

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. Um die Qualitätsziele zu erreichen, ist auch durch eine bessere Transparenz der Krankenhausversorgung für die Patientinnen und Patienten notwendig. Dafür soll sich die Krankenhausversorgung an einer Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen (Leveln) orientieren. Diese dienen der Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten die Qualität über das Leistungsangebot des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland.

Die Erreichung dieser Reformziele erfolgt im Rahmen der bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen; 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 aus der Umsetzung dieser Krankenhausreform ergeben, wird eine Verlängerung und Ergänzung des Krankenhausstrukturfonds angestrebt.

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.

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 zuge-

lassenen 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

Fachkliniken sind in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesene Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten 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 oder Menschen mit Behinderungen.

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.

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. 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 das Erlösvolumen durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöht.

2.3. Herkunft der Mittel

Die Mittel für die Vorhaltefinanzierung werden dadurch generiert, dass die Fallpauschalen abgesenkt werden. 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.

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 eines erheblichen Teils der Vergütung; die Kosten für Pflegepersonal am Bett und Sachkosten werden vorher abgezogen) erfolgen. Alle anderen Entgeltarten (Zu-/Abschläge, Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte) bleiben im Kontext dieser Umstellung unberührt.

Sofern die neuen gesetzlichen Vorgaben zum Jahresbeginn 2024 in Kraft treten, kann die Verlagerung der Vergütung durch Fallpauschalen auf Vorhaltepauschalen erstmalig für das Jahr 2025 erfolgen.

2.4. Pflegebudget

Die Ermittlung des Pflegebudgets bleibt unberührt.

2.5. Vorhaltebewertungsrelationen

Zukünftig werden für jeden Krankenhausfall Bewertungsrelationen ausgewiesen für die Kosten der Pflege am Bett (Pflegebewertungsrelationen), für die residualen Fallkosten (rDRG) sowie für die Vorhaltung (Vorhaltebewertungsrelationen). Die Vorhaltebewertungsrelationen ergeben sich aus der Absenkung der bisherigen aDRG um einen (zunächst normativ gesetzten, später kalkulierten) Vorhalteanteil. Die Vorhaltebewertungsrelationen werden zur Ermittlung der Höhe des Vorhaltebudgets des Krankenhauses sowie zur Abzahlung dieses Vorhaltebudgets verwendet. Durch die Anwendung dieser Vorhaltebewertungsrelationen werden ungewollte Verteilungseffekte für Krankenhäuser und Kostenträger vermieden.

2.6. Ermittlung Vorhaltebudget

Das Vorhaltebudget eines Krankenhauses wird zunächst (budgetneutrale Phase) auf Basis der vereinbarten Fallzahlen ermittelt. Mit der bedarfsbezogenen Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Land wird das Vorhaltebudget auf Basis von Art und Umfang der zugewiesenen Leistungsgruppen unabhängig von der Zahl der erbrachten Fälle ermittelt. Zur Verhinderung ungewollter Verteilungseffekte wird das Vorhaltebudget nach den differenzierteren und ökonomisch homogenen Fallpauschalen ermittelt und nicht nach den Leistungsgruppen.

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.

2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen. Ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen, die sich zunächst neben einzelnen, fachlich gebotenen Ergänzungen an dem NRW-Modell orientieren, als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu. In den Jahren 2025 und 2026 erfolgt eine budgetneutrale Anwendung der Vorhaltebewertungsrelationen. Anschließend entfalten die Leistungsgruppen, zunächst im Rahmen einer mehrjährigen Konvergenzphase, finanzielle Wirkung auf die Vorhaltefinanzierung.

2.9. Qualitätskriterien

Voraussetzung für die Zahlung der Vorhaltevergütung für die zugewiesenen Leistungsgruppen ist die Einhaltung ihrer jeweiligen bundeseinheitlichen Qualitätskriterien.

