

Krankenhausreform

10.07.2023
Eckpunkte

Bund und Länder einigen sich auf Krankenhausreform

Nach monatelangen Beratungen haben sich Bund und Länder auf wesentliche Inhalte für eine Krankenhausreform verständigt. Das am 10.07.2023 vorgestellte gemeinsame Eckpunktepapier sieht eine Abkehr vom bisherigen DRG-System und die Einführung einer Vorhaltefinanzierung vor. Die künftige Krankenhausplanung soll auf Basis von Leistungsgruppen erfolgen, die mit Qualitätskriterien verknüpft sind (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 14/2022 und Nr. 7/2023).

Die Eckpunkte dienen als Grundlage für die nun anstehende Erarbeitung eines Referententwurfs während der parlamentarischen Sommerpause durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Die Länder Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen werden daran beteiligt. Das Gesetz soll nach Aussage von Bundesgesundheitsminister Lauterbach bereits zum 01.01.2024 in Kraft treten.

➤ **Bund und Länder haben sich nach intensiven Diskussionen endlich auf Eckpunkte für eine Krankenhausreform geeinigt. Der ursprünglich von der Regierungskommission empfohlene Dreiklang aus Leveln, Leistungsgruppen und Transparenz wäre für eine konsequente Strukturreform im Krankenhausbereich jedoch die beste Lösung gewesen. Bei der Ausarbeitung des Gesetzentwurfs müssen nun klare, bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser festgelegt werden, damit eine Patientenversorgung auf hohem Niveau gewährleistet und die stationäre Versorgung effizienter ausgestaltet werden kann.**

Bund kündigt „Transparenzoffensive“ an

Bereits frühzeitig hatten die Länder deutlich gemacht, dass sie die von der Regierungskommission vorgesehene und für die Krankenhausplanung verbindliche Level-Zuordnung der Kliniken nicht mittragen würden. Für die einzelnen Level waren bundeseinheitliche Mindestvoraussetzungen vorgesehen, die Länder sollten die Krankenhäuser dabei einem bestimmten Level zuordnen.

Um dennoch transparent zu machen, welches Krankenhaus welche Leistungen in welcher Qualität anbietet, beabsichtigt das BMG nun, Qualitätsdaten der Krankenhäuser bundesweit zu veröffentlichen. Dafür wird der Bund den Krankenhäusern Versorgungsstufen (Level) zuordnen und die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung. Ein entsprechendes Transparenz-Gesetz soll nach der Sommerpause vorgelegt werden und zum 01.01.2024 Wirkung entfalten, wie Minister Lauterbach ankündigte.

➤ **Es ist weiterhin und besonders aus medizinischer sowie Patientensicht problematisch, dass sich Bund und Länder nicht auf das ursprüngliche Konzept einer gestuften Krankenhausversorgung bei gleichzeitig klar definierten Mindestvorgaben für die Qualität einigen konnten. Mit der nun seitens des Bundes geplanten Veröffentlichung von Qualitätsdaten wird die Level-Zuordnung nicht gänzlich aufgegeben. Das Ziel, Transparenz über das Versorgungsgeschehen herzustellen und die Patientenperspektive zu berücksichtigen, ist richtig. Es bleibt abzuwarten, in welchem Umfang Patientinnen und Patienten das Angebot tatsächlich annehmen werden.**

Verfahren zur Einführung von Leistungsgruppen

Die Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen bleibt ein zentraler Bestandteil der Reform. Damit verbunden werden künftig klare wissenschaftliche Qualitätskriterien je Leistungsgruppe definiert, welche die Kliniken erfüllen müssen, um entsprechende Leis-

[Zum Download](#)
Eckpunktepapier
Krankenhausreform

tungen anbieten und abrechnen zu können. Die Leistungsgruppen orientieren sich an der neuen Krankenhausplanung in NRW und werden ergänzt um die Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie. Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen soll laut Eckpunkten in vier Stufen erfolgen: Das Initiativrecht liegt zunächst bei Bund und Ländern. Die wissenschaftliche Vorarbeit erfolgt 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). In einem dritten Schritt wird ein Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss mit der Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beauftragt. Der Ausschuss wird von Bund und Ländern geleitet und daneben paritätisch besetzt mit Bundesärztekammer, Vertretern der Pflege und Deutscher Krankenhausgesellschaft einerseits und dem GKV-Spitzenverband andererseits. Auf dieser Basis wird in einem vierten Schritt eine Rechtsverordnung des BMG erarbeitet, welche mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.

Bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen kann für bestimmte Leistungsgruppen festgelegt werden, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien „im Rahmen einer dauerhaften Kooperation mehrerer Krankenhäuser“ ausreicht. Zeitlich befristete Ausnahmeregelungen bei der Zuordnung der Leistungsgruppen sollen bundesweit einheitlich geregelt werden und nur dann möglich sein, wenn ansonsten die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet werden kann.

Das Verfahren der Zuweisung von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser liegt bei den zuständigen Landesplanungsbehörden. Voraussetzung ist, dass ein Krankenhaus die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt, wie es in den Eckpunkten heißt. Ob die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen eingehalten werden, soll der Medizinische Dienst im Auftrag von Bund und Ländern prüfen. Frühestens ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen zu. Diese dienen auch als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung.

➔ **Die Systematik der Leistungsgruppen und ihre Zuordnung zu den einzelnen Krankenhausstandorten ist das entscheidende Kriterium für Qualitätsverbesserung und Spezialisierung in der stationären Versorgung. Unabdingbar ist dabei, dass die Länder die tatsächlichen Versorgungsbedarfe berücksichtigen, die bundeseinheitlichen Vorgaben strikt umsetzen und von Ausnahmeregelungen ganz oder zumindest weitestgehend absehen. Die möglichen Kooperationen beim Erreichen von Qualitätskriterien sind sehr kritisch zu bewerten. Dies zeigt etwa der sensible Bereich der Schlaganfallversorgung, denn Schlaganfallpatienten sollten grundsätzlich nur in Stroke Units behandelt werden. Um ein hohes Qualitätsniveau sicherzustellen, muss es klare und eindeutige gesetzliche Regelungen etwa zu Entfernungen, Transporten oder vorzuhaltenden Mindestqualifikationen geben. Ebenso müssen die Behandlungsergebnisse mit anderen Standorten, die die Leistungen nicht in Kooperationen erbringen, verglichen, evaluiert und veröffentlicht werden. Es ist richtig, dass der Medizinische Dienst die Qualitätskriterien regelmäßig überprüfen soll. Wichtig ist auch, dass eine prospektive Vorabprüfung stattfindet, um von Beginn an eine Einhaltung der Qualitätskriterien je Leistungsgruppe zu gewährleisten.**

Finanzierung der geplanten Reformmaßnahmen


Künftig erhalten Krankenhäuser unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine Vorhaltevergütung. Dabei entfallen 40 Prozent auf Vorhaltepauschalen

und 20 Prozent auf die bereits existierenden Pflegebudgets, die im Rahmen der Selbstkostendeckung fallbezogen finanziert werden. Dabei ist vorgesehen, die „regulären Zahlungswege über Krankenhausrechnungen“ zu nutzen, also über die Krankenkassen und nicht über die Länder. Die Krankenhausfinanzierung wird damit neu aufgestellt. Wie in den Eckpunkten deutlich gemacht wird, handelt es sich jedoch nur um eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens, ohne dass sich dieses durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöhen soll.

Neben den Sicherstellungszuschlägen sind zusätzliche, nach Leistungsumfang gestaffelte Zuschläge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung sowie Zuschläge zur Erbringung koordinierender und vernetzender Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger vorgesehen. Hierfür sollen seitens der GKV zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

Zur Notwendigkeit weiterer Maßnahmen der Liquiditätssicherung, auch in Bezug auf Tarif- und Inflationsentwicklung der Krankenhäuser außerhalb des Bundeshaushalts, sieht der Bund einen Prüfauftrag vor. Ebenfalls wird der Bund gesetzliche Anpassungen prüfen, um die schnellere Auszahlung des Pflegebudgets zielgerichtet sicherzustellen.

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Eckpunkte unter dem Vorbehalt einer zukünftigen Einigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform stehen. Eine solche Einigung umfasst auch die notwendige finanzielle Ausstattung durch Bund und Länder für den Transformationsprozess, wie es in den Eckpunkten heißt. Damit lassen die Eckpunkte offen, ob und in welcher Höhe zusätzliche Mittel für die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft zur Verfügung stehen.

 **Ein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die anstehenden Umstrukturierungsprozesse der Krankenhauslandschaft bleiben Bund und Länder bislang schuldig. Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der GKV muss unbedingt ausgeschlossen werden, dass die Last für den Umbau der Krankenhauslandschaft und damit verbundene Investitionen einseitig den Beitragszahlern aufgebürdet werden.**

Der Bund hat den Forderungen nach einem Vorschalt-Gesetz für zusätzliche Mittel eine Absage erteilt. Erst muss die Krankenhauslandschaft neu geordnet und angepasst werden, bevor weitere Gelder in das System gegeben werden.

Die Vorhaltefinanzierung wird gedeckelt, eine genaue Ausgestaltung muss jedoch abgewartet werden. Die GKV ist bereits heute zur Zahlung unterschiedlicher Zuschläge im Rahmen der Krankenhausfinanzierung verpflichtet. Eine auskömmliche und angemessene Finanzierung muss innerhalb des Systems umgesetzt werden und nicht durch noch weitere Zuschläge. In jedem Fall müssen Zuschläge zielgerichtet und zweckgebunden ausgestaltet sein und nur unter Erfüllung bestimmter qualitativer Mindeststandards und Kriterien gewährt werden, damit die finanziellen Mittel auch dort ankommen, wo die Leistungen erbracht werden.

Zum Download

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung:

„Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung - Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen“

Regierungskommission: Potenzialanalyse der Krankenhausreform

Noch vor der Einigung von Bund und Ländern auf Eckpunkte für eine Krankenhausreform hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eine weitere – die inzwischen fünfte – Stellungnahme vorgelegt. In ihrer Potenzialanalyse kommt die Kommission zu dem Ergebnis, dass die Konzentration und Spezialisierung von medizinischen Leistungen an Krankenhäusern deutliche Vorteile für die Quali-

*siehe Dritte Empfehlung der Regierungskommission (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 14/2022)

tät der Versorgung und die Patientensicherheit bringen würde. Damit unterstreicht sie ihre Forderung* nach Einführung von Leistungsgruppen mit einheitlichen Mindestanforderungen an die Ausstattung von Kliniken mit Fachpersonal und Geräten. Aufgrund der sehr hohen Krankenhausdichte in Deutschland seien damit keine nennenswerten Einschränkungen der Erreichbarkeit von Krankenhäusern verbunden.

Potenzialanalyse für drei Krankheitsbilder

Anhand von drei Krankheitsbildern zeigt die Analyse exemplarisch auf, welches Potenzial in einer Krankenhausstrukturreform für Patientinnen und Patienten steckt.

- **Krebserkrankungen:** Würden an Krebs erkrankte Patientinnen und Patienten grundsätzlich in solchen Krankenhäusern behandelt, die nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind, könnten nach Analyse der Kommission potentiell über 20.000 Lebensjahre pro Jahr gerettet werden. Die Erreichbarkeit dieser Kliniken wäre demnach weiterhin exzellent, sie läge bei Darm-, Brust- und Prostatakrebs bei 20 Minuten, für Hirntumore bei 30 Minuten.
- **Schlaganfall:** Bei Schlaganfallpatienten gilt als wichtigstes Strukturqualitätsmerkmal die Behandlung in einem zertifizierten Schlaganfallzentrum (Stroke Unit). Es gab 2021 328 Krankenhäuser, die über eine Stroke Unit verfügten, jedoch 1.049 Krankenhäuser, die Schlaganfälle ohne Stroke Unit behandelten. Würden alle Patientinnen und Patienten in Stroke Units behandelt, könnten laut Analyse potentiell etwa 5.000 Patientinnen und Patienten mehr als bisher das erste Jahr nach dem Schlaganfall überleben. Die durchschnittliche Fahrzeit würde sich bei einer Konzentration der Behandlung auf die 328 Standorte mit Stroke Unit nur minimal von 21,6 auf 23,4 Minuten verlängern.
- **Endoprothetik (künstlicher Gelenkersatz):** Für operative Eingriffe der Knie- und Hüft-Totalendoprothesen (TEP) fordert die Regierungskommission Mindestfallzahlen von 150 oder sogar 200 bei Hüftoperationen und 100 bzw. 150 bei Knieoperationen, weil hier der Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und Spezialisierung belegt sei. Damit könnte eine hohe Zahl an Revisionsoperationen vermieden werden.

➤ Die Ergebnisse der Regierungskommission werden durch eine Vielzahl gleichartiger Studien und Analysen der letzten Jahre bestätigt. Sie machen deutlich, dass die Konzentration der Leistungserbringung der richtige Weg zu einer Verbesserung der Versorgung ist. Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass aufgrund der hohen Krankenhausdichte in Deutschland keine wesentlichen Einschränkungen der Erreichbarkeit in Kauf genommen werden müssen. Die im Rahmen der anstehenden Krankenhausstrukturreform geplanten Leistungsgruppen sind demnach dringend notwendig, um eine hohe Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die Erkenntnisse dieser Potenzialanalyse können bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden.

[Zum Download](#)
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren