

Eckpunktepapier

- Krankenhausreform -

Präambel

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Es gilt, auch vor dem Hintergrund der Entwicklung der medizinischen und pflegerischen Fachkräftesituation in Deutschland eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. 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. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in NRW, die bei inhaltlichem Bedarf erweitert werden.

Die Erreichung dieser Reformziele erfolgt im bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmen; die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verbleibt ausschließlich bei den Ländern. Unberührt bleibt insofern auch die primäre Verpflichtung der Länder zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur sowie zur auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Investitionen in diese Krankenhausstruktur. 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.

Die Krankenhausreform stellt ein lernendes System dar, sie enthält laufende kritische Überprüfungsschritte und fünf Jahre nach ihrem Start eine umfassende Evaluation.

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.

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

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

1. Begriffsdefinition Krankenhaus

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

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.

1.1. Vertragskrankenhäuser

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

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.

1.3. Fachkliniken und Spezialversorger

Fachkliniken sind in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesene Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer oder mehrerer bestimmter Erkrankung 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

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert. Krankenhäuser erhalten temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung. Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung soll hierdurch die Möglichkeit geschaffen werden, den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung zu eröffnen.

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. 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. 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

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

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.

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

Für die Zahlung eines Vorhaltebudgets werden die Mittel hierfür aus den bestehenden Fallpauschalen ausgegliedert; die Fallpauschalen werden abgesenkt. Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt.

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

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. 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. Darin sind auch die Kosten für Pflegepersonal am Bett enthalten. Die Finanzierung der fallbezogenen Sachkosten bleibt gewährleistet. 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). Der Fixkostendegressionsabschlag wird in die Vorhaltevergütung integriert. Der bisherige Sicherstellungszuschlag sollte perspektivisch in der Vorhaltevergütung integriert werden. Für bisherige Sicherstellungs-Krankenhausstandorte wird dann die Vorhaltevergütung entsprechend aufgestockt werden.

2.4. Pflegebudget

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

2.5. Ermittlung des Vorhaltebudgets je Land je Leistungsgruppe

Das aus den Fallpauschalen ausgegliederte Volumen wird ausgewiesen nach Land und Leistungsgruppen. Je Land und Leistungsgruppe wird das Volumen mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert gewichtet. Das Vorhaltebudget im Land ist auf das jeweilige Jahr bezogen gedeckelt. Der dabei berücksichtigte Landesbasisfallwert bezieht sich auf das Vorjahr.

2.6. Ermittlung des Vorhaltebudgets je Krankenhaus

Jedes Krankenhaus wird in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach seiner bisherigen Fallzahl und Fallschwere eingestuft. Dies erfolgt für alle Krankenhäuser auf empirisch-mathematischer Grundlage durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Durch die Übernahme von überregionalen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben werden insbesondere Universitätskliniken, aber auch andere geeignete Versorger zusätzliche Aufgaben von besonderer Bedeutung erfüllen. 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 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.

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. 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.

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.

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

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. Die Reform soll im Januar 2024 in Kraft treten. Im Jahr 2026 folgt eine für die Krankenhäuser budgetneutrale Auszahlung des krankenhausindividuellen Vorhaltebudgets. Veränderungen in der Rechnungshöhe ergeben sich für die Krankenhäuser in dieser Einführungsphase nicht.

Um das Wirksamwerden der Reform zu beschleunigen, wird geprüft, wie die Umsetzung der Reform in zwei unterschiedlichen Geschwindigkeiten erfolgen kann. Eine Evaluation der Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung erfolgt durch Bund und Länder spätestens nach vier Jahren.

2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen. 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- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie an dem NRW-Modell orientieren.

Bis spätestens Ende 2025 haben die Länder Zeit, die hierzu ggf. erforderlichen landesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Basierend auf den zugewiesenen Leistungsgruppen und dem sich insoweit verändernden Versorgungsumfang der Krankenhäuser verändert sich mit dem Wirksamwerden die Höhe der Vorhaltevergütung.

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. 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).

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.

2.9. Auszahlung des Vorhaltebudgets

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 regulären Zahlungswege über Krankenhausrechnungen werden genutzt. Eine Einbindung des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterbleibt. Eine Auszahlung über die Länder kommt nicht infrage.

3. Leistungsgruppen

Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und dienen damit als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen wird die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt. Unberührt davon bleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen. Zugleich werden Leistungsgruppen als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung genutzt.

3.1. Verfahren zur Definition und Zuordnung von Leistungsgruppen

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 Festlegung von verwandten Leistungsgruppen, die ebenfalls an demselben Krankenhausstandort zu erbringen sind. Die bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort. Bei der Einhaltung der Qualitätsanforderungen können vertraglich vereinbarte Kooperationen und Verbünde 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.

3.2. Erstmalige Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen

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.

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.

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. 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 Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). 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. Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen erfolgt in der vierten Stufe durch eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates.

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.

Es werden nur somatische Leistungsgruppen definiert; die Integration des psychiatrischen und psychosomatischen Bereichs erfolgt nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens.

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

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

3.4. Zuordnung von Leistungsgruppen

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 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.

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

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. Die Planungsentscheidungen der

Länder werden nicht durch Dritte geprüft.

Die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen übernimmt der Medizinische Dienst (MD) im Auftrag von Bund und Ländern. Die Frequenz der Prüfungen ist im weiteren Verfahren zu klären. Die planungsrechtliche Folgeentscheidung liegt ausschließlich bei den Ländern. 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. Der MD wird in diesem Sinne im Rahmen dieser Reform weiterentwickelt.

3.6. Einheitliche Ausnahmen zur Zuordnung von Leistungsgruppen

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.

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.

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.

3.7. Überregionale Koordination

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“)

Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) sind Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V, soweit sie stationäre Leistungen erbringen. Ihnen kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt. Hierunter können bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren fallen. 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 Krankenhausplanungskompetenz der Länder bleibt unberührt.

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. Hierbei können auch extrabudgetäre Sonderbedarfe aus strukturellem Grund notwendig werden.

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. Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden.

Mit diesen Versorgern (Level II-Krankenhäuser) steht ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung. Zudem sind sie perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management.

5.1. Zuweisungsvoraussetzungen für Level II

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

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

5.3. Krankenhausdefinition

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

5.4. Leistungsgegenstand

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

Es ist sicherzustellen, dass Level-Ii-Häuser Leistungen nur dann erbringen dürfen, wenn sie die für die jeweilige Leistung festgelegten Qualitätskriterien erfüllen.

Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden) 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.

Diese zusätzlichen Leistungen sind von den allgemeinen stationären Behandlungen zu unterscheiden. Sie werden nach den bestehenden rechtlichen, strukturellen und finanziellen Vorgaben erbracht und abgerechnet. 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).

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. 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.

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

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.

Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.

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

krankenhausindividuellen Tagessatzes sowie dessen Degression. Sofern dies für eine sachgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, können die Vertragsparteien vor Ort mehrere Tagespauschalen vereinbaren.

Der Bund wird darlegen, wie sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) im Bereich der stationären Versorgung mithilfe der Tagessätze wirtschaftlich auskömmlich agieren können.

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.

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.

Ferner vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene einen verringerten krankenhausindividuellen Behandlungstagesatz 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. krankenhausindividuellen Tagessätze entsprechend Leistungsinhalt und -umfang vorzusehen.

5.6. Übergangszeitraum

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 krankenhausindividuelle Tagessätze zur Anwendung.

5.7. Investitionskostenförderung

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.