

Krankenhausreform im Bund – NRW setzt sich durch

Ursula Hahn

In einem sind sich Bund und Länder einig: Es braucht eine Krankenhausreform – und das möglichst schnell. Eine erste heftige Runde des Ringens endete mit dem konsentierten Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023. Über die Sommerpause soll daraus ein Gesetzentwurf werden – da vieles im Eckpunktepapier den Charakter einer Absichtserklärung hat, wird das noch mal spannend. Denn bekanntlich liegt die Tücke im Konkreten und dem Detail.

Auf den letzten Metern zum konsentierten Eckpunktepapier ging es noch mal richtig zur Sache: Der Bund hat alles unternommen, um möglichst viele seiner Reformideen durchzubekommen. Die Länder hingegen haben ihm Stück für Stück ihre Vorstellungen durchgedrückt [1]. Dabei haben sie sich auch nicht von immer neuen Eckpunktepapieren aus Berlin und dem Versuch, damit Fakten zu schaffen, beeindrucken lassen. Vor allem NRW hat seine Duftmarke aufgedrückt – daher lohnt sich der Abgleich des Konzepts der Krankenhausreform im Bund mit der Krankenhausreform in NRW. Letztere wurde bereits im vergangenen Jahr beschlossen und im Bundesland sind auch schon die ersten Umsetzungsschritte erfolgt [2].

Länder kippen Level

Der Bund musste insbesondere den Plan beerdigen, selber Krankenhäuser nach bundesweiten Vorgaben Versorgungsstufen oder Leveln zuzuordnen; einer dieser Level stand ursprünglich für die Rückstufung eines „ordentlichen“ Krankenhauses in ein faktisches Gesundheitszentrum mit wenigen mehr pflegerischen Betten. Die Intention war durchsichtig: Der Bund hätte damit an der Planungshoheit der Länder vorbei Einfluss genommen, welche und wie viele Krankenhäuser in der stationären Versorgung verbleiben. Als klar wurde, dass die Länder dies keinesfalls tolerieren, un-

ternahm der Bund noch einen frustrierten Versuch, Level zumindest für eine eventuelle spätere Gesetzgebung zu retten. Er wollte weiter einstufen, die Level aber nur als deklaratorisch, zu Transparenzzwecken und „zur zusätzlichen Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten“ verkaufen. Auch damit kam er nicht durch.



Aktuell diskutierte Kernelemente der Krankenhausreform

Kernelemente der Reform für die stationäre Versorgung

Für das stationäre Angebot von Krankenhäusern wurden im Wesentlichen die Dimensionen, Leistungsgruppen als Beplanungsgrundlage sowie eine neue Finanzierungskomponente konsentiert. Statt wie bislang Betten in nach Weiterbildungsordnung abgegrenzten Abteilungen sollen künftig fachbezogene Leistungsgruppen als Planungsgrundlage der Länder für stationäre Kapazitäten herangezogen werden. Die Leistungsgruppen sollen nach

dem Vorbild NRW aufgesetzt werden: Der tiefere Sinn des Planungsinstruments Leistungsgruppen erschließt sich zum Beispiel in der Chirurgie. Sie wird zunächst in zahlreiche Bereiche (u. a. Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie) untergliedert, die wiederum in Leistungsgruppen aufgeteilt sind. Allein zum Bereich Viszeralchirurgie gehören fünf Leistungsgruppen, darunter auch Oesophagus- und Pankreaseingriffe. Wer künftig einen dieser komplexen Eingriffe durchführen und abrechnen möchte, braucht die Leistungsgruppe – eine Abteilung für Viszeralchirurgie ist kein Freifahrchein mehr für alle Operationen aus dem Gebiet.

Aus Sicht der Augenheilkunde hat die Leistungsgruppensystematik nach NRW-Vorbild keinen Einfluss auf die Planung: Das Fach ist mit der Leistungsgruppe identisch. Theoretisch könnte sich das aber auch ändern. Der Bund wollte ursprünglich auch für die Augenheilkunde mehrere Leistungsgruppen (konkret „Basisbehandlung Augenheilkunde“, „Allgemeine Augenheilkunde“ und „Komplexe Augenheilkunde“), das Eckpunktepapier sieht ein (allerdings komplexes und mit vielen Beteiligten potenziell überfrachtetes) Verfahren zur perspektivischen Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen vor. Im Interesse der Einheitlichkeit des Faches wäre eine „Klassengesellschaft“ mit mehreren Leistungsgruppen in der Augen-

heilkunde sicher nicht wünschenswert.

„Marktbereinigung“ via Qualitätsanforderungen zu Leistungsgruppen

Nach dem Eckpunktepapier bekommt ein Krankenhaus nur dann den Zuschlag für eine Leistungsgruppe, wenn es die „sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien“ erfüllt. Auch hier soll auf NRW-Vorarbeiten zurückgegriffen werden: Deren Krankenhausrahmenplan sieht ein zweistufiges Auswahlverfahren mit Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien vor. Wer die Mindestanforderungen nicht erfüllt, scheidet schon in der ersten Runde aus. Erfüllen in einer Planungsregion zu viele Abteilungen die Mindestvoraussetzungen, dann greifen zusätzliche Auswahlkriterien (► Abbildung 2). Laut einem Ende Juni veröffentlichten Zwischenbericht zum Verhandlungsstand in der Umsetzung der Krankenhausreform NRW sollen 15 der 54 Augenabteilungen (immerhin 27 Prozent) nach dem Willen der Krankenkassen schließen, darunter immerhin fünf Hauptabteilungen. Dabei wird auch deutlich, dass manchem Krankenhausträger die Augenabteilungen nicht am Herzen liegen: Bei immerhin sieben Abteilungen erfolgte die Schließung im Konsens mit dem jeweiligen Träger. Das letzte Wort ist noch nicht gesprochen: Wer letztlich mit welcher Fallzahl künftig an der Versorgung teilnehmen wird, entscheidet das Ministerium.

Was das Beispiel NRW schon jetzt lehrt: Qualitätskriterien sind auch Instrument der Marktbereinigung. Die aus dem Blickwinkel der Fortexistenz augenmedizinischer Abteilungen wohl schärfsten Kriterien beziehen sich auf die personelle Ausstattung: In NRW-Hauptabteilungen müssen

drei Vollzeitäquivalente an Fachärzten/Fachärztinnen tätig sein und eine Rufbereitschaft von 24/7 abdecken. In Belegabteilungen sind mindestens drei Belegärzte/Belegärztinnen gefordert. Diese Anforderungen erfüllt lange nicht jede der aktuell noch an der stationären Versorgung beteiligten Augenabteilungen.

Die Länder wären nicht die Länder, wenn sie sich nicht Hintertüren offenhielten. Zur „Sicherstellung einer bedarfsnotwendigen Versorgung (kann) von den Qualitätsvoraussetzungen abgewichen werden“. Allerdings werden die Voraussetzungen dafür eng definiert und ggf. muss das Krankenhaus dann auch auf Teile der Finanzierung (konkret Vorhaltefinanzierung) verzichten.

Die neue Finanzierungs-komponente Vorhaltevergütung

Vorhaltefinanzierung ist die neue Finanzierungs-komponente der Krankenhausreform. Statt der bisherigen ausschließlich fallmengenabhängigen Pflegebudgets und aDRGs (für Pflegebudget ausgegliederte DRG) soll es künftig auch die fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung geben. Für jede der ihnen zugewiesenen Leistungsgruppen bekommen Krankenhäuser diese Vorhaltevergütung sowie – fallzahlabhängig – das Pflegebudget und die verbleibende restliche DRG (rDRG). In der Übergangsphase sollen Pflegevergütung und Vorhaltevergütung pauschal 60 Prozent der früheren DRG-Vergütung ausmachen. Perspektivisch sollen die „tatsächlichen Vorhaltekosten ... auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen“ kalkuliert werden.

Die „Erstausrüstung“ an Vorhaltevergütung je Krankenhaus orientiert sich an der bisherigen Fallzahl

und Fallschwere. Die Bemessung soll dem Institut für Entgeltsysteme im Gesundheitswesen (InEK) übertragen werden, es ist auch perspektivisch für die Einstufung nach Leistungsgruppen und die Weiterentwicklung der Vergütungskomponenten zuständig.

Warum Vorhaltevergütung? Mit festen Vergütungskomponenten soll das Mengenhamsterrad eingebremst werden. Denn die fixen Kosten des Versorgungsbetriebs sind dann ja schon über die Vorhaltevergütung finanziert. Man wird sehen, wie gut das klappt.

Sonderrolle der Universitäten

In dieser Legislaturperiode und mit diesem Gesundheitsminister haben die Universitäten und ihre Organisationen eine herausgehobene Rolle, ihr Gestaltungseinfluss und die Erwartungen an sie sind hoch. Das findet auch Niederschlag im Eckpunktepapier, allerdings in schwächerer Form als in den ersten Versionen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist nunmehr nur eine unter vielen Organisationen, die mit der Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik betraut werden sollen. Außerdem sollen Universitäten „aber auch andere geeignete Versorger“ „überregionale Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben“ erfüllen und dafür auch mehr Geld bekommen. Unklar bleibt, ob sich der Koordinierungsauftrag nur auf andere Krankenhäuser oder auch darüber hinaus erstrecken soll.

Wundertüte li-Krankenhäuser

Schon früh zeichnete sich ab, dass die Versorgungsstruktur li die wesentliche neue Komponente in dieser Krankenhausreform werden könnte. In der berufspolitischen Diskussion als „Gesundheitszentren mit Übernachtungs-

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben ⁶		Sonstige Struktur- u. Prozesskriterien	
						Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
17	Augenheilkunde	17.1	Augenheilkunde	RB	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin ¹	Sonografiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiografie	FA Augenheilkunde	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 oder vertragliche Vereinbarung mind. 3 Belegärzte		
					Auswahlkriterium	LB Neurologie LG Allgemeine Innere Medizin ¹ LG MKG		Optische Kohärenztomografie (OCT)				

¹ Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium). Bei LG Kardiale Devices: Bei Zuordnung zum LB Kardiologie: Die LG sollte mindestens in Kooperation vorhanden sein. Es wird jedoch eine am Haus angebundene Erbringung der LG bevorzugt (Auswahlkriterium). Bei Zuordnung zur LB Herzchirurgie: Es muss mindestens eine weitere LG aus dem Bereich Herzchirurgie als Mindestkriterium vorhanden sein.

⁶ Die fachärztlichen Vorgaben bilden jeweils die fachärztlichen Qualifikationen ab, die für die Erbringung der jeweiligen LG erforderlich sind. Diese können sich teilweise mit den FA-Vorgaben der am Standort vorzuhaltenden LG decken. Die FA-Vorgaben sind dabei nicht additiv zu verstehen.

Abkürzungen: LB=Leistungsbereich; LG=Leistungsgruppe; RB=Regierungsbezirk; FÄ=Fachärzte; VFÄ=Vollzeitäquivalente

Abb.2: Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien für die Augenheilkunde aus dem Krankenhausplan NRW

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

möglichkeit“ bezeichnet, waren li zunächst als Exitstrategie für aus der stationären Versorgung zu entnehmende Krankenhäuser gedacht. Das Leistungsspektrum von li-Häusern las sich ab Beginn sehr nach interdisziplinärer Praxisklinik – die es ja schon gibt. Sie sollen „wohnortnah“ allgemeine stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung (konkret innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie und Allgemeinmedizin) mit ambulant fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen und medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden. Unter anderem Institutsambulanzen (also Ermächtigungen), ambulante Operationen nach § 115b und Hybrid-DRG (an denen derzeit im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gearbeitet wird) sollten hier noch verortet sein.

Von Eckpunktepapier zu Eckpunktepapier hat sich der Auftrag für und Charakter von li weiter entwickelt: Mittlerweile ist li das Instrument, um zumindest einen Teil der fachärztlichen Versorgung (alles jenseits von – konser-

vativer– Routineversorgung) stärker an Krankenhäuser anzubinden. Die Leiterin der Unterabteilung „Krankenhaus“ im BMG formulierte es in einer Sitzung so: li sei Einstieg in die „sektorenunabhängige und sektorenübergreifende Regelversorgung“. li ist konsequenterweise nicht mehr ausschließlich Exitstrategie für abzuwickelnde Krankenhäuser, es kann zwar weiterhin aus der „Umwandlung bisheriger Krankenhäuser“ entstehen, aber jetzt auch „aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus“ oder neu vorgesehen werden. li können damit auch „andere ambulant-stationäre Zentren“ sein. Stellt sich die Frage, wen die Gesetzgeber in Bund und Ländern da vor Augen haben.

Wie li mit Leben erfüllt und in das engmaschige Regelwerk zwischen Krankenhaus- und Bedarfsplanung eingefügt werden kann, ist aktuell noch vage. Unter anderem wird eine neue Entscheidungsebene, „Ortsebene“ definiert, die „unter Beachtung etwaiger Festlegungen der Krankenhaus-Pla-

nungsbehörden und der Zulassungsausschüsse“ den „konkrete(n) Leistungsgegenstand und Leistungsumfang“ vereinbaren soll. Löhnen tut sich's vermutlich auch erst mal nicht. Die Finanzierungsideen sind ein Flickenteppich aus den existierenden (oft nicht auskömmlichen) Vergütungsvorschriften, ergänzt um einen neu zu vereinbarenden „Tagessatz“ für li-Häuser. Aber: Auf Dauer soll eine sektorenübergreifende eigene Finanzierung dafür vorgesehen werden, zudem sollen li-Häuser Anspruch auf Investitionsförderung haben.

Welche Relevanz hat li für die Augenheilkunde? Anders als in anderen Fächern sind hier die Weichen bereits in Richtung vertragsärztlicher Zentren gestellt. Ambulantisierung ist bereits fortgeschritten, der weit überwiegende Teil der ambulanten Operationen wird nicht an Krankenhäusern erbracht und 80 Prozent der Fachärzte und Fachärztinnen sind in Praxen und MVZ tätig. In vielen anderen Fächern muss erst noch ambulantisierung werden, zudem sind die per-

sonellen Kapazitäten mit jeweils rund 50 Prozent der Fachärzte und Fachärztinnen am Krankenhaus und in der Niederlassung anders verteilt. Die Idee von Bund und Ländern, Ambulantisierung vor allem an Krankenhäusern und hier in li-Strukturen stattfinden zu lassen, könnte für diese Fächer auf fruchtbareren Boden fallen. In der Augenheilkunde wird sich erstmal wenig ändern: Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und -kapazitäten sind, wie sie sind. Perspektivisch kann die Entwicklung aber auch unser Fach betreffen: Dies gilt besonders dann, wenn es krankhausbezogene Sonderregeln etwa für Leistungsspektrum oder Finanzierung geben sollte.

Konkretisierungsbedarf bei Belegarztwesen und Fachkrankenhäusern

Das Belegarztwesen wird in der Krankenhausreform zwar explizit genannt – aber nur bei li. Mehrere Vertreter des BMG haben Mitgliedern im Vorstand des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB) versichert, dass diese Versorgungsstruktur auf allen Ebenen mitgedacht wird. Misstrauen bleibt aber indiziert, so hat NRW in seinen Krankenhausrahmenplan eine Nachrangigkeit von Beleg gegenüber Hauptabteilungen hineingeschrieben und an der Mehrzahl der nach aktuellem Stand von Schließung bedrohten NRW-Abteilungen versorgen Belegärzten und -ärztinnen. Damit die richtige Intention, das Belegarztwesen in der gesamten stationären Versorgung zu halten, im weiteren Fortgang nicht aus den Augen verloren wird und belegärztliche Versorgung auch künftig in „richtigen“ Krankenhäusern stattfindet, hat der BdB das Bundesgesundheitsministerium angesprochen. Gefordert wird außer-

dem, dass die Besonderheiten mit Blick auf Finanzierung und immanente Kooperation ambulanter und stationärer Versorgung berücksichtigt werden.

Die Regelungen zu Fachkliniken und damit einer weiteren aus vertragsärztlicher Sicht potenziell interessanten Versorgungsstruktur wurden von Eckpunktepapier zu Eckpunktepapier indifferent. Im letzten Papier heißt es: „Die konkrete praxistaugliche Definition von Fachkliniken..., die den Ländern hinreichenden Entscheidungsspielraum belässt, sowie die Berücksichtigung der Spezialversorger wird zwischen Bund und Ländern gemeinsam abgestimmt.“ Nach aktuellem Überlegungsstand sollen Krankenhäuser nach § 109 SGB V (Häuser außerhalb des Bettenplans aber mit Versorgungsverträgen mit Krankenkassen, davon gibt es wohl auch einige in der Augenheilkunde) unter die Krankenhausreform fallen.

Fazit: Nach dem Eckpunktepapier ist vor dem Gesetzesentwurf

Viele Inhalte des Eckpunktepapiers sind noch nicht „gesetzgebungsreif“. Insbesondere bei li sind Konkretisierungen, die in die aktuelle Regelungslandschaft aus stationärer und ambulanter Medizin passen, nicht einfach und hier spielt – zumindest aus vertragsärztlicher Sicht – viel Musik. Die stationäre Augenheilkunde muss sich auf Schließungen von Abteilungen einstellen, ob das Fach davon stärker betroffen sein wird als andere, lässt sich aktuell nicht abschätzen. Kleinere Haupt- und vor allem Belegabteilungen werden sicher zu den Verlierern gehören – sie werden Schwierigkeiten haben, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Viele der Effekte aus der Reform werden

sich mutmaßlich erst im Laufe der Zeit herauskristallisieren.

Nach aktuellem Plan weisen die Länder, „frühestens ab dem Jahr 2024 ... den Krankenhäusern Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu“, bis Ende 2025 sollen sie Zeit haben, ggf. erforderliche landesgesetzliche Anpassungen vorzunehmen, in 2026 folgt eine für die Krankenhäuser budgetneutrale Auszahlung des krankhausindividuellen Vorhaltebudgets. Bund und Länder wollen (und müssen) zwar zu einer Einigung kommen. Die Länder halten dessen ungeachtet den Druck hoch und sich selber noch einen Plan B offen: So stehen die Eckpunkte „unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer zukünftigen finalen Gesamteinigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform.“ Entscheidungsrelevant wird sicher auch die geforderte „belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung rechtzeitig vor Fertigstellung des Referentenentwurfes“ sein.

Referenzen:

1. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf.
2. <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin OcuNet Verbund
Friedrichstr. 47
40217 Düsseldorf
zentrale@ocunet.de

Priv.-Doz.
Dr. rer. medic.
Ursula Hahn