2.10. Auszahlung des Vorhaltebudgets

Für die Finanzierung und die Auszahlung werden zur Begrenzung des bürokratischen Zusatzaufwands bereits etablierte Zahlungswege genutzt. Eine Einbindung des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterbleibt. Um eine möglichst zeitnahe Auszahlung des Vorhaltebudgets zu erreichen, werden bei bestehendem krankenhausindividuellem Bedarf Aufschläge etabliert. Wird das Vorhaltebudget unterschritten, erfolgt innerhalb eines Korridors ein vollständiger Mindererlösausgleich.

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-Kodes 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 Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort.

3.2. Erstmalige Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen

Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) arbeiten unter Einbeziehung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Mitgliedern der Regierungskommission an einer Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Die konkrete Entscheidung über die Definition und Festlegung von Leistungsgruppen sowie deren Qualitätskriterien verbleibt beim Gesetz-/Verordnungsgeber und beinhaltet insoweit ein Mitentscheidungsrecht der Länder. Es werden nur somatische Leistungsgruppen definiert; die Integration des psychiatrischen und psychosomatischen Bereichs erfolgt nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens.

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. 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. Um bundeseinheitliche Prüfmaßstäbe sicherzustellen, übernimmt diese Aufgabe der Medizinische Dienst (MD). Die Frequenz der Prüfungen durch den MD sowie die konkrete Ausgestaltung der Folgen bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien sind im weiteren Verfahren zu klären. Dabei soll nach Möglichkeit kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser entstehen.

4. Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

Um eine größere Transparenz über die Krankenhausversorgung für Patientinnen und Patienten zu erreichen, werden alle zugelassenen Krankenhäuser bundeseinheitlichen Versorgungsstufen, sogenannten Leveln, zugeordnet. Die vorgesehene Vorhaltevergütung orientiert sich dabei an den Leistungsgruppen und nicht an der Levelzuordnung.

4.1. Transparenz über Strukturqualität durch Level

Die Zuordnung zu einem Level erfolgt auf der Grundlage einer bundeseinheitlichen Definition der Level. Sie wird zur Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Strukturqualität der stationären Versorgung veröffentlicht.

4.2. Definition der Level

Level werden bundeseinheitlich definiert. Maßgeblich für die Definition der Level sind zum einen die derzeit geltenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenkonzept) und zum anderen das Maß, in dem Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen sind, deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Darüber hinaus können für ein Level weitere Mindeststrukturvoraussetzungen festgelegt werden. Die genaue Ausgestaltung der Level-Mindeststrukturvoraussetzungen sowie die Frage, inwieweit diese auch im Verbund mit anderen Krankenhäusern erfüllt werden können, wird im weiteren Prozess gemeinsam abgestimmt und festgelegt. Die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des technologischen Fortschritts erforderliche systemische Weiterentwicklung der Level-Mindeststrukturvoraussetzungen erfolgt im gleichen Verfahren und unter Berücksichtigung der Erfahrungen aufgrund der Umsetzung durch die Länder.

4.3. Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln erfolgt durch die Planungsbehörden der Länder auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Definition der Level. Die Länder haben die Möglichkeit, anstelle einer Zuordnung zu den bundeseinheitlichen Leveln eine Zuordnung zu äquivalenten Versorgungsstufen vorzunehmen. Bei Krankenhäusern, die nicht einem bundeseinheitlichen Level zugeordnet worden sind, wird zur Erreichung des Transparenzzwecks eine Levelzuordnung auf Basis der Leistungsgruppenzuweisungen und der damit verbundenen Vorhaltevergütung simuliert und in der bundesweiten Veröffentlichung entsprechend gekennzeichnet. Außerdem werden im SGB V Regelungen zur Verbesserung der Transparenz des stationären Leistungsgeschehens geschaffen, denen ebenfalls die bundeseinheitlichen Level zu Grunde gelegt werden.

4.4. Überregionale Koordination

Für eine effiziente Versorgung können insbesondere Krankenhäuser, die die Mindeststrukturvoraussetzungen des höchsten Levels erfüllen, Aufgaben der überregionalen Koordination übernehmen. Der konkrete Inhalt dieser Aufgaben ist im weiteren Verfahren zu präzisieren.

5. Sektorenübergreifende Konzepte („Level Ii“)

Den Krankenhäusern des Levels Ii kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu. Sie verbinden stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen und zeichnen sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen Versorgung aus. Die Standorte der 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. Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden. Mit dem Level Ii steht ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung. Zudem sind Level Ii-Krankenhäuser perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management.

5.1. Zuweisungsvoraussetzungen für Level Ii

Der Versorgungsstufe Level Ii können diejenigen Krankenhäuser zugeordnet werden, die weder die Voraussetzungen des Levels In noch die Voraussetzungen der Level F (vgl. 1.3.), Level II oder III bzw. IIIU erfüllen.

5.2. Planungshoheit der Länder

Die Länder entscheiden im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung, welchen Krankenhäusern, die ab Inkrafttreten der Krankenhausreform definitorisch dem Level Ii zuzuordnen sind, tatsächlich das Level Ii zugewiesen wird.

Dem Level Ii können grundsätzlich nur bestehende Krankenhäuser zugeordnet werden; Ausnahmen von diesem Grundsatz sind nur möglich, wenn dies zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung unabdingbar ist. Es besteht kein Anspruch, als Level Ii-Klinik in den Krankenhausplan aufgenommen zu werden.

5.3. Krankenhausdefinition

Grundsätzlich gelten auch für Level Ii-Krankenhäuser die Voraussetzungen der Definition eines Krankenhauses gemäß § 107 Absatz 1 SGB V. Fachlich-medizinisch stehen Level Ii-Krankenhäuser weiterhin unter ständiger ärztlicher Leitung; seitens der pflegerischen Leitung besteht keinerlei fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem ärztlichen Personal. Zur Führung der Geschäfte der Level Ii-Krankenhäuser kann jedoch eine pflegerische Leitung vorgesehen werden. Gegebenenfalls notwendige Anpassungen oder Ergänzungen der Krankenhausdefinition im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V werden im Gesetzgebungsverfahren entsprechend berücksichtigt.

5.4. Leistungsgegenstand

Um den Leistungsumfang der Level Ii-Krankenhäuser zu bestimmen, wird bundesgesetzlich ein Katalog von Leistungen definiert, die zukünftig nicht von Level Ii-Krankenhäusern erbracht werden dürfen. Im Umkehrschluss ergibt sich hieraus der Leistungsrahmen, der für die Level Ii-Krankenhäuser maximal zur stationären Versorgung zur Verfügung steht. Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin) sollen 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),
- belegärztliche Leistungen,
- Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege), insbesondere Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege.

Bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung in Level Ii-Krankenhäusern sollen die bestehenden Möglichkeiten der Telemedizin (etwa Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen) genutzt werden, 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 Level Ii-Krankenhauses 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.

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

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 Level Ii-Krankenhäuser besteht aus einem Finanzierungsmix. Neben der Vergütung für stationär erbrachte Leistungen über Tagespauschalen werden die sonstigen von den Level Ii-Krankenhäusern erbrachten Leistungen (z.B. ambulante Leistungen nach §§ 115b und 115f SGB V, Übergangspflege nach § 39e SGB V) nach den für sie geltenden Vergütungsregelungen abgerechnet.

Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.

Bis dahin erhalten die Vertragsparteien auf Ortsebene für die von einem Level Ii-Krankenhaus – 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.

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.

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 dem Level Ii-Krankenhaus festgestellten Ärztinnen und Ärzten.

Ferner vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene einen verringerten krankenhausindividuellen Behandlungstagessatz 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 für Krankenhäuser der anderen Level gelten soll. Anschließend kommen krankenhausesindividuelle Tagessätze zur Anwendung.

5.7. Investitionskostenförderung

Level II-Krankenhäuser haben für ihre stationär erbrachten Leistungen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und in das Investitionsprogramm aufgenommen.

ENTWURF