Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt
Berlin kompakt
Nr. 7 // 6. Juni 2023

Geplante Krankenhausreform nimmt weiter Gestalt an

Seit Monaten ringen Bund und Länder um eine grundlegende Strukturreform der Krankenhauslandschaft. Am 01.06.2023 kamen die Beteiligten zu erneuten Beratungen zusammen, Bundesgesundheitsminister Lauterbach sprach im Anschluss von einem Durchbruch der Gespräche. Die Grundstruktur der Reform stehe nun fest, so Lauterbach.
So soll die künftige Krankenhausplanung auf Grundlage der von Nordrhein-Westfalen definierten Leistungsgruppen erfolgen. Diese werden mit bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien verknüpft. Wie aus einem Eckpunktepapier des BMG hervorgeht, wird gleichzeitig eine Vorhaltefinanzierung eingeführt, mit der die Vorhaltung von Strukturen in den Krankenhäusern unabhängig von der Leistungsmenge gesichert werden soll.
Ziel von Bundesgesundheitsminister Lauterbach ist es weiterhin, bis zur Sommerpause gemeinsame Eckpunkte mit den Ländern für eine Reform vorzulegen. Auf dieser Basis soll ein Referentenentwurf erarbeitet werden und im Herbst in die parlamentarischen Beratungen gehen.

Leistungsgruppen rücken in den Fokus

Grundlage der künftigen Krankenhausplanung der Bundesländer sollen die bereits in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen werden. Wie Lauterbach ausführte, bildeten diese bis zu 98 Prozent aller Krankenhausfälle bundesweit ab.
Geplant ist dabei, dass die zuständige Landesbehörde den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen per Bescheid zuweist. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt.
Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen soll die Qualität der medizinischen Versorgung und damit die Patientensicherheit gestärkt werden. Die Vorgaben für die entsprechende Rechtsverordnung werden von einem Gremium aus Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Ländern erarbeitet. Dabei sollen auch bundesweit einheitliche Ausnahmekriterien entwickelt werden, nach denen Planungsbehörden der Länder die Möglichkeit erhalten, bestimmte Leistungen auch solchen Kliniken zuzuweisen, die nicht alle Vorgaben der Leistungsgruppe erfüllen.
Zugleich werden die Leistungsgruppen als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung genutzt.

Der Vorschlag, die künftige Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen zu gestalten und damit die Versorgungsaufträge der einzelnen Krankenhausstandorte zu konkretisieren, ist richtig. Entscheidend ist dabei die strikte Kopplung der einzelnen Leistungsgruppen an klar definierte bundeseinheitliche Qualitätskriterien. Dabei sollten bereits bestehende Qualitätsvorgaben der Bundesebene, wie Qualitätsrichtlinien des G-BA oder Komplexprozeduren, in die neuen Qualitätskriterien einfließen.
Im Sinne einer gleich hohen Qualität der Versorgung in allen Bundesländern müssen Ausnahmetatbestände bei der Zuordnung von Leistungsgruppen an Kliniken auf ein absolutes Minimum und nur mit engen Fristen begrenzt werden. Bundeseinheitliche Qualitätskriterien dürfen aus Sicht der Patientensicherheit nicht unterlaufen werden.

Keine Einigung zu Versorgungsstufen/Level

Keine Übereinstimmung konnten Bund und Länder bislang beim Thema Versorgungsstufen/Level finden. Während das BMG Versorgungsstufen als Instrument sieht, um eine

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

größere Transparenz vor allem für die Patientinnen und Patienten zu erreichen und dazu vorschlägt, alle zugelassenen Krankenhäuser bundeseinheitlichen Versorgungsstufen zuzuordnen, lehnen die Länder diesen Vorschlag kategorisch ab. Die Vorschläge der Krankenhaus-Regierungskommission (wir berichteten in Berlin kompakt 14/2022) sahen ursprünglich vor, dass die Bundesländer jedem Krankenhausstandort ein konkretes Level zuordnen, mit dem Ziel lokale, regionale und überregionale Versorgungsstrukturen klar festzulegen. Nun werden die Versorgungsstufen in den BMG-Eckpunkten eher als Transparenzinstrument weiterverfolgt, ohne direkten Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder.

Vor dem Hintergrund der zuletzt kontroversen Diskussionen hat das BMG von der strikten Zuordnung der Krankenhausstandorte zu den von der Regierungskommission vorgeschlagenen Level wieder Abstand genommen.
Die verbindliche Einteilung der Kliniken in Level ist zwingend notwendig, um das Ziel der Reform zu erreichen und die begrenzten Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Wichtig ist dabei die Orientierung an für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung notwendigen strukturellen, personellen und Mengen-Kriterien im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder. Zu den Zielen der Reform zählt auch die stringente Weiterentwicklung kleinerer, stationärer Einheiten zu Level-I-i Krankenhäusern.
Positiv ist, dass die Level-Zuordnung nicht gänzlich aufgegeben wird. Damit kann ein Gesamtüberblick über die konkrete Versorgungsstruktur einer Region und Transparenz über das Qualitätsniveau der Leistungserbringung erreicht werden.

Vergütung von Vorhaltekosten

- Künftig soll die Vorhaltung von Strukturen im Krankenhaus weitgehend unabhängig von der Menge der Leistungen finanziert werden. Mit der Vorhaltefinanzierung soll eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens erfolgen, ohne dass sich dieses insgesamt erhöht. Die Fallpauschalen werden dabei entsprechend um den Anteil der Vorhaltekosten abgesenkt. Um den Krankenhäusern schnellstmöglich eine von der Menge der Leistungen unabhängige Vorhaltevergütung zukommen zu lassen, werden die Vorhaltekosten zunächst normativ festgelegt.
- In einer Übergangsphase wird die Absenkung der Fallpauschalen pauschal um einen gesetzlich vorgegebenen, zunächst einheitlichen Vorhalteanteil erfolgen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden parallel dazu verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen zu kalkulieren. Dies geschieht auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sowie anhand der tatsächlichen Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen.
- Sofern die neuen gesetzlichen Vorgaben zum Jahresbeginn 2024 in Kraft treten, kann die in Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung differenzierte Vergütung erstmalig für das Jahr 2025 greifen.
- Für die einzelnen Krankenhäuser werden die Vorhaltebudgets zunächst für eine budgetneutrale Phase auf Basis der erbrachten Fallzahlen ermittelt. Sobald die Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Land vergeben sind, wird das Vorhaltebudget unabhängig von der Zahl der erbrachten Fälle ermittelt. Eine landesspezifische Verteilung des Vorhaltebudgets solle berücksichtigt werden, so die Eckpunkte.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

- Nach einer mehrjährigen Konvergenzphase würden schließlich 60 Prozent der Betriebskosten über Vorhaltepauschalen und 40 Prozent über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) finanziert. Das Pflegebudget wäre in der Vorhaltefinanzierung enthalten.

Die geplante Vergütung aus Vorhaltefinanzierung und Fallpauschalen bringt den Krankenhausträgern finanzielle Sicherheit, da mit der Zuweisung von Leistungsgruppen auch die Höhe der Vorhaltefinanzierung je Krankenhausstandort festgelegt wird. Um den Einstieg in die Vorhaltekostenfinanzierung zeitnah zu gewährleisten, ist es richtig, die Vorhalteanteile zunächst normativ zu ermitteln. Da die durchschnittlichen Fixkosten der somatischen Krankenhäuser bei rund 60 Prozent liegen, sollte der Anteil der Vorhaltefinanzierung inklusive Pflegebudget keinesfalls höher festgelegt werden. Dies ist wichtig, um weiterhin einen Anreiz zur Leistungserbringung aufrecht zu erhalten.
Da bei der geplanten Regelung die Zuweisung der Leistungsgruppen das Vorhaltebudget bestimmt, ist davon auszugehen, dass jeder Krankenhausstandort eine Vorhaltung je Leistungsgruppe unabhängig von der Fallmenge erhält. Bei der Festlegung der Mindestqualitätsstandards sollten deshalb zwingend Mindestfallzahlen je Leistungsgruppe hinterlegt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser zwar möglichst viele Leistungsgruppen einfordern, allerdings nur wenige Fällen generieren. Dies ist notwendig, damit die vorhandenen finanziellen Mittel optimal eingesetzt werden.

Rolle der Level I-i Krankenhäuser

Bereits in den Empfehlungen der Regierungskommission wurde das Konzept der Level I-i-Krankenhäuser entwickelt, mit Blick auf die sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung. In den Eckpunkten werden Level I-i-Krankenhäuser als Plankrankenhäuser definiert, die stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung mit ambulanten fachärztlichen Leistungen sowie mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden.
Den Bundesländern obliegt die Entscheidung, welches der bereits bestehenden Krankenhäuser dem Level I-i zugeordnet wird. Die Geschäftsführung des neuen Krankenhaustyps kann auch von einer pflegerischen Leitung übernommen werden, die jedoch keine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber der ärztlichen Leitung besitzt.
Der Bundesgesetzgeber bestimmt, welche Leistungen Level I-i Häuser – in Abgrenzung zu andern Krankenhäusern – nicht erbringen dürfen. So zeichnet sich ein Leistungsumfang ab, der allgemeine stationäre Behandlungen umfasst wie die Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin. Hinzu kommen ambulante Leistungen wie etwa des AOP-Katalogs sowie Leistungen der Pflege. Wie der genaue stationäre Leistungskatalog einzelner Häuser aussieht, bestimmen die Planungsbehörden der Länder und die Verhandlungspartner vor Ort.
Die Vergütung der Level I-i-Krankenhäuser soll perspektivisch sektorenübergreifend ausgestaltet werden. Zunächst wird es jedoch ein Nebeneinander von Tagespauschalen für stationär erbrachte Leistungen, einen verringerten krankenhausindividuellen Behandlungstagessatz bei Behandlung durch Niedergelassene sowie die vertrags-, beziehungsweise privatärztliche Vergütung nach EBM oder GOÄ geben. Für die stationär erbrachten Leistungen steht den Kliniken eine Förderung ihrer Investitionskosten zu.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Mit den geplanten Level I-i-Krankenhäusern wählt das BMG keinen überzeugenden sektorenübergreifenden Ansatz. Im Fokus der Versorgung bleibt das Krankenhaus. Notwendig für eine sektorenübergreifend ausgerichtete Versorgung wäre stattdessen eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, die stärkere Einbindung des niedergelassenen Bereichs, mindestens der lokalen Pflegeangebote und die Herausbildung neuer Versorgungsstrukturen wie regionaler Versorgungszentren. Auch für eine sektorenübergreifende Vergütung bleiben die bisherigen Pläne vage, hier fehlt zumindest ein konkreter Zeitrahmen für die Umsetzung.

Bundestag beschließt PUEG mit Änderungen

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz

05.04.2023
Kabinettsbeschluss

26.05.2023
2./3. Lesung

16.06.2023
2. Durchgang Bundesrat

Am 26.05.2023 hat der Deutsche Bundestag das „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" (PUEG) in 2./3. Lesung verabschiedet. Mit dem Gesetz werden Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige umgesetzt. Beschlossen wurden ebenfalls die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes und die Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zu gestaffelten Beitragssätzen für Eltern (wir berichteten in Berlin kompakt 3/2023 und 5/2023). Geregelt wird auch, dass die Bundesregierung den allgemeinen Pflegebeitragssatz künftig per Verordnung festlegen kann, wenn der Mittelbestand der Pflegekasse eine Monatsausgabe zu unterschreiten droht. Nötig ist dafür die Zustimmung von Bundesrat und Bundestag.
In das Gesetz sind einige Änderungsanträge eingegangen, die kurz vor der abschließenden Lesung öffentlich wurden. Hier eine Auswahl:

Gemeinsamer Jahresbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Zum Download
Beschluss PUEG

Die Koalition hat sich nun doch auf die Zusammenführung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem Entlastungsbudget geeinigt, über einen Änderungsantrag hat der „Gemeinsame Jahresbetrag" Eingang in das Gesetz gefunden. Damit haben Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zum 01.07.2025 einen Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr. Für schwerstpflegebedürftige Kinder und Jugendliche mit Pflegegrad 4 oder 5 wird das Entlastungsbudget bereits zum 01.01.2024 mit einem Betrag von bis zu 3.386 Euro eingeführt.
Die Einigung über die Finanzierung des Entlastungsbudgets wurde möglich, weil gleichzeitig die Dynamisierung der ambulanten Leistungsbeträge in der Pflegeversicherung niedriger ausfällt als bislang geplant. Sie steigen am 01.01.2024 um fünf Prozent und zum 01.01.2025 nur um 4,5 Prozent – in der Kabinettsfassung waren für das Jahr 2025 noch fünf Prozent vorgesehen.

Für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ist ein Entlastungsbudget wichtig. Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege können damit flexibler in Anspruch genommen werden. Die Einführung in zwei Stufen ist für die Pflegekassen jedoch sehr aufwendig in der Umsetzung.
Die ambulanten Leistungsbeträge sind in den letzten Jahren nicht dynamisiert worden. Eine Stärkung der ambulanten Pflege kann mit der vorgesehenen Steigerung nicht erreicht werden, da sie unter der aktuellen Inflationsrate liegt. Notwendig wäre eine regelhafte jährliche Steigerung der Leistungsbeträge, gekoppelt zum Beispiel an die Grundlohnrate.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Telefonische Begutachtung des Medizinischen Dienstes bei Pflegebedürftigkeit
Der Medizinische Dienst (MD) kann zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit künftig strukturierte Telefoninterviews als Ergänzung oder Alternative zur persönlichen Begutachtung führen. Der MD Bund soll deshalb die entsprechende Begutachtungsrichtlinie auf Grundlage von wissenschaftlichen Studien anpassen. Dabei sind jedoch einige Ausnahmen vorgesehen, zum Beispiel dürfen Erstbegutachtungen weiterhin nur persönlich stattfinden.

↗ **Neben telefonischen Begutachtungen sollte auch die Videobegutachtung ermöglicht werden. Damit könnten die knappen Begutachtungsressourcen des MD effizienter genutzt, die Begutachtungslaufzeiten verkürzt und die Entscheidungsprozesse der Pflegekasse zugunsten der Versicherten beschleunigt werden.**

Entfristung des kommunalen Initiativrechts zur Einrichtung von Pflegestützpunkten
Die Koalition hat mit dem PUEG die Kompetenzen der Träger der Sozialhilfe und der Altenhilfe ausgeweitet. Diese können nun ohne zeitliche Begrenzung von den Pflege- und Krankenkassen die Einrichtung von Pflegestützpunkten (PSP) verlangen, die bisherige Befristung zum 31.12.2023 entfällt. Pflegestützpunkte müssen weiterhin in einer gemeinsamen Trägerschaft von den beteiligten Kosten- und Leistungsträgern geführt werden.

↗ **Die Pflegekassen haben über den gesamten Informations-, Beratungs- und Leistungsprozess langjährige Kontakte zu ihren Versicherten und pflegenden Angehörigen aufgebaut. Die Entfristung des Initiativrechts zur Gründung von Pflegestützpunkten wird zu Doppelstrukturen führen. Vor Einrichtung neuer Angebote sollte daher eine Evaluation bisher bestehender Pflegestützpunkte stehen.**

Anpassung der G-BA Richtlinie zur Ersteinschätzung im Notfall
Der G-BA hat den Auftrag, bis 30.06.2023 eine Richtlinie zur Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs im Notfall zu erarbeiten. Durch einen Änderungsantrag verlangt der Gesetzgeber, diese Richtlinie anzupassen: Danach sollen Patientinnen und Patienten, die sich im Notfall an ein Krankenhaus wenden, jedoch keinen akuten Behandlungsbedarf haben, nur noch an Notdienstpraxen in oder an dem jeweiligen Krankenhaus weitergeleitet werden, nicht hingegen an Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

↗ **Mit der geplanten Regelung werden Patientinnen und Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf nicht mehr in die ambulante Versorgung überwiesen, wenn sie sich im Notfall an ein Krankenhaus wenden. Damit wird die Steuerung in die ambulante vertragsärztliche Versorgung erschwert. Zugleich wird ein Fehlanreiz geschaffen, die Versorgung ambulanter Fälle im Krankenhaus vorzunehmen.**

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik