungspartner dient der Katalog ambulant erbringbarer Leistungen (AOP-Katalog). Grundsätzlich geht es dem Gesetzgeber um Leistungen mit besonders hohem Ambulantisierungspotenzial, also Leistungen mit hoher Fallzahl im Krankenhaus, einer Verweildauer von bis zu drei Tagen und mit geringem klinischem Komplexitätsgrad.

Die definierten Leistungen können sowohl von vertragsärztlichen Leistungsbringern ausgeführt werden als auch von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für das ambulante Operieren erfüllen. Neben Krankenhäusern sollen auch ambulante OP-Zentren, Praxiskliniken, Medizinische Versorgungszentren und Vertragsärztinnen und -ärzte für die Erbringung zugelassen werden. Die Abrechnung erfolgt direkt mit den Krankenkassen.

 **Zur Umsetzung der neuen Fallpauschalen für eine spezielle sektorengleiche Vergütung hat der Gesetzgeber einen kurzfristig umsetzbaren Ansatz gewählt. Besonders in einer Übergangszeit bis 2026 wird dies zu einer deutlichen Überfinanzierung der neuen Leistungen führen. Langfristig soll die Kalkulationsbasis für die Fallpauschalen auf einer empirischen Basis der ambulanten und stationären Kostendaten erfolgen. Damit würde eine sachgerechtere Kostenkalkulation ermöglicht.**

Wichtig ist, dass die Verantwortung für die Entwicklung der Fallpauschalen und die Auswahl der Leistungen bei den Selbstverwaltungspartnern liegt, der Zeitrahmen ist jedoch zu eng bemessen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren