



Teil 3

Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Rechtliche Implementierung

Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland

Rechtliche Implementierung

Dr. Matthias Gruhl

Inhalt

Zusammenfassung	6
Einleitung	8
Initiative der Bertelsmann Stiftung	11
Vorstellung der beteiligten Interviewpartnerinnen und -partner	16
Exkurs: Kommentierung der Vorschläge der Regierungskommission zur Level-II-Versorgung	18
Zielbild und Leitgedanken	22
L1 Definitionen	22
L2 Berücksichtigung regionaler Unterschiede der Versorgung	22
L3 Ausgleich und Fairness zwischen den beteiligten Akteuren/Institutionen	24
L4 Verankerung in der ambulanten oder in der stationären Versorgung?	24
L5 Notwendige Akzeptanz bei den beteiligten Leistungserbringern	25
L6 Eigenständige fachärztliche Kompetenz in den Interimskliniken?	25
L7 Leistungsspektrum der Interimskliniken	26
L8 Keine falschen Erwartungen schüren	27
L9 Pflegerische oder ärztliche Leitung der Interimsklinik?	27
L10 Stationäre Leistungen verbleiben in der rechtstechnischen Systematik der Krankenhausversorgung	28
L11 Planung oder freier Zugang?	28
L12 Sektorenverbindende Planung, Sicherstellung und Zulassung: eine Einübung von Gemeinsamkeiten	29
L13 Bedarfsplanung und Planungsgebiete	31
L14 Zuständigkeit für die Sicherstellung	31
L15 Zulassungskompetenz	32
L16 Kompetenzen der Länder und landesrechtliche Flexibilität	32
L17 Leistungsabhängige oder leistungsunabhängige Vergütung?	33
L18 Investitionskostenfinanzierung	34
L19 Abrechnung ärztlicher Leistungen	35
L20 Notwendigkeit einer Evaluation	36
Eckpunkte zur rechtstechnischen Umsetzung	37
E1 Teil der hausärztlichen Versorgung	37
E2 Leistungsanspruch der Versicherten	37
E3 Rechtliche Verortung im SGB V	37
E4 Alternative Anknüpfung an die belegärztliche Versorgung	38
E5 Keine Einfügung in § 39 SGB V (stationäre Krankenbehandlung)	39
E6 Interimskliniken	39
E7 Sektorenverbindender Planungs- und Zulassungsausschuss	39
E8 Planungsbereich	40
E9 Bedarfsplan	40
E10 Vorschaltlösung zur Bedarfsplanung	41

E 11	Sicherstellung	41
E 12	Fördermaßnahmen	41
E 13	Investitionen	41
E 14	Strukturfonds III	42
E 15	Andere Leistungen	42
E 16	Rechtsverordnung des Bundes über die Anforderungen an die RASV	42
E 17	Zulassungsvoraussetzungen der RASV	43
E 18	Zulassung	43
E 19	Finanzierung der stationären Leistungen	43
E 20	Finanzierungsformen	43
E 21	Regelwerk des InEK	44
E 22	Festlegung des Budgets	45
E 23	Grundpauschale	45
E 24	Aufwandsbezogene Tagespauschalen	45
E 25	Kostenverrechnung bei krankenhausesentlastender Verlegung	45
E 26	Vergütung der ärztlichen Leistungen	46
E 27	Länderrechtliche Sonderregelungen	46
E 28	Evaluation	47
	Ausblick	48
	Abkürzungsverzeichnis	49
	Impressum	50

ZUSAMMENFASSUNG



In Teil 1 der von der Bertelsmann Stiftung beauftragten Expertise zur kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) wurden die bisher umgesetzten und die geplanten Modelle einer sektorenübergreifenden Versorgung beschrieben. In Teil 2 wurden die dafür notwendigen personellen, strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen entwickelt.

Mit dem dritten und abschließenden Teil wird ein Vorschlag für die Implementierung dieser neuartigen Versorgungsmöglichkeit in die vorhandene rechtliche und strukturelle Systematik vorgelegt. Er basiert u. a. auf Fachgesprächen mit Personen, die vor dem Hintergrund ihrer maßgeblichen und systemrelevanten Verantwortung bzw. ihrer anerkannten wissenschaftlichen Expertise eine exzellente Einordnung dieses neuen Angebotes einbringen konnten.



Vor einer rechtlichen Einordnung muss man sich der wichtigen Strukturmerkmale des deutschen Gesundheits- und Pflegewesens bewusst sein. Die z. T. divergierenden Interessen sind fair auszuwägen, um eine gegenseitige Akzeptanz der systemtragenden Institutionen zu gewährleisten.

Die unterschiedliche Ausgestaltung des Gesundheitswesens erfordert Spielräume für die jeweiligen regionalen Besonderheiten und aktuellen Bedarfe. Dafür wird ein inhaltlich und zeitlich gestuftes länderrechtliches Ausgestaltungsrecht ermöglicht, soweit es die bundeseinheitlichen Finanzierungsvorgaben zulassen können.

Das Gesundheitswesen weist eine hohe Komplexität auf, die einen beträchtlichen bürokratischen und schnittstellenbedingten Aufwand mit sich bringt. Neue Versorgungsmöglichkeiten sind deshalb aufwandsarm, attraktiv und systemlogisch zu gestalten, damit sie von den Leistungserbringern sowie von den Patientinnen und Patienten genutzt und geschätzt werden.

Die wichtigste Neuerung ist ein regionaler sektorenverbindender Bedarfsplanungs- und Zulassungsausschuss. Er steht für ein abgestimmtes, geordnetes Prozedere in der Bedarfsplanung sowie in der Sicherstellung bzw. Zulassung der einzelnen Regionalen ambulant/stationären Verbünde (RASV), die je eine Interimsklinik und die teilnehmende hausärztliche Versorgung umfassen. Der Ausschuss trifft seine Beschlüsse möglichst einvernehmlich. Sollte kein Konsens herstellbar sein, werden die Letztentscheidungskompetenzen aufgrund der jeweiligen Kompetenzen aufgeteilt:

- » auf das Land für die Bedarfsplanung,
- » auf das Land und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die Sicherstellung des jeweils zu verantwortenden Teils der kGÜv und
- » auf die KV und die Krankenkassen für die Zulassung nach Prüfung der Vorgaben (analog zu den bisherigen vertragsärztlichen Zulassungsverfahren).

Mit der Zulassung wird eine staatliche Verpflichtung zur Bereitstellung der notwendigen Errichtungsinvestitionsmittel für die jeweilige Interimsklinik ausgelöst. Dazu wird der Strukturfonds I aufgestockt. Die Zulassung ist an die Einhaltung bundeseinheitlicher Vorgaben geknüpft. Die Betriebskosten der Interimskliniken sind überwiegend leistungsunabhängig über Grundpauschalen und nur mit einem kleineren Anteil durch aufwandsbezogene, leistungsabhängige Tagespauschalen zu vergüten. Der ärztliche Aufwand wird mittels eines Sets von Pauschalen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kompensiert.

Zur weiteren Konkretisierung dieses Zielbildes und der darauf aufbauenden Leitgedanken werden Eckpunkte zur rechtlichen Ausgestaltung im Detail formuliert. Diese orientieren sich an den einschlägigen Gesetzen und geben Hinweise zur Verortung der notwendigen gesetzlichen Änderungen. Die strukturellen, personellen und technischen Voraussetzungen, wie sie in Teil 2 der Expertise entwickelt wurden, werden dabei als Grundlage übernommen. Gegebenenfalls sind sie in untergesetzlichen Regelungen zu normieren.

EINLEITUNG

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen barrierearmen Zugang und ein umfassendes, solidarisch finanziertes Leistungsspektrum für die Patientinnen und Patienten aus. Dies ändert sich zurzeit. Auch bedingt durch die Herausforderungen während und durch die Pandemie sowie aufgrund einer veränderten patientenseitigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen¹ zeigen sich Restriktionen aufgrund beschränkter personeller und materieller Ressourcen, aber auch durch Versäumnisse in der digitalen und strukturellen Weiterentwicklung. Das Beklagen von „Notständen“ in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist fast zur Routine geworden. Zahlreiche Beispiele für öffentlich beklagte Mangellagen aus den letzten Monaten belegen dies. Es betrifft u. a.

- » die pädiatrische Versorgung,²
- » die personelle Situation des Rettungsdienstes,³
- » die pflegerische Ausstattung der Langzeitpflege,⁴
- » die intensivmedizinische Versorgung bei endemischen Infektionserkrankungen,⁵
- » die hausärztliche Versorgung in bestimmten Regionen,⁶
- » den Mangel an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,⁷
- » die Verfügbarkeit von einzelnen Medikamenten⁸ und
- » die prognostizierte Insolvenzwelle der Krankenhäuser⁹.

- 1 Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023): Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren. Pressemitteilung vom 06.03.2023; https://www.observer-mis.de/data/exchange/MONITOR_CHRO/2023-03-06%20WIdO-Bilanz%20Krankenhaus-Fallzahlen%202022.pdf (abgerufen am 04.04.2023)
- 2 Vgl. SpringerPfleger (2022): Notstand in Pädiatrie: Aussetzung der PPUG ist keine Lösung. Pressemitteilung vom 06.12.2022; <https://www.springerpflege.de/kinderkrankenpflege/kinderkrankenpflege/notstand-in-paediatric--aussetzung-der-personaluntergrenzen-ist-/23792782> (abgerufen am 04.04.2023)
- 3 Vgl. zdf.de (12.12.2022): Immer mehr werfen hin – Warnung vor Kollaps des Rettungssystems; <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/rettungsdienste-notfall-deutschland-100.html> (abgerufen am 04.04.2023)
- 4 Vgl. Bayerischer Rundfunk (07.11.2022): Pflegenotstand – Heimschließungen nehmen zu. Beitrag von Richard Padberg; <https://www.br.de/br-fernsehen/sendungen/frankenschau-aktuell/heimschliessungen-nehmen-zu-100.html> (abgerufen am 04.04.2023)
- 5 Vgl. inFranken.de (21.12.2022): Intensivstationen am Limit – Extremer Krankenstand in Kliniken: Notstand oder Panikmache?; <https://www.infranken.de/deutschland/krankenstand-kliniken-notlage-oder-panikmache-art-5607102> (abgerufen am 04.04.2023)
- 6 Vgl. z. B. taz.de (04.03.2023): Unversorgte Patient:innen – Hausärztin, verzweifelt gesucht. Beitrag von Eiken Bruhn; <https://taz.de/Unversorgte-Patientinnen/!5915949/> (abgerufen am 04.04.2023)
- 7 Vgl. Deutschlandfunk Kultur (02.01.2023): Gesundheitsversorgung: Was tun gegen die Personalnot in der Physiotherapie? Beitrag von Anke Petermann; <https://www.deutschlandfunkkultur.de/physiotherapie-personalnot-100.html> (abgerufen am 04.04.2023)
- 8 Vgl. tagesschau.de (16.12.2022): Arzneimittel fehlen – Warum Medikamente knapp sind; <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/medikamentenmangel-101.html> (abgerufen am 04.04.2023)
- 9 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer 2022 – Krankenhaus-Insolvenzwelle rollt an. Pressemitteilung vom 27.12.2022; <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaus-insolvenzwelle-rollt-an/> (abgerufen am 04.04.2023)

Hinzu kommen Kostenentwicklungen und -prognosen, die ein „Weiter so!“ nicht realistisch erscheinen lassen.¹⁰

Dabei stehen dem deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich überdurchschnittliche personelle, strukturelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung,¹¹ die allerdings durch fehlende Flexibilität, Innovationsbereitschaft und Durchlässigkeit der Strukturen nicht effektiv genutzt werden können. Das zergliedert gewachsene Gesundheitswesen hat es versäumt, die Ressourcen nach dem realen Bedarf zu verteilen und patientenorientierte Kooperationsformen effektiv über die Sektorengrenzen hinweg zu entwickeln.

Daher wird zunehmend deutlich, dass nicht nur ein Reformbedarf, sondern ein Reformzwang besteht, zumal die bisherige einfache Lösung („Mehr Geld!“) künftig nicht in gewohnter Weise zur Verfügung stehen wird. Deshalb ist es geboten, Möglichkeiten für eine sinnvolle Neuordnung politisch in Angriff zu nehmen. Der Wille, eine umfassende Krankenhausreform zu initiieren, die Ambulantisierung zu fördern, sektorenverbindende regionale Angebote zu ermöglichen sowie für diese Entwicklung fördernde, neue ökonomische Anreize zu setzen, ist vorhanden. Es bleibt abzuwarten, ob auch die politische Kraft zur Umsetzung gegeben ist.

Eines dieser zurzeit politisch intensiv diskutierten Projekte ist die Notwendigkeit, den Übergang zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung flexibler zu gestalten und der regionalen Behandlung mehr Möglichkeiten einzuräumen. Mindestens 20 Prozent der hausärztlichen Krankenhauseinweisungen benötigen, bei abgesicherter Pflege und Überwachung, keine stationäre Hochleistungsmedizin.¹² Besonders infolge von Krankenhauskonzentrationen im ländlichen Raum, aber auch in sozial benachteiligten urbanen Gebieten, können kurzstationäre Interimskliniken für die Grund- und Übergangsversorgung eine angemessene und patientenfreundliche Behandlung ermöglichen.

Ein derartiges Angebot wird seit acht Jahren politisch unterstützt. 2016 wurde eine solche Versorgungsform erstmals rechtlich aufgegriffen: Mit dem Strukturfonds sollte der Abbau von Krankenhausstrukturen in „nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen“ investiv ermöglicht werden (§ 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]).

10 Die Prognose des Verbands der Ersatzkassen (vdek) sieht das Defizit in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei 30 Milliarden Euro. Vgl. Szent-Ivanyi, T. (24.01.2023): Ausgaben steigen – Krankenkassen erwarten 2024 Rekorddefizit und drastischen Beitragsprung; <https://www.rnd.de/politik/krankenkassenbeitraege-2024-verband-erwartet-rekorddefizit-und-drastischen-beitragssprung-N4MYXRBN5RBD5HJSNHX5AZ6QV4.html> (abgerufen am 04.04.2023)

11 Vgl. bild der wissenschaft (wissenschaft.de) (07.04.2022): Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich; <https://www.wissenschaft.de/gesundheit-medizin/das-deutsche-gesundheitssystem-im-europaeischen-vergleich/> (abgerufen am 04.04.2023)

12 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hg.) und Gruhl, M. (2023): Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland – Teil 2: Fachlicher Bedarf, Struktur und systemische Einordnung, S. 32; <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/kurzstationaere-grund-und-uebergangsversorgung-in-deutschland-teil-2> (abgerufen am 04.04.2023)

In der letzten Zeit hat das Interesse an einer kurzstationären Versorgung merklich zugenommen:

- » Der Koalitionsvertrag fordert die kurzstationäre Versorgung in Gesundheitszentren.¹³
- » Das Land Niedersachsen hat in seinem jüngst verabschiedeten Krankenhausgesetz den Aufbau von Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) mit bettenführenden Einheiten vorgegeben.¹⁴
- » Der Innovationsfonds hat einen Antrag u. a. der AOK Rheinland/Hamburg für vier „sektorenübergreifende kurzstationäre allgemeinmedizinisch orientierte Versorgungsmodelle“ genehmigt.¹⁵
- » Im Zusammenhang mit der anstehenden Krankenhausreform haben prominente Fürsprecherinnen und Fürsprecher aus Landesministerien und Institutionen des Gesundheitswesens sowie der Wissenschaft für kurzstationäre Einrichtungen geworben.¹⁶
- » Die Regierungskommission bestätigte in ihrer Dritten Stellungnahme den Versorgungsbedarf für eine intermediäre Versorgung („Level II – integrierte ambulante/stationäre Grundversorgung“).¹⁷
- » Die Bund-Länder-Gruppe zur Umsetzung einer Krankenhausreform hat ihre Beratungen für die Umsetzung der kurzstationären Level-II-Versorgung Ende Februar 2023 aufgenommen mit dem Ziel, dieses neue Angebot zeitnah gesetzlich zu implementieren.¹⁸

13 Vgl. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. S. 66; https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (abgerufen am 04.04.2023)

14 Vgl. Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt (05.07.2022): Gesetz zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes, § 2 Abs. 2. S. 376; https://www.niedersachsen.de/politik_staat/gesetze_verordnungen_und_sonstige_vorschriften/verkundungsblätter_vorjahre/verkundungsblätter_vorjahre/niedersächsisches-gesetz-und-verordnungsblatt-2022-219286.html (abgerufen am 04.04.2023)

15 Vgl. AOK Rheinland/Hamburg (2022): Neue Wege in der Klinikversorgung: Wohnortnahe Rund-um-Behandlung verringert Notfallaufnahmen insbesondere bei älteren Menschen. Pressemitteilung vom 18.11.2022; https://www.aok.de/pk/cl/fileadmin/user_upload/AOK-Rheinland-Hamburg/07-Press/Dokumente/Pressemitteilungen/49_PM_StatAMed_AOKRH_HH_final.pdf (abgerufen am 04.04.2023)

16 Vgl. z. B. www.aerzteblatt.de/nachrichten/138627/Holetschek-kritisiert-Plaene-fuer-Tagespauschalen (abgerufen am 04.04.2023) und www.aerztezeitung.de/Nachrichten/GMK-Vorsitzender-Lucha-Qualitaetgeht-bei-Kliniken-vor-Naehe-436224.html (abgerufen am 04.04.2023)

17 Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, 06.12.2022; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf (abgerufen am 04.04.2023)

18 Persönliche Mitteilung

INITIATIVE DER BERTELSMANN STIFTUNG

Die Bertelsmann Stiftung hat es seit Mitte des vergangenen Jahres übernommen, die vielfältigen und unterschiedlichen Vorstellungen zu dieser neuen ambulanten/stationären Intermediärversorgung systematisch aufzuarbeiten, realistische Rahmenbedingungen zu formulieren und einen bestmöglichen, pragmatischen und machbaren Vorschlag zur Implementierung der kurzstationären Versorgung zu präsentieren.

In **Teil 1** der dreiteiligen Expertise wurden im November 2022 17 etablierte, gescheiterte oder geplante Modelle der kurzstationären Versorgung an 24 Standorten in Deutschland zusammengetragen und analysiert.¹⁹ Das Ergebnis ist ernüchternd: „Von den Projekten, der Selbstverwaltung oder auch den Genehmigungsbehörden werden die fehlenden bzw. inkompatiblen rechtlichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen immer wieder als Grund angeführt, dass Modelle für eine kGÜv nicht oder nur unter grenzwertigen Bedingungen innerhalb der Regelversorgung umsetzbar sind.“²⁰

In **Teil 2** der Ausarbeitung hat sich die Bertelsmann Stiftung mit namhaften Praktikerinnen und Praktikern sowie Kennerinnen und Kennern der Versorgung über die notwendigen personellen, strukturellen und sächlichen Voraussetzungen solcher kurzstationären Behandlungsformen ausgetauscht. Einhellig wurde der Bedarf für eine intermediäre Versorgung bestätigt und insbesondere für Personen mit eingeschränkter Autonomie hervorgehoben. Das Ergebnis wurde Anfang Januar veröffentlicht.²¹

Auf der Grundlage dieses Expertenaustausches konnten die Rahmenbedingungen für eine kurzstationäre Versorgung konkretisiert werden. Die Ergebnisse lauten zusammengefasst:

19 Bertelsmann Stiftung (Hg.) und Gruhl, M. (2022): Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland – Teil 1: Zusammenstellung der realisierten, geplanten und gescheiterten Modelle; <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/kurzstationaere-grund-und-uebergangsversorgung-in-deutschland> (abgerufen am 04.04.2023)

20 Ebd., S. 33

21 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), a. a. O.

Strukturelle und personelle Rahmenbedingungen von Interimskliniken der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv)

EINORDNUNG IN DIE VERSORGUNGLANDSCHAFT

Teil eines regionalen Netzwerks: Anbindung an die hausärztliche Versorgung, Kooperation mit den kommunalen pflegerischen Diensten sowie relevanten bürgerschaftlichen Initiativen vor Ort

LOKALISATION

Vorrangig für den krankenhausfernen ländlichen Raum (z. B. als partielle Kompensation bei einer Krankenhauskonzentration), auch für sozial benachteiligte städtische Regionen mit hoher Krankheitslast

LEISTUNGSSPEKTRUM

- » Krankenhausersetzend: Vermeidung von Krankenseinweisungen bei minderschweren Erkrankungen, die aus hausärztlicher Sicht mit stationärer pflegerischer und gesundheitsaktivierender Präsenz vor Ort behandelt werden können
- » Krankenhauserlastend: Vorzeitige Rückverlegung bei weitgehend abgeschlossener ärztlicher stationärer Intervention, wenn anschließende stationäre Behandlung durch Interimsklinik unter hausärztlicher Begleitung möglich ist

LEISTUNGEN

- » Hausärztliche Therapievorgabe und Begleitung
- » 24/7 Pflege und Überwachung durch Pflegefachkräfte
- » Gesundheitstherapeutische Leistungen
- » Case Management mit Vernetzung im lokalen Netzwerk
- » Tägliche Video-„Visite“ der beteiligten Professionen

GRÖSSE DER INTERIMSKLINIK

Ca. 15 Betten (Mindestgröße)

BEHANDLUNGSDAUER

Kurzstationär (3–5 Tage)

PERSONALAUSSTATTUNG

In der Einrichtung beschäftigt:

- » Pflegefachkräfte, teilweise mit akademischer Grund- oder Zusatzausbildung
- » Sozialarbeit inkl. Case Management
- » Gesundheitstherapeutische Berufe mit festem Stundenkontingent (ggf. externe Kräfte aus dem ambulanten Bereich)

Kein eigenes ärztliches Personal, aber vertraglich eingebundene hausärztliche Kompetenz sowie spezialfachärztliche Konsiliarleistungen

LEITUNG

Besonders qualifizierte Pflegefachkräfte, ggf. mit administrativer Unterstützung

APPARATIVE AUSSTATTUNG

- » Kardiales Monitoring
- » Sauerstoffversorgung
- » Point-of-Care-Labordiagnostik
- » Ultraschall
- » Erweiterte Notfallausrüstung (inkl. Defibrillator)

RÄUMLICHE BZW. DIGITALE VORAUSSETZUNGEN

- » Behandlungsraum für kleine Eingriffe (Punktionen, Wundversorgung)
- » Video-Konsultationsmöglichkeiten mobil / am Bett mit den zuweisenden Krankenhäusern und den beteiligten Hausärztinnen und -ärzten sowie den Konsiliarärztinnen und -ärzten
- » Digitale Dokumentation, ggf. gemeinsam mit den beteiligten Hausärztinnen und -ärzten

Offen blieb, wie ein solches intermediäres Versorgungsangebot rechtlich und ökonomisch abgesichert werden kann. Die bisher analysierten Pro- und Kontra-Positionen hinsichtlich der Verankerung in der stationären, ambulanten bzw. pflegerischen (SGB XI) Versorgung wurden auf der Grundlage des zweiten Teils der Expertise synoptisch zusammengefasst:

Pro- und Kontra-Argumente im Hinblick auf die Einbindung in die unterschiedlichen Versorgungssysteme

DIE KURZSTATIONÄRE GRUND- UND ÜBERGANGSVERSORGUNG (KGÜV) ALS TEIL DER STATIONÄREN VERSORGUNG

PRO

Nach § 107 Sozialgesetzbuch (SGB) V ist jede Versorgungseinheit, in der „Patienten untergebracht und gepflegt werden können“, grundsätzlich ein Krankenhaus. Demnach sind Interimskliniken der KGÜV als bettenführende Einheiten rechtlich als Krankenhäuser zu betrachten.

Faktisch sollen überwiegend bestehende Krankenhäuser in Interimskliniken umgewandelt werden. Die bisherigen Häuser waren im jeweiligen Krankenhausplan ausgewiesen. Bei einer Umwandlung kann das reduzierte Bettenangebot im Plan verbleiben. Interimskliniken können als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V Planbetten vorweisen und haben Anspruch auf Förderung und Vergütung.

Als ausgelagerte Betriebsstätten könnten weitgehend die Ressourcen (z. B. Administration, Beauftragtenwesen, Verhandlungen mit Kostenträgern, spezielle fachliche Kompetenzen) des jeweiligen „Mutterhauses“ genutzt werden.

Eine Investitionsfinanzierung ist bei Umwandlung bestehender stationärer Strukturen über den Strukturfonds nach § 12 KHG vorgesehen.

Der größte Teil der Personalkosten (Kosten für Pflegefachkräfte) wird über das Pflegebudget leistungsunabhängig finanziert.

UNKLAR

Die Möglichkeiten des § 39c SGB V (Kurzzeitpflege) bzw. § 39e SGB V (Übergangspflege) könnten für die KGÜV genutzt werden. Die augenblicklichen untergesetzlichen Rahmenbedingungen geben dies allerdings (noch) nicht her.

Die Regierungskommission will die Level-I-Kliniken der intermediären Versorgung vorrangig im Krankenhaussektor eingliedern. Sie schlägt einen gesonderten Planungs- und Finanzierungsrahmen – „Harmonisierung der Planungsebenen“, „sachgerecht kalkulierte degressive Tagespauschalen (Tagessätze)“ – vor.

KONTRA

§ 107 SGB V gibt eine ärztliche Leitung für Krankenhäuser vor. In den Interimskliniken wird jedoch eine pflegerische Leitung als sachgerecht angesehen.

Als eigenständiges Krankenhaus (mit 15 Betten) können Interimskliniken aufgrund der zahlreichen aufwendigen Strukturanforderungen für eine stationäre Versorgung nicht betrieben werden.

Interimskliniken sind darauf ausgerichtet, als Ergänzung zur ambulanten Versorgung in die jeweiligen ambulanten Strukturen vor Ort eingebettet zu sein. Eine solche Integration ist von Krankenhäusern kaum zu leisten.

Hausärztliche Ressourcen sind in der Krankenhausmedizin nicht vorhanden. Die pflegerische, gesundheitstherapeutische und ärztliche Versorgung würde im Falle der Einbindung in die Kran-

kenhausstrukturen vom Krankenhaus geleistet. Dies entspricht nicht der hausärztlichen, ambulanten und regionalen Ausrichtung der kGÜv.

II • DIE KURZSTATIONÄRE GRUND- UND ÜBERGANGSVERSORGUNG (KGÜV) ALS TEIL DER AMBULANTEN VERSORGUNG

PRO

Die medizinisch-fachliche Nähe, die Nutzung von ambulanten Strukturen und die Integration in das örtliche gesundheitlich-pflegerische und soziale Netzwerk bieten die ambulante Versorgung als Ausgangspunkt für die kGÜv an.

Ohne eine hausärztliche/ambulante Einbindung sind die Erwartungen an die kGÜv nicht zu erfüllen.

Informationsdefizite und Systembrüche können verhindert werden.

Die primärmedizinische Versorgung und die regionale Ausrichtung des Gesundheitswesens werden gestärkt und aufgewertet.

UNKLAR

Nutzung des Belegarztwesens: Die gegebene Ausgestaltung des Belegarztwesens eignet sich nicht für eine kGÜv. Die belegärztliche Tätigkeit ist an ausgewiesene Planbetten und die weiteren Vorgaben des Krankenhausplanes gebunden. Hausärztliche Belegungen sind nicht vorgesehen.

Eignung von Praxiskliniken: Praxiskliniken haben sich in Deutschland aufgrund der fehlenden oder untauglichen Rahmenbedingungen nicht durchgesetzt. Soweit vorhanden, sind sie meist im urbanen Raum etabliert und überwiegend operativ tätig.

Beide Versorgungsformen sind nicht spezifisch auf das Leistungsspektrum der kGÜv ausgerichtet.

KONTRA

Finanzierungsmöglichkeiten für die stationären Leistungen der kGÜv sind im ambulanten System nicht vorgesehen. Der EBM ist auf die ambulante Leistungserbringung ausgerichtet, die zusätzlichen (vertragsärztlichen) Leistungen im stationären Setting sind nicht abgebildet bzw. nicht kostendeckend.

Selektivvertragliche Modelle sind nicht für die kurzstationären Leistungen geeignet, da sie nicht kassenübergreifend genutzt werden und daher eine abzulehnende Patientenselektion stattfinden müsste.

III • DIE KURZSTATIONÄRE GRUND- UND ÜBERGANGSVERSORGUNG (KGÜV) ALS TEIL DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNG GEMÄSS SGB XI

PRO

Die flächendeckende Versorgung mit den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen nach SGB XI ist, auch in ländlichen Regionen, gewährleistet.

Neben der stationären Langzeitversorgung stehen Angebote der Kurzzeitpflege, der Tagesbetreuung und, wenn auch nur selten angeboten, der Nachtpflege zur Verfügung – und damit eine differenzierte Angebotspalette.

Eine professionelle pflegerische Versorgung, die auch die Behandlungspflege umfasst, ist vorhanden.

Die Einheiten werden pflegerisch geleitet, was dem Anforderungsprofil für Interimskliniken der Expertenrunde entspricht.

Es gibt eine eingespielte und rechtlich abgesicherte (haus-)ärztliche Versorgung aus der jeweiligen Umgebung. § 119b SGB V optimiert zusätzlich die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit durch den verpflichtenden Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen geeigneten Vertragsärztinnen und -ärzten und einer Pflegeeinrichtung. Zusätzlich zur freien Arztwahl für die Klientinnen und Klienten der Pflegeeinrichtungen besteht damit eine abgesicherte hausärztliche Versorgung, an die für die kGÜv angeknüpft werden könnte.

UNKLAR

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht immer für die Integration einer kGÜv geeignet. Im Vergleich zur Langzeitpflege könnten Kurzzeitpflegeeinrichtungen eher als mögliche Partner der kGÜv infrage kommen, da diese, ähnlich wie in der kGÜv, großen Wert auf eine aktivierende und gesundheitsstärkende Pflege legen. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind jedoch nicht flächendeckend vorhanden.

KONTRA

Die Qualität der pflegerischen Versorgung entspricht (noch) nicht den beschriebenen erweiterten Anforderungen an die Pflege in der kGÜv.

Die Einrichtungen der Pflege nach SGB XI dürfen bisher nur Patientinnen und Patienten mit einem Pflegegrad 2 und höher aufnehmen. Eine bereits bestätigte Pflegegradeinstufung ist bei den Patientinnen und Patienten der kGÜv jedoch nicht durchgängig zu erwarten.

Der Eigenanteil für Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen ist beträchtlich höher als in Krankenhäusern bzw. in der ambulanten Versorgung.

Von den Expertinnen und Experten wird darauf hingewiesen, dass die stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund von Personalnot und dem gegebenen Qualifizierungsmix zurzeit kaum Potenziale für ein erweitertes Leistungsspektrum bereitstellen können.

Die Behandlungspflege in den Pflegeeinrichtungen hat nur einen begrenzten fachlichen Hintergrund.

Zusammenfassend wurde in Teil 2 der Expertise konstatiert, dass aufgrund der gegebenen Bedingungen rechtlich und abrechnungstechnisch eine Verortung der kGÜv im Krankensektor naheliegend wäre. Fachlich spricht jedoch vieles dafür, sie in den ambulanten Sektor einzugliedern. Strukturell und organisatorisch bietet sich die Integration in den bestehenden stationären Pflege-sektor nach SGB XI an. Eine Entscheidung über Ort, Art und Form einer Implementation wurde noch nicht getroffen.²²

22 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2022), a. a. O., S. 57

VORSTELLUNG DER BETEILIGTEN INTERVIEWPARTNERINNEN UND -PARTNER

Daher bedarf es einer weitergehenden detaillierten Bewertung, wie diese neue ambulante/stationäre Versorgungsform in die bestehenden rechtlichen und ökonomischen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens integriert werden kann.

In Teil 3 der Expertise werden diese unterschiedlichen Optionen für eine kGÜv diskutiert und daraus die fachlich geeigneten Möglichkeiten entwickelt, die die besten Chancen auf eine politische Implementierung haben. Der notwendige rechtliche Änderungsbedarf soll vor einer grundlegenden Strukturreform geklärt sein, um mit dem Angebot einer kGÜv besonders im stationären Sektor kompensatorische Spielräume zu eröffnen.

Erneut konnte die Bertelsmann Stiftung Gesprächspartnerinnen und -partner gewinnen, die vor dem Hintergrund ihrer maßgeblichen und systemrelevanten Verantwortung bzw. ihrer anerkannten wissenschaftlichen Expertise eine exzellente Einordnung dieses neuen Angebotes einbringen konnten.

Die Inhalte des nun vorliegenden dritten Teils der Expertise stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jeder interviewten Person dar. Die Gesprächspartnerinnen und -partner haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die Bertelsmann Stiftung dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement.

LISTE DER INTERVIEWPARTNERINNEN UND -PARTNER (IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE)

- » **Ursula Claaßen**, Leiterin der Abteilung „Gesundheit“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern
- » **Dr. Janosch Dahmen**, Mitglied des Deutschen Bundestages, Sprecher für Gesundheitspolitik, (Ordentliches) Mitglied im Ausschuss für Gesundheit
- » **Dr. Martin Danner**, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V.), Sprecher der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss
- » **Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

- » **Dr. Stephan Hofmeister**, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
- » **Marco Kellerhof**, Leiter der Abteilung „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung, Gesundheitsberufe und Senioren“ der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg
- » **Franz Knieps**, Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbandes
- » **Matthias Mohrmann**, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg (zusammen mit **Dr. Sibel Altin**, Leiterin Abteilung „Versorgungsinnovationen“ der AOK Rheinland/Hamburg)
- » **Prof. Dr. Heinz Rothgang**, Leiter der Abteilung „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen
- » **Prof. Dr. Jonas Schreyögg**, Inhaber der Professur „Management im Gesundheitswesen“ an der Universität Hamburg, wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
- » **Dr. h. c. Andreas Westerfellhaus**, ehemaliger Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege und Präsident des Deutschen Pflgerates (DPR), Staatssekretär a. D.
- » **Michael Zaske**, Leiter der Abteilung „Gesundheit“ im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

Die Interviews wurden von Januar bis Anfang März 2023 geführt.

Alle interviewten Personen betonen einvernehmlich die Notwendigkeit, eine kGÜv in die gesundheitliche Versorgung in Deutschland einzugliedern. Die dafür in Teil 2 der Expertise der Bertelsmann Stiftung beschriebenen Rahmenbedingungen wurden als geeignete Grundlage für eine Umsetzung begrüßt.

Mit einzelnen Gesprächspartnerinnen und -partnern wurden rückblickend einige Ergänzungen und Klarstellungen der beschriebenen Rahmenbedingungen diskutiert:

- » Die Rahmenbedingungen sollen an die jeweiligen regionalen Situationen anpassbar sein.²³
- » Die heute bereits bestehende Möglichkeit, hausärztlicherseits ambulante Krankenpflege und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die entsprechenden Erkrankungen zu nutzen, wird bislang zu selten wahrgenommen. Sie sind oft nicht kurzfristig verfügbar.
- » Die vorgeschlagene Verweildauer mit drei bis fünf Tagen wird diskutiert.²⁴
- » Zumindest in einer Übergangszeit könnte ärztliche Kompetenz aus ehemaligen Krankenhäusern in der Interimsklinik verbleiben.²⁵
- » Die in Teil 2 erwähnte Rückverlegungsmöglichkeit aus wohnortfernen Krankenhäusern bezieht sich auf alle Versorgungsstufen der stationären Versorgung.²⁶

23 Auf die Bedeutung der regionalen Gegebenheiten wird im Kapitel „Zielbild und Leitgedanken“ vertieft eingegangen.

24 Bei einer durchschnittlichen stationären Verweildauer zwischen sieben und acht Tagen erscheint eine Aufenthaltsdauer von bis zu fünf Tagen für die kurzstationäre Versorgung lang. Man sollte aber berücksichtigen, dass es sich bei den Patientinnen und Patienten der Interimsklinken überwiegend um multimorbide und ältere Personen handeln wird, deren Aufenthaltsdauer auch im Krankenhaus überdurchschnittlich hoch ist.

25 Siehe dazu Leitgedanke L 6, S. 25

26 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), a. a. O., S. 37. In Abbildung 5 wird auf „überregionale Krankenhäuser“ verwiesen. Das Adjektiv ist räumlich, nicht qualitativ zu interpretieren.

EXKURS: KOMMENTIERUNG DER VORSCHLÄGE DER REGIERUNGSKOMMISSION ZUR LEVEL-II-VERSORGUNG

Anfang Dezember 2022, also zeitlich parallel zu den Ausarbeitungen der Bertelsmann Stiftung, legte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eine Dritte Stellungnahme und Empfehlung zur „Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“ vor, in der sie nicht nur eine veränderte Vergütung, sondern auch eine grundlegende Neuordnung der Krankenhauslandschaft entwickelte. Unter anderem werden statt der bisher in vielen Ländern vorgegebenen drei Versorgungstufen fünf „Levels“ mit unterschiedlicher Versorgungstiefe entwickelt. Als Eingangsstufe empfiehlt die Kommission eine integrierte ambulant/stationäre Versorgung (Level II). Sie begründete die Notwendigkeit für diese neue Versorgungsform mit den Erfahrungen aus Modellprojekten, die nach Ansicht der Kommission belegt hätten, „dass ambulante und stationäre Versorgung eng miteinander verzahnt werden können und eine neue Form der ambulant/stationären Krankenhausbehandlung erbracht werden kann“²⁷. Angaben, auf welche Modellprojekte sich die Kommission bezieht, werden nicht gemacht. Bekanntlich wurden in Teil 1 der Expertise der Bertelsmann Stiftung die bisherigen Erfahrungen von 17 Modellen an 24 Standorten ausgewertet. Das Fazit fiel wenig optimistisch aus: Die Modellprojekte konnten aufgrund der Rahmenbedingungen nicht Erfolg versprechend umgesetzt werden.

Neben einer stationären Grundversorgung mit Notfallversorgung (Level I) soll als Basisstufe eine integrierte Level-II-Versorgung besonders in strukturschwachen Gebieten angeboten werden.

Die Kommission begründet diese Versorgungsform mit

- » der demografisch bedingten „steigenden Krankheitslast der Bevölkerung“,
- » der notwendigen Förderung einer interdisziplinären Medizin,
- » dem zunehmenden Fachkräftemangel,
- » einem Wandel des Wunschs der Berufsausübung der jüngeren Generation,
- » der Notwendigkeit, dafür einen Raum für berufliche Weiterentwicklung anzubieten,
- » der damit einhergehenden Herausforderungen der Versorgung und
- » mit dem Zusammenwachsen der Sektoren.²⁸

²⁷ Regierungskommission (2022), a.a.O., S. 12

²⁸ Vgl. ebd., S. 13 und 14

Die Kommission führt diese Argumente nicht weiter aus. Sie sieht in der Level-Ii-Versorgung eine Schlüsselrolle für eine künftige sektorenübergreifende und interdisziplinäre Gesundheitsversorgung.²⁹

Die Kliniken sollen „wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten“³⁰ verbinden. Im Gleichklang mit Teil 2 der Expertise sieht die Kommission die Notwendigkeit, eine krankenhauseretzende Option („Beobachtung und Basis-therapie“) sowie eine krankenhauserentlastende Aufgabe („Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung“) in diese Versorgungsstufe zu integrieren.³¹

Die Kommission stimmt gleichfalls mit dem Vorschlag der Bertelsmann Stiftung überein, die Leitung der stationären Einheit qualifiziertem Pflegefachpersonal mit Zusatzweiterbildung zu übertragen.³² Dazu fordert die Kommission eine gesetzliche Regelung zur Klärung der Behandlungskompetenz durch Pflegepersonal. In Teil 2 der Expertise der Bertelsmann Stiftung wird dagegen keine zusätzliche gesetzliche Lösung für notwendig erachtet.³³ Stattdessen sollen in Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften „Entscheidungskorridore“ vorgegeben werden, die der Pflege eine eigene Handlungskompetenz in der medizinischen Überwachung eröffnet. Wenn dieser Spielraum überschritten wird, endet die pflegerische Verantwortung. Beispielsweise ist dann ärztlicher Rat einzuholen oder eine Einweisung in das Krankenhaus zu veranlassen. Diese Maßnahmen werden in der ärztlichen Therapievorgabe bei Einweisung in die Interimsklinik patientenbezogen festzulegen sein.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen den Vorstellungen der Regierungskommission und der Bertelsmann Stiftung findet sich in der Forderung, diese neue Versorgungsform flexibel an die regionalen Gegebenheiten anzupassen, z. B. als „regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten“³⁴.

Die Akutpflegebetten sollen dabei nicht in Fachabteilungen differenziert werden.

Um dem Ziel einer gemeinsamen ambulanten und stationären Versorgung näher zu kommen, schlägt die Kommission eine „Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente“ für die Level-Ii-Versorgung vor. Dafür sollen regionale, paritätisch besetzte Gremien „unter Beteiligung der Länder“³⁵ verantwortlich sein.

Das Konstrukt der „paritätisch besetzten Gremien“ wird nicht weiter ausgeführt. Es bleibt insofern unklar, wie die genauen Abläufe und Strukturen ausgestaltet werden sollen. Bisher sind paritätisch besetzte Konstrukte bei den Zulassungs- und (erweiterten) Landesausschüssen nach den §§ 90, 96 und 116b Abs. 2 SGB V etabliert. Ob diese Form der Zusammenarbeit weitergeführt werden soll, wird nicht erläutert. Die Kommission betont besonders den regionalen Charakter dieser neuen Versorgungsform, so auch durch die Notwendigkeit der Einbindung der vertragsärztlichen Versorgung und der Kliniken. Wie diese regionale Bedeutung sich im Planungsgremium abbilden soll, bleibt unklar. Die Beteiligung von kommunalen Gebietskörperschaften scheint nicht beabsichtigt zu sein.

29 Vgl. ebd., S. 31

30 Ebd., S. 13

31 Vgl. ebd., S. 13

32 Vgl. ebd., S. 13

33 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), a. a. O., S. 36, 39 und 41

34 Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 13

35 Ebd., S. 14

Es wird nur eine „Beteiligung der Länder“³⁶ erwähnt. Demnach wird den Ländern keine gleichwertige Mitsprache zugestanden. Wie dies mit der geplanten Einbindung von stationären Leistungen – die bekanntlich die Länder zu verantworten haben – zusammengeführt werden soll, bleibt undeutlich. Gleiches gilt für die Formulierung einer „Harmonisierung der Planungsebenen“³⁷ zwischen der ambulanten und der stationären Planung.

Neben der Frage der Beteiligung an Entscheidungsgremien ist die Konfliktlösung von entscheidender Bedeutung. Dazu erfolgt keine Festlegung durch die Kommission.

Für alle Versorgungsebenen empfiehlt die Regierungskommission Mindeststrukturvorgaben. Für die ambulant/stationäre Versorgung (Level II) schlägt die Kommission vor:

- » „Innere Medizin und/oder Chirurgie muss gewährleistet sein.
- » Schwerpunkt amb. med. Leistungen, weitere Fachdisziplinen möglich.
- » Zwingend Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungsordnung.
- » Sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten erwünscht.“³⁸
- » „Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungsordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege.
- » Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. Advanced Nursing Practitioners mit entsprechender gesetzlicher Regelung. [...]
- » Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen.
- » Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst [...].
- » Sozialdienst.“³⁹

Nicht weiter erläutert wird die Forderung, eine eigenständige internistische und chirurgische Mindestbesetzung für die stationären Anteile der ambulant/stationären Versorgung vorzusehen. Es bleibt offen, welche chirurgisch-fachärztlichen Leistungen in dieser neuen Versorgungsstufe abgedeckt werden, die ohne Notfallversorgung, Operationsräume oder Anästhesie erbracht werden können. Kleine ländliche Krankenhäuser haben schon heute große Schwierigkeiten, fachärztliches Personal zu gewinnen. Bei einem weiter reduzierten Leistungsportfolio wird die Attraktivität sich zunehmend verschlechtern. Bei der Forderung nach einer internistisch-fachärztlichen Besetzung ist zu hinterfragen, ob dies nicht die Gefahr einer fachlichen Überschneidung zu der hausärztlich-internistischen ambulanten Versorgung provozieren kann. Ob in der stationären Einheit eigenes fachärztliches Personal vorgehalten oder die ärztliche Komponente allein aus der Vertragsärzteschaft gestellt werden soll, wird im Weiteren eingehend diskutiert.⁴⁰

In Bezug auf die sächliche, personelle und technische Ausstattung der Level-II-Versorgung besteht weitgehender Konsens mit den Vorstellungen der Bertelsmann Stiftung.⁴¹ Allein die Vorhaltung einer Röntgeneinrichtung wird von der Expertise der Bertelsmann Stiftung kritisch eingeschätzt, da damit zusätzliche personelle Vorhaltungen zwingend geboten sind.

36 Ebd., S. 14

37 Ebd., S. 14

38 Ebd., S. 15

39 Ebd., S. 16

40 Siehe Leitgedanke L 6, S. 25

41 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), a. a. O., S. 33

Zur Finanzierung der Betriebskosten macht die Kommission folgende Aussagen:

- » „Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege.
- » Abrechnung der ärztlichen Leistungen:
 - a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und
 - b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung.
- » Damit erhalten Level-Ii-Kliniken keine Vorhaltung und auch kein Pflegebudget. Beides wird durch die Tagespauschalen ersetzt, innerhalb derer ein erheblicher Teil auf die Pflegekosten entfällt.“⁴²

Auf diese Überlegungen wird in dieser Expertise einzugehen sein.⁴³ Die Finanzierung von Investitionskosten wird von der Regierungskommission nicht angesprochen.

Die Regierungskommission hat die Notwendigkeit einer ambulant/stationären Grund- und Übergangsversorgung erkannt und ihre Umsetzung eingefordert. Das Modell weist Parallelen zu den Vorschlägen der Bertelsmann Stiftung auf, die im Vorfeld der Dritten Stellungnahme entwickelt wurden. Die Kommission skizziert ihre Vorstellungen ohne weitergehende Erläuterungen.

Diesen von der Regierungskommission eröffneten Gestaltungsspielraum gilt es im Weiteren zu füllen.

42 Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 16

43 Siehe Leitgedanke L17, S. 33

ZIELBILD UND LEITGEDANKEN

Unter besonderer Würdigung der Diskussionen mit den Interviewpartnerinnen und -partnern, aufbauend auf den Ergebnissen der Teile 1 und 2 der Expertise und unter Einarbeitung der aktuellen fachpolitischen Debatte werden im Folgenden ein Zielbild und die Leitgedanken L 1 bis L 20 für die rechtliche Implementation der kGÜv entwickelt. Darin sollen die handlungsleitenden Gedanken für eine rechtliche Implementierung beschrieben werden.

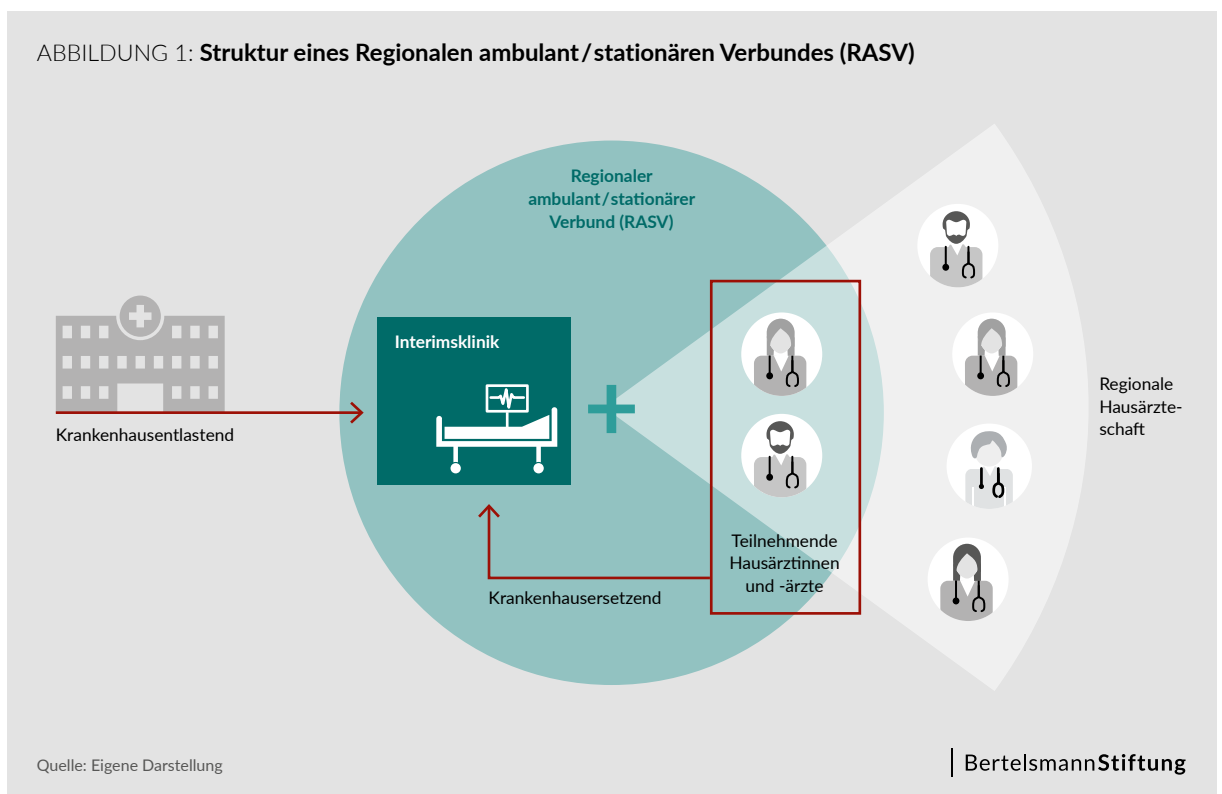
In einem weiteren Konkretisierungsschritt werden die Leitgedanken anschließend in gesetzesbezogene Eckpunkte (E 1 – E 27) überführt. Damit wird eine Einordnung des Gewollten in die Systematik des Sozialgesetzbuches (hauptsächlich in das SGB V, das KHG und das Krankenhausentgeltgesetz [KHEntgG]) vorgenommen. Dies kann zur Formulierung eines Gesetzentwurfes genutzt werden.

L 1 Definitionen

Die regionale hausärztliche kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) bedarf einerseits einer Beteiligung aus der jeweiligen regionalen Hausärzteschaft sowie andererseits einer betrieblühenden Einheit, die als Interimsklinik bezeichnet wird. Beide Anteile bilden vertraglich und organisatorisch einen Regionalen ambulant/stationären Verbund (RASV).

L 2 Berücksichtigung regionaler Unterschiede der Versorgung

Es wird keine „One-fits-all-Lösung“ für eine kGÜv in Deutschland geben. Dafür sind je nach örtlicher/regionaler Gegebenheit die Voraussetzungen zu unterschiedlich. In urbanen Gebieten mit einem hohen Angebot von stationären Leistungen und vielfältigen gesundheitsfachlichen und pflegerischen Unterstützungsangeboten werden beispielsweise Rückverlegungen zur Wiedereingliederung in die ambulante Versorgung eine geringere Bedeutung haben als in ländlichen Gebieten mit einer ausgedünnten und räumlich entfernten stationären Versorgung. Gegebenenfalls wird es sich aus baulichen Gründen anbieten, die stationäre Behandlungspflege und Überwachung direkt in ein regionales Gesundheitszentrum zu integrieren – ohne die Immobilie und den Bezug zu einem bestehenden oder ehemaligen Krankenhaus zu nutzen.



Andernorts können sich (ehemalige) Krankenhausstandorte als Interimskliniken anbieten und von anderen Krankenhäusern als Dependancen in Anlehnung an das Konzept der Portalkliniken⁴⁴ betrieben werden. Es ist ebenso denkbar, dass ein Krankenhausträger eines anderen Planungsgebietes lokal ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gründet und dieses auch hausärztlich ausgerichtete MVZ kurzstationäre Leistungen vorhält.

Eine andere regionale Besonderheit mag sich auf die lokale Angebotsstruktur der Langzeitpflege ausrichten. Hier besteht ggf. die Bereitschaft einer Kurzzeit- oder Langzeitpflegeeinrichtung zu einer Kooperation mit dem vertragsärztlich-hausärztlichen Sektor und hinsichtlich der Möglichkeit, an oder in der Pflegeeinrichtung ein kurzstationäres Angebot zu betreiben. Als Nebeneffekt wäre die hausärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner besser abgesichert.

Die Variationsbreite der regionalen Ausgestaltungsoptionen spricht daher bei der rechtlichen Ausgestaltung dafür, insbesondere bei den Interimskliniken keine einseitige Vorfestlegung zu treffen, sondern eine breite Palette von denkbaren Optionen zu ermöglichen.

44 Vgl. Bahr, T. M., Walberer, P., und Albert, K. (2018): Portalkliniken als optionale Zugänge der Krankenhäuser zu kollektiv- und selektivvertraglichen Versorgungsformen. In: Hartweg, H.-R., Proff, M., Elsner, C., et al. (Hg.): Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern. S. 91 ff., Springer Gabler, Wiesbaden; https://doi.org/10.1007/978-3-658-17350-0_6 (abgerufen am 04.04.2023)

L3 Ausgleich und Fairness zwischen den beteiligten Akteuren/Institutionen

Es ist die größte Herausforderung für eine neue sektorenverbindende Gesundheitsversorgung, die bisherigen Tendenzen der starren Abgrenzung und des gegenseitigen Misstrauens zu überwinden. Dies betrifft vor allem das Verhältnis der für die jeweiligen Bereiche zuständigen Institutionen. Es ist strikt darauf zu achten, kein neues System zu etablieren, in dem die eine Partnerin oder der eine Partner das Gefühl hat, zulasten der anderen Partnerinnen und Partner zu „verlieren“ bzw. von diesen dominiert zu werden. Dies gilt im Besonderen für die systemisch relevanten Fragen der Bedarfsplanung, der Sicherstellung, der Zulassung und der Finanzierung. Ohne eine neue Vertrauenskultur in der Kooperation, die auch die Interessen und bestehenden Kompetenzen der anderen Partnerinnen und Partner akzeptiert, kann schwerlich eine neue gelebte Praxis der Zusammenarbeit entstehen. Ein fairer Ausgleich zwischen den jeweiligen institutionellen Kompetenzen ist zu beachten.

L4 Verankerung in der ambulanten oder in der stationären Versorgung?

Ziel der kGÜv ist die Stärkung der ambulanten Versorgung und der Ausbau der sektorenverbindenden regionalen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung. Wie ausführlich in Teil 2 der Expertise dargelegt, steht dabei die Erweiterung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Vordergrund:

- » einerseits, da die bisherige stationäre Versorgung künftig nicht mehr in gleicher Weise aufrechtzuerhalten ist,
- » andererseits, um aus Sicht der Patientinnen und Patienten die bekannte und vertraute Einbindung in ihre regionalen gesundheitlichen und sozialen Strukturen vor Ort zu erweitern.

Die kGÜv ist ein innovatives Angebot für nicht mehr vorhandene oder vorzuhaltende stationäre Strukturen. Die Interimskliniken sind in erster Linie dafür gedacht, die Handlungsbreite der ambulanten Versorgung zu erweitern und ein begrenztes Leistungsangebot nach Aufgabe einer lokalen Krankenhausversorgung vor Ort zu bewahren. Die regionale Verankerung und Einbindung in die ambulanten Strukturen ist für jeden Regionalen ambulanten/stationären Verbund (RASV) eine Grundvoraussetzung. Sie wird erst durch den direkten Bezug zur hausärztlichen Versorgung ermöglicht. Daher sollte bei einer rechtlichen Verankerung die Anbindung in die ambulante hausärztliche Versorgung leitend sein. Damit verbunden ist auch ein Kompetenzzugewinn für die hausärztliche Medizin – verbunden mit einer neuen ärztlichen Rolle in der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen.

Daneben mag es aber auch regional bedingte Gründe und Möglichkeiten geben, in einem Transformationsprozess Krankenhäuser der Grundversorgung aus sich heraus weiterzuentwickeln, z. B. wenn eine eklatante vertragsärztliche Unterversorgung die ambulanten Bedarfe nicht mehr sicherstellen kann.

Hierfür sind bereits Ansatzpunkte vorhanden (Ermächtigungen, Gründung von MVZ in der Trägerschaft des Krankenhauses), in Vorbereitung (Hybrid-DRGs) bzw. weiterzuentwickeln (z. B. Kurzzeitpflege gemäß § 39c SGB V, Übergangspflege nach § 39e SGB V).

Im Sinne der regionalen Varianz sind beide Wege einer sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der regionalen Versorgung

- » ausgehend von den vorhandenen und (noch) tragfähigen krankenhausbezogenen Strukturen oder
- » aus der vertragsärztlich-hausärztlichen Versorgung heraus

zu ermöglichen.

Eine alleinige Fixierung auf die Erhaltung der gegebenen Krankenhausstrukturen ist aber angesichts der personellen, fachlichen und ökonomischen Herausforderungen nicht angezeigt.

L 5 Notwendige Akzeptanz bei den beteiligten Leistungserbringern

Der Anspruch, eine kurzstationäre hausärztliche Versorgung aufzubauen, wird nur gelingen, wenn ein lokaler Rückhalt gegeben ist. Ohne eine entsprechende Unterstützung der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung – sowohl in Bezug auf eine engagierte Beteiligung als auch für die Meinungsbildung in der Bevölkerung – wird sich ein solches Konzept nicht durchsetzen. Daher bedarf es Rahmenbedingungen, die für die Vertragsärzteschaft und auch für die Träger von Interimskliniken so attraktiv sind, dass sie als Vorteil für die eigene Arbeit anerkannt und akzeptiert werden. Wenig aufwendige, bürokratiearme Verfahren bei der Zulassung, Finanzierung und Strukturierung der Angebote sind zwingend.

Ein wichtiger Punkt für diese Überzeugungsarbeit ist auch eine zügige Umsetzung. Jahrelange Verfahren auf der Bundesebene zur Ausgestaltung möglicher Richtlinien, die eine lokale Bereitschaft zur Implementierung der kurzstationären Versorgung „auf die lange Bank schieben“, müssen durch flexible Vorablösungen, die die Initiative der Leistungsträger unterstützen, ergänzt werden.

L 6 Eigenständige fachärztliche Kompetenz in den Interimskliniken?

Die Regierungskommission gibt eine fachärztliche internistische und chirurgische Besetzung in den Kliniken der Level-II-Versorgung vor. Dies könnte in der praktischen Umsetzung aus mehreren Gründen problematisch sein.

Die ärztliche Bezugsebene für diese niedrighschwellige Versorgung ist, wie ausgeführt, die vertragsärztlich-hausärztliche Versorgung. Der damit verbundene Vorteil einer „ganzheitlichen“ Behandlung wird durch eine parallele klinisch-ärztliche Behandlungsebene wieder aufgehoben.

Ferner ist zu befürchten, dass die klinisch ausgerichtete ärztliche Kompetenz nicht genügend in die ambulanten Strukturen eingebunden ist, um die Grenzen und Möglichkeiten der ambulanten Grundversorgung handlungsleitend beachten zu können. Damit werden die Schnittstellen, die heute das Zusammenwirken zwischen den beiden Sektoren immer wieder erschweren, fortgeführt.

Außerdem ist mit einer spezialfachärztlichen Besetzung der Interimskliniken die Gefahr verbunden, dass dort Leistungen angeboten werden, die über das intendierte, hausärztlich verantwortbare Maß hinausgehen, ohne dass die stationäre Sicherheitsstruktur dazu noch vorhanden ist.

Es ist absehbar, dass dauerhaft große Schwierigkeiten bei der Rekrutierung des geforderten fachärztlichen Personals für solche Kleinsteinrichtungen auftreten werden, zumal die kaum noch erfolgreiche Personaleinwerbung schon heute als ein Grund für die Problemlage der kleineren Krankenhäuser genannt wird. Von daher stellt ein Beharren auf einer eigenständigen fachärztlichen Besetzung keine verlässliche und tragfähige Lösung dar, die für das Zielbild der kGÜv eher kontraproduktiv ist.

Denkbar wäre jedoch die Möglichkeit, statt einer internistisch-chirurgischen Besetzung eine allgemeinmedizinische Kompetenz in den Interimskliniken vorzuhalten, insbesondere wenn die hausärztliche Leistung nicht vollständig aus der Vertragsärzteschaft gewährleistet werden kann. Erfahrungen mit allgemeinmedizinischer Kompetenz in Krankenhäusern außerhalb der medizinischen Fakultät sind bisher kaum etabliert, werden aber modellhaft diskutiert.⁴⁵

L7 Leistungsspektrum der Interimskliniken

Die fachliche Notwendigkeit zur verstärkten Ambulantisierung bisher überwiegend stationär erbrachter Leistungen wurde u. a. mit der Erweiterung des AOP-Kataloges⁴⁶ eingeleitet. Eine rechtliche Umsetzung wird zurzeit vorbereitet. Wie in Teil 2 der Expertise erläutert, ist die Schnittmenge der darin aufgelisteten Leistungen mit den krankenhausentlastenden oder krankenhausersetzenden Behandlungsanlässen der kGÜv gering.⁴⁷ Dabei handelt es sich überwiegend nicht um Leistungen, die dem hausärztlichen Spektrum zuzuordnen sind, da der neue AOP-Katalog im Wesentlichen chirurgische und diagnostische Leistungen umfasst, die spezialärztlich erbracht werden. Die räumlichen und technischen Möglichkeiten von Interimskliniken decken die Mindestvoraussetzungen für dieses Leistungsspektrum nicht ab. Daher sind beide Tatbestände – eine verstärkte spezielle ärztliche Ambulantisierung einerseits und das Potenzial der kGÜv andererseits – nicht identisch und bedürfen jeweils einer eigenständigen fachlichen, aber auch rechtlichen Verankerung.

Auch die denkbare Option, in den Krankenhäusern ergänzend zu einer vertragsärztlichen Unterversorgung „klassische“ ambulante Leistungen durch das klinisch-fachärztliche Personal anzubieten, ist von der Intention der kGÜv abzugrenzen.

Interimskliniken können neben ihren Angeboten für die kGÜv zusätzlich ertüchtigt werden, um z. B. für Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Pflege- oder Überwachungsbedarf nach ambulanten Operationen eine stationäre Aufnahme anzubieten. Diese Möglichkeiten sind aber nicht durch die für die Interimskliniken der RASV vorgesehenen technischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen abgedeckt und müssen zusätzlich bereitgestellt werden. Gleiches gilt für weitere Überlegungen, andere Leistungen in Interimskliniken oder in der Versorgung nach Level I anzubieten.

45 Zum Beispiel in Groening, M. (2013): Die INKA am Albertinen-Krankenhaus Hamburg. In: Pinter, G., Likar, R., Schippinger, W., et al. (Hg.): Geriatrische Notfallversorgung. Springer, Wien, S. 253–265; https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1581-7_16 (abgerufen am 04.04.2023)

46 Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., und Schiffhorst, G. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. IGES Institut, Berlin

47 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), a. a. O., S. 27

L8 Keine falschen Erwartungen schüren

In den Interviews wurde angesprochen, wie die Behandlungsmöglichkeiten der kGÜv der regionalen Bevölkerung vermittelt werden sollen. Hintergrund für diese Fragestellung sind die zurzeit vielerorts diskutierten Schließungen regionaler Krankenhäuser. Schließungen sind unpopulär und haben in der Vergangenheit Widerstände in der Bevölkerung hervorgerufen. Man könnte daher verleitet werden, die RASV der Bevölkerung als Folgeangebot für einen aufzugebenden Krankenhausstandort vorzustellen. Kurzfristig mag dies politisch entlastend wirken. Allerdings wird damit die nicht einlösbare Erwartung vermittelt, die kGÜv biete gleichwertige Leistungen zur Krankenhausmedizin an. In der Realität kann ein RASV dies nicht leisten, allein schon deshalb, weil er keine krankenhaustypische Notfallversorgung vorhält. Level-II-Versorgung bzw. eine kGÜv sind keine Krankenhausversorgung im bisherigen Sinne und können, auch wenn die von der Regierungskommission vorgesehene internistische und chirurgische Kompetenz dort vertreten wäre, nicht an die typischen Krankenhausleistungen anknüpfen.

Eine Argumentation „RASV statt Krankenhaus“ wird sich alsbald als Mogelpackung erweisen. Eine nicht wahrheitsgemäße öffentliche Kommunikation zerstört die Akzeptanz und das Vertrauen in der Bevölkerung in dieses neue und bedarfsnotwendige Versorgungsangebot.

Es erscheint von daher geboten, frühzeitig eine faktenorientierte Diskussion zu führen und zur kurzfristigen politischen Entlastung keine falschen Erwartungen zu schüren. Vielmehr sollten die positiven Aspekte der kGÜv zur Stärkung und Erweiterung der vertragsärztlichen Versorgung vor Ort betont werden. Eine professionelle Kommunikationsstrategie hilft, den Umstellungsprozess zu optimieren.

L9 Pflegerische oder ärztliche Leitung der Interimsklinik?

In den Interviews wurde die in Teil 2 der Expertise vorgestellte pflegerische Leitung der Interimskliniken als sachgerecht und wünschenswert begrüßt.⁴⁸ Eine solche Leitungsverantwortung korrespondiert mit der erweiterten Qualifikation, die viele Pflegekräfte inzwischen erworben haben. Auf den gleichlautenden Vorschlag der Regierungskommission wird verwiesen.

Andererseits wird angeführt, dass im Übergang von vormaligen Krankenhäusern in die neue Level-II-Versorgung zumindest für eine Übergangszeit noch klinisch-ärztliches Personal zur Verfügung steht. Die Regierungskommission will dort bekanntlich dauerhaft eigenes fachärztliches Personal beschäftigt halten. Diesem wäre, auch für die Außenwirkung, keine pflegerische Leitungskraft voranzustellen.

Dem ist entgegenzuhalten, dass im Zielbild der kGÜv nicht mehr die klinische Tätigkeit, sondern die überwachende und pflegerische Tätigkeit im Vordergrund steht und das dafür notwendige Know-how der pflegerischen Kompetenz entspricht. Dementsprechend gebührt die Leitungsfunktion entsprechend ausgebildetem Fachpersonal. Auch wenn es für den ärztlichen Stand neu ist, sollte die Arbeitsteilung entlang der dominierenden fachlichen Anforderungen ausgerichtet werden – und die liegt für die Interimsklinik eindeutig bei der Pflege.

48 Vgl. ebd., S. 36

Ebenso sprechen praktisch-organisatorische Gründe für eine pflegerische Leitung. In der Level-II-Versorgung ist keine durchgehende ärztliche Präsenz vorgesehen. Auch die von der Regierungskommission vorgeschlagene fachärztliche Besetzung ermöglicht diese nicht. Möglicherweise wird es daher für die Ärzteschaft akzeptabel sein, eine zeitliche und inhaltliche Entlastung durch eine höhere Kompetenz der pflegerischen Fachkräfte anzunehmen.

Die Aufwertung der beruflichen Perspektive durch eine neue Verantwortung in der Leitung einer sektorenverbindenden Einheit hat Signalwirkung. Mit einer solchen erstmalig etablierten Leitungsfunktion werden die institutionelle Bedeutung und der Kompetenzgewinn für die qualifizierte Pflege gestärkt. Neue fachliche Perspektiven eröffnen sich, die sich positiv verändernd auf die künftige Rollenverteilung zwischen der Pflege und der Ärzteschaft auswirken sollten.

L 10 Stationäre Leistungen verbleiben in der rechtstechnischen Systematik der Krankenhausversorgung

Auch wenn der Leitgedanke der kGÜv in der Stärkung der ambulanten Versorgung liegt, muss ordnungspolitisch entschieden werden, ob bettenführende Einheiten neu in die rechtliche und ökonomische Systematik der vertragsärztlichen Versorgung oder als Teil der Krankenhausversorgung eingeordnet werden. Sieht man von dem Institut der Praxiskliniken nach § 122 SGB V ab,⁴⁹ sind bettenführende Einheiten im vertragsärztlichen Sektor nicht vorgesehen. Qualitative, patientenbezogene oder finanzielle Rahmenbedingungen liegen nicht vor. Rechtliche Grundlagen und strukturelle Anforderungen sowie institutionelle Mechanismen müssten in der vertragsärztlichen Versorgung neu geschaffen werden. Ein solcher regulatorischer Aufwand ist für die geringe Bettenzahl der Interimskliniken nicht angemessen.

Obwohl die kGÜv ein vorrangig ambulant ausgerichtetes Angebot ist, beinhaltet sie mit den jeweiligen Interimskliniken (kurz-)stationäre Versorgung. Es bietet sich insofern an, die Regularien der stationären Versorgung für die rechtliche Ausgestaltung als Ausgangspunkt zu nutzen und diese auf die Belange der Interimskliniken zu erweitern, anstatt einen neuen Tatbestand in dem rechtlichen Rahmen der ambulanten Versorgung neu zu strukturieren. Insofern sollten für Interimskliniken vorrangig die Rahmenbedingungen der Krankenhausgesetzgebung genutzt werden, zumal es sich formal um eine Leistungsverchiebung aus der bisherigen Krankenhausversorgung handelt.

L 11 Planung oder freier Zugang?

In der Abwägung, ob ein RASV bei Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen standortunabhängig zuzulassen ist oder nur an durch eine vorausgehende Bedarfsplanung bestimmten Standorten etabliert werden kann, sprachen sich die Interviewpartnerinnen und -partner grundsätzlich für eine Bedarfsplanung aus. Da die kGÜv vorrangig die Grundversorgung in Regionen mit schlechter stationärer Abdeckung oder besonderen sozialen Gegebenheiten erweitern soll, gelte es, diese Standorte zu definieren und dies nicht dem Zufall zu überlassen. Es widerspreche einem effizienten Ressourceneinsatz, wenn in unmittelbarer Umgebung eines Krankenhauses zusätzlich eine Interimsklinik eröffnet würde und die beiden stationären Einheiten sich gegenseitig Konkurrenz machten. Inte-

49 Vgl. ebd., S. 48 f.

rmskliniken sind per definitionem in erster Hinsicht dafür vorgesehen, die lokale Versorgung zu verbessern, jedoch nicht, um Überversorgung zu begünstigen.

Daher sollten Regionale ambulant/stationäre Verbünde vorrangig in Planungsbereichen errichtet werden, in denen oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft keine andere stationäre Versorgungsmöglichkeit für die Patientinnen und Patienten vorhanden ist. Für urbane Regionen sollten ggf. andere Kriterien, wie z. B. eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast, einen RASV begründen.

L 12 Sektorenverbindende Planung, Sicherstellung und Zulassung: eine Einübung von Gemeinsamkeiten

Die kGÜv ersetzt mit ihrem stationären Angebot bisherige Krankenhausleistungen und -strukturen – mit Auswirkungen auf die vom Land zu verantwortende Krankenhausplanung, auf die stationären Budgets sowie auf die Investitionsfinanzierung. Für den hausärztlichen Teil ist eine zwingende Beteiligung der Vertragsärzteschaft vorzusehen. Die klassische Trennung von stationärer Planung und Sicherstellung durch die Länder und ambulanter Bedarfsplanung in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ist daher für diese neue Versorgungsform nicht zielführend. Die Verantwortung für ihren Aufbau einseitig krankenhausbefogen oder vertragsärztlich zu definieren, würde dem sektorenverbindenden Ansatz widersprechen und nicht zur Akzeptanz bzw. schnellen Einführung dieser neuen Versorgungsform beitragen.

Von daher ist es geboten, neue Wege zu gehen. Die seit längerem geforderte Zusammenführung der unterschiedlichen Planungsmechanismen in einer gemeinsamen Struktur ist für die kGÜv vorzusehen. Dies kann entweder im Rahmen einer übergreifenden Neuordnung der Strukturen im Gesundheitswesen erfolgen oder – wenn das noch zu mutig erscheint – als beispielgebende Einübung gemeinsamer sektorenverbindender Planung in einem überschaubaren Bereich implementiert werden. Ein regionaler sektorenverbindender Planungs- und Zulassungsausschuss dieser Art funktioniert nicht bei Ausgrenzung einer Seite, sondern nur durch eine faire, ausbalancierte Rollenverteilung.

Die Zusammensetzung und prozedurale Ausgestaltung solcher Planungs- und Entscheidungsgremien sind immer in zwei Schritten zu denken:

- a. Festlegung der Beteiligungs- und Abstimmungsrechte
- b. Konfliktlösungsmechanismen/das Recht auf Letztentscheidung bei nicht herstellbarem Konsens

Zu a.: In unserem kooperativ angelegten Gesundheitswesen besteht der vielstimmige Wunsch, in normgebenden Gremien beteiligt zu werden. Es hat sich ein politischer Trend entwickelt, solchen Interessen zunehmend nachzugeben. Beispiele dafür sind die erfolgte bzw. geplante Ausweitung der Beteiligungs- und Mitentscheidungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder die zusätzliche Teilnahme der Patientenvertretungen und Länder an den Landes- und Zulassungsausschüssen.

Eine besondere Ausprägung dieser Beteiligungskultur findet sich in vielen Ländern in den Gremien nach § 90a SGB V. Diese umfassen teilweise mehr als ein Dutzend Bänke, teilweise mit einer weiteren vorgegebenen Subdifferenzierung innerhalb der Bänke.⁵⁰ Die Erfahrung mit solchen breit aufgestellten kooperativen Gremien im Gesundheitswesen zeigt, dass eine breite Beteiligung nicht zwingend zu relevanten Ergebnissen führt.

Vieles spricht insofern dafür, die Zusammensetzung einer neuen Planungsstruktur auf die unmittelbar zuständigen Institutionen zu beschränken und Stimmrechte nur an die mit der Sicherstellung betreuten Institutionen zu vergeben. Mittelbar Beteiligte erhalten abgestufte Beteiligungsrechte.

Zu b.: Ziel einer Kooperationsstruktur ist das Einvernehmen. Wenn dies nicht herstellbar ist, bedarf es einer Konfliktlösungsstrategie, um zeitnah zu Entscheidungen zu kommen. In der Krankenhausplanung haben die Länder dieses Recht, im SGB V werden üblicherweise neutrale Schiedspersonen oder unabhängige Vorsitzende mit einer Konfliktlösungskompetenz ausgestattet. Die Schiedspersonen werden von den Beteiligten im Konsens ernannt, anderenfalls bestimmt sie die jeweilige Aufsichtsbehörde.

Denkbar wäre es, auch in landesbezogenen sektorenverbindenden Planungsgremien die Konfliktlösung Schiedspersonen zu übertragen.⁵¹ Aber der politische Realismus spricht gegen eine solche Lösung. Ein demokratisch legitimierter Gesetzgeber und dessen Exekutive haben das begründete Selbstverständnis, ihre Entscheidungskompetenz nicht einer externen Einzelperson unterzuordnen. Ein entsprechender Gesetzentwurf würde mit hoher Wahrscheinlichkeit ländersseitig abgelehnt werden. Da die geplante Krankenhausreform mit Zustimmung der Länder⁵² verabschiedet werden soll, wird eine Konfliktlösung über eine Schiedsperson für das sektorenverbindende Gremium nicht durchsetzbar sein. Daher sollte bei der Festlegung des gemeinsamen Bedarfsplanes die krankhauspolitische Sicht der Länder den Ausschlag geben. Weitere Themen des gemeinsamen Gremiums werden gemäß der vorrangigen Zuständigkeit der jeweiligen Institutionen aufgeteilt.

Zusammenfassend wird daher vorgeschlagen, ein sektorenverbindendes Gremium mit Stimmrecht für Krankenkassen, KV und Land einzurichten, das die Planung, Sicherstellung und Zulassung von Einrichtungen der kurzstationären Versorgung verantwortet.

50 Zum Beispiel durch Festlegung eines Proporz bei den Kassenverbänden

51 Allerdings wäre dann die Frage zu klären, wer bei Nichteinigung die Schiedsperson bestimmt.

52 Vgl. phoenix (2023): Krankenhaushausgipfel – Karl Lauterbach zur Krankenhausreform. Pressekonferenz am 05.01.2023, Video, ab Min. 3:40: BM Lauterbach: „Grundlage soll eine gemeinsame Gesetzgebung, ein zustimmungspflichtiges Gesetz sein ...“; <https://www.phoenix.de/krankenhaushausgipfel-a-3038862.html> (abgerufen am 04.04.2023)

L 13 Bedarfsplanung und Planungsgebiete

Für eine Bedarfsplanung bedarf es einer Festlegung der räumlichen Bezugsgröße. Um die Vergleichbarkeit zu wahren, sollte diese bundeseinheitlich festgelegt werden. Da die kGÜv sich aus der hausärztlichen Versorgung ableitet, bietet es sich an, die jetzige räumliche Struktur der hausärztlichen Bedarfsplanung zugrunde zu legen. Deren Bezugsebene sind die Mittelbereiche des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), die „die Verflechtungsbereiche um ein Mittelzentrum oder einen mittelzentralen Verbund“ abbilden, „in dem eine ausreichende Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfs erfolgen soll“⁵³. Mittelbereiche umfassen im Durchschnitt 85.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Allerdings sind sie mit einer Spannweite von rund 30.000 bis 4.300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern unterschiedlich groß. Es ist nachvollziehbar, dass sich große Mittelbereiche nicht als einheitliche Planungsgrundlage anbieten, sondern hier eine Subdifferenzierung in Teilgebiete notwendig ist. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA ermöglicht eine solche Aufteilung bereits.⁵⁴ In Anlehnung an die durchschnittliche Einwohnerzahl der Mittelbereiche wäre eine Größenordnung von 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine handhabbare Grundlage für die Subdifferenzierung von größeren Planungsgebieten.⁵⁵ Legt man die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebene Verhältniszahl von 1.607 Einwohnerinnen und Einwohnern pro hausärztlichem Vollzeitäquivalent zugrunde,⁵⁶ würde ein Planungsgebiet von 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern einer überschaubaren Anzahl von ca. 60 hausärztlichen Sitzen entsprechen.

L 14 Zuständigkeit für die Sicherstellung

Eine Belegung der Interimskliniken kann nur auf Initiative (bei krankenhausersetzenden Leistungen) oder mit Zustimmung (bei krankenhausesentlastenden Leistungen) der an dem RASV teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte erfolgen. Es bedarf für jeden Standort der RASV eine ausreichende hausärztliche Bereitschaft zur Beteiligung. Dieses zusätzliche hausärztliche Engagement verlangt bei der schon hohen Arbeitsbelastung eine fachliche, aber ebenso eine materielle Motivation.⁵⁷ Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben aufgrund ihrer Sicherstellungsverpflichtung die ambulante Versorgung in den jeweiligen Planungsregionen zu gewährleisten. Diese Pflicht umfasst auch den ambulanten Anteil der kGÜv – soweit im sektorenverbindenden Bedarfsplan festgelegt. Daher werden die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorhandene Hausärzteschaft bei ihrer Beteiligung an der kGÜv maßgeblich unterstützen und ihre vorhandenen Förderstrukturen einsetzen. Anderenfalls besteht, wie in der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung, die Möglichkeit und Notwendigkeit der Gründung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

- 53 Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (o.J.): Laufende Raumbearbeitung – Raumabgrenzungen. BBSR-Mittelbereiche – Zentralörtliche Verflechtungsbereiche mittlerer Stufe als analytisches Raumkonstrukt; <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html> (abgerufen am 04.04.2023)
- 54 Siehe § 2 (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)
- 55 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO diskurs 03/2017, Positionspapier, S. 12; <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (abgerufen am 04.04.2023)
- 56 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2022): Allgemeine Verhältniszahlen der Bedarfsplanung. Stand 08.04.2022; <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/1.1.2.1.pdf> (abgerufen am 04.04.2023)
- 57 Siehe Leitgedanke L 19, S. 35, und Eckpunkt E 25, S. 45

Den Ländern obliegt es, die jeweiligen Interimskliniken innerhalb des RASV auf der Grundlage der sektorenverbindenden Bedarfsplanung sicherzustellen. Dazu stehen ihnen, je nach regionalen Möglichkeiten, verschiedene Optionen offen: Die Interimskliniken können

- » sich aus (ggf. ehemaligen) Krankenhausstandorten vor Ort entwickeln,
- » sich als bettenführende Angliederungen in der vertragsärztlichen Versorgung (z. B. als Add-on eines größeren MVZ mit hausärztlicher Präsenz oder eines kommunalen Gesundheitszentrums) anbieten oder
- » durch den Aufbau entsprechender stationärer Strukturen in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI entwickelt werden.

Die Sicherstellung der im Bedarfsplan vorgesehenen RASV wird also im Zusammenspiel der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (für den ambulanten Teil) und des Landes (für den stationären Teil) zusammen wahrgenommen und ist damit eine gemeinsame praktische Einübung in eine sektorenverbindende Struktur.

L 15 Zulassungskompetenz

Die Zulassung für einen Regionalen ambulant/stationären Verbund erfolgt abschließend durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse der anderen stimmberechtigten Mitglieder des sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschusses und mit Beteiligung der anderen Bänke. Grundlage für eine Zulassung sind die normgebenden bundeseinheitlichen und (ggf.) landesrechtlichen fachlichen, strukturellen, personellen und rechtlichen Vorgaben. Dieser Pflichtenkatalog wird vom Bundesgesetzgeber per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt. Wesentliche Eckpunkte für die Rechtsverordnung sind gesetzlich in der Ermächtigungsgrundlage vorzugeben, wie z. B. die pflegerische Leitung oder eine gesicherte berufsgruppenübergreifende Kooperations- und Kommunikationsstruktur.⁵⁸

L 16 Kompetenzen der Länder und landesrechtliche Flexibilität

Die Länder betonen in dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) „Krankenhausfinanzierung – Eckpunkte der Länder zur Krankenhausreform“ vom 20.10.2022: „Krankenhausplanung ist Ländersache und muss ohne Abstriche in Länderhand bleiben.“⁵⁹ Eine sektorenübergreifende neue Versorgungsform setzt ein gemeinsames Handeln von ambulanten und stationären Verantwortungsträgern voraus.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2015 bei der Festlegung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als Bestandteil des Krankenhausplanes eine bundeseinheitliche Vorgabe gesetzt, die durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden kann. Diese sogenannte „Escape-Lösung“ hat sich nicht bewährt, weil die Mehrzahl der Länder von der länderrechtlichen Abweichungsmöglichkeit Gebrauch gemacht hat.

58 Vgl. Bertelsmann Stiftung/Gruhl (2023), S. 37 f.

59 Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (20.12.2022): Krankenhausfinanzierung – Eckpunkte der Länder zur Krankenhausreform. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=310&jahr=2022> (abgerufen am 04.04.2023)

Daher ist eine Zustimmung der Länder für eine sektorenverbindende Neuausrichtung, zumindest für die kGÜv, zu erzielen. Um diese zu erleichtern, wird eine Lösung vorgeschlagen, die

- » den Wunsch der Länder nach einer schnellen Umsetzung einer ambulant/stationären Übergangsversorgung aufgreift,⁶⁰
- » den Ländern zusätzliche Kompetenz für die Bedarfsplanung im Letztentscheid einräumt,⁶¹
- » die von den Ländern zu verantwortenden Investitionen bei den Interimskliniken durch einen aufgestockten Strukturfonds reduziert⁶² und
- » ihnen landesrechtlich eine hohe Flexibilität eröffnet, um den jeweiligen regionalen Besonderheiten und aktuellen Entwicklungen Rechnung zu tragen⁶³.

Sollten die Länder allerdings ihr alleiniges Entscheidungsrecht für den stationären Teil der RASV unverändert einfordern, wird eine neue, intersektoral aufgestellte Versorgung kaum durchsetzbar sein, zumal eine Grundgesetzänderung nicht zur Disposition steht.

L 17 Leistungsabhängige oder leistungsunabhängige Vergütung?

Die Regierungskommission schlägt vor, anders als in den sonstigen stationären Bereichen auf leistungsunabhängige Finanzierungskomponenten (Vorhaltekosten, Pflegebudgets) in der Level-II-Versorgung zu verzichten und stattdessen die Betriebskosten über „degressive Tagespauschalen“⁶⁴ zu refinanzieren. Dies imponiert auf den ersten Blick als einfache, bürokratiearme Finanzierungsform, die der Größe der Einrichtung angemessen erscheint.

Tagespauschalen beziehen sich auf die Anzahl der aufgenommenen Patientinnen und Patienten, also auf erbrachte Leistungen. Mit derartigen leistungsabhängigen Tagespauschalen sind Interimskliniken wieder gezwungen, ihre Belegung möglichst hochzuhalten und die Verweildauer anhand der Grenzkosten auszurichten, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Sollte die optimale Effizienz insbesondere bei der geringen Bettenzahl nicht herstellbar sein, entsteht ein Defizit.

Die leistungsunabhängigen Elemente im Gegensatz zur Krankenhausfinanzierung zu streichen, erscheint als ein Schritt, der sich auf eine neu aufzubauende Versorgungsform nicht förderlich auswirken wird. Dieser Vorschlag steht zusätzlich im Gegensatz zu der politischen Maxime, bewusst aus einer Ökonomisierung im Gesundheitswesen auszusteigen.

Daher erscheint es – auch nach der überwiegenden Meinung der Interviewpartnerinnen und -partner – sinnvoll, zumindest in der Aufbauphase eine weitgehend leistungsunabhängige Finanzierung der Interimskliniken anzubieten. Vorgeschlagen wird eine gesicherte institutionelle Grundfinanzierung für einen Großteil der Betriebskosten. Nur für einen kleinen Anteil soll eine nach Aufwand gestaffelte Tagespauschale ergänzend hinzugefügt werden. Aufwendige Budgetverhandlungen der einzelnen Träger mit den Krankenkassen sind zu vermeiden und durch schlanke Lösungen zu ersetzen.

60 Siehe Einleitung, S. 9

61 Siehe Leitgedanke L12, S. 29

62 Siehe Leitgedanke L18, S. 34

63 Ausformuliert in Eckpunkt E26, S. 46

64 Regierungskommission (2022), a. a. O., S. 16, 21 und 31

Eine solche Mischfinanzierung aus leistungsunabhängigen und leistungsabhängigen Komponenten entspricht inzwischen gesicherten Erkenntnissen im Hinblick auf eine optimale Ausgestaltung von Finanzierungssystemen im Gesundheitswesen.

Bei einer vorzeitigen Krankenhausentlassung in Interimskliniken erfolgt eine kostenneutrale Verlagerung der Betriebskosten zwischen dem Krankenhaus und der Interimsklinik.

Sollen in den Interimskliniken zusätzliche Behandlungen ermöglicht werden, die außerhalb des allgemeinmedizinischen Spektrums angeboten werden (z. B. kurzfristige stationäre Betreuung nach ambulanten Operationen, belegärztliche Tätigkeiten nach § 121 SGB V o. Ä.), so sind die damit erzielten krankenhausbazogenen Erlöse von der Grundfinanzierung abzuziehen. Doppelfinanzierung ist zu vermeiden.

L 18 Investitionskostenfinanzierung

In der regionalen Bedarfsplanung für die kGÜv wird in L 12 das Letztentscheidungsrecht des jeweiligen Landes vorgeschlagen. Begründet und unterstützt wird dieser Vorschlag damit, dass mit diesem Privileg der Letztentscheidung auch die länderseitige Verpflichtung zur Finanzierung der Errichtungsinvestitionen für die Interimskliniken verbunden ist. Dafür sprechen folgende Argumente:

- » Interimsklinken bieten stationäre Leistungen an. Die Länder tragen die Investitionsverantwortung für die stationäre Versorgung.
- » Die Interimskliniken übernehmen bisherige Krankenhausleistungen. Dadurch reduzieren sich die Leistungsmenge und die Belegung der Krankenhäuser.
- » Auf die bereits im KHG geregelte Möglichkeit des Strukturfonds zur Umwandlung von Krankenhauskapazitäten in „örtlich nicht akutstationäre Einheiten“ kann verwiesen werden.

Insofern wird vorgeschlagen, die Errichtungsinvestitionen von zugelassenen Interimskliniken der RASV weiter über den Strukturfonds zu finanzieren, der sich bekanntlich nur zu 50 Prozent aus Landesmitteln und zu 50 Prozent aus dem Gesundheitsfonds speist. Da sich RASV erst aufwachsend etablieren werden, kann von einem beherrschbaren Investitionsvolumen ausgegangen werden. Auch die Größe der Einrichtungen erfordert nur überschaubare Investitionsvolumina. Die Kosten pro Bett sind deutlich geringer als die durchschnittlichen Investitionskosten pro Krankenhausbett. Die Finanzierung der Errichtungsinvestitionen umfasst – wie bei den regulären Krankenhausinvestitionen – auch den Planungsaufwand der Einrichtungen.

Mit einer gesicherten Finanzierung der Investitionskosten für die Interimskliniken wird ein Anreiz geschaffen, die kGÜv vor Ort zügig umzusetzen.

Sollen in den Interimskliniken zusätzliche Behandlungen ermöglicht werden, die außerhalb des allgemeinmedizinischen Spektrums angeboten werden (z. B. kurzfristige stationäre Betreuung nach ambulanten Operationen, belegärztliche Tätigkeiten nach § 121 SGB V o. Ä.), sind die Investitionskosten über die „normale“ Krankenhausinvestitionsfinanzierung der Länder vorzusehen.

L 19 Abrechnung ärztlicher Leistungen

Die hausärztliche Grundversorgung wird in Deutschland zunehmend prekär. Statt der notwendigen Relation von 60 Prozent allgemeinmedizinischen zu 40 Prozent sonstigen fachärztlichen Weiterbildungsabschlüssen⁶⁵ beträgt die Quote der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschlüsse zurzeit nur noch 13 Prozent⁶⁶. Hinzu kommt, dass die Hausärzteschaft stärker als andere Fachgruppen überaltert ist. Bisher eingeleitete Anreize zur Stärkung der primärmedizinischen Ausbildung und Tätigkeit sind bisher noch nicht hinreichend bzw. in ihren Auswirkungen erst in einigen Jahren zu beurteilen. Der Koalitionsvertrag beabsichtigt, zusätzlich zur Stärkung der Grundversorgung die hausärztliche Versorgung zu entbudgetieren.⁶⁷

Die kGÜv ist ein Angebot an die ambulante Grundversorgung, die dort praktizierte Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten umfassender und ganzheitlicher wahrzunehmen und eine Versorgung „aus einer Hand“ zu ermöglichen. Sie ist daher als Teil der Grundversorgung so auszugestalten, dass ökonomische Risiken überschaubar bleiben.

Vertragsärztliche Leistungen sollen nach den Vorstellungen der Regierungskommission über den EBM vergütet werden. Dies wird grundsätzlich von der Mehrzahl der Interviewpartnerinnen und -partner unterstützt. Entscheidend ist aber, eine Regelung zu entwickeln, die möglichst aufwandsarm die einzelnen ärztlichen Leistungskomplexe abdeckt, aber auch die vertragsärztliche Vorhaltung (Bereitschaft) vergütet. Gerade in der Einführungsphase kann die Vergütungshöhe angemessen über der Kostendeckung liegen, um den vorlaufenden Gründungsaufwand mit zu berücksichtigen. Insofern wird vorgeschlagen, ergänzend ein Set von pauschalen Vergütungen, wie sie in der hausärztlichen Versorgung üblich sind, zu entwickeln und Einzelleistungsvergütung zu vermeiden.

Schon der Aufwand, an einem RASV teilzunehmen, löst organisatorische und zeitbindende Aktivitäten aus, die patientenunabhängig (als „Vorhalteleistung“) vergütet werden müssen. Ergänzt wird diese Grundpauschale um patientengebundene Pauschalen für einzelne Tatbestände. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Auch die konsiliarischen ärztlichen Leistungen von verlegenden Krankenhäusern sind als Pauschalen direkt mit den Krankenkassen abzurechnen und nicht auf das Krankenhausbudget anzurechnen.

65 „Das in der gesundheitspolitischen Diskussion präferierte Verhältnis der Hausärzte zu den Fachärzten von 60 : 40 ...“
In: Deutsches Ärzteblatt (1996): Haus- und fachärztliche Versorgung: Die meisten Internisten sind nun Hausärzte.
Dtsch Arztebl 1996; 93(42): A-2672 / B-2278 / C-2142 e (abgerufen am 04.04.2023)

66 Gerlach, F.: „Wir bilden viele Ärzte aus, aber davon werden aktuell nur etwa 13 Prozent Allgemeinmediziner“.
In: Ärztezeitung (31.01.2023): Interview – Gesundheitsweiser Gerlach: „Die Ärzte sind in grotesker Weise fehlverteilt“;
<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Gesundheitsweiser-Gerlach-Die-Aerzte-sind-in-grotesker-Weise-fehlverteilt-436247.html> (Registrierung erforderlich; abgerufen am 04.04.2023)

67 Vgl. Koalitionsvertrag 2021–2025, a. a. O., S. 85

L20 Notwendigkeit einer Evaluation

Mit der kGÜv wird erstmals in Deutschland eine sektorenübergreifende Regelversorgung eingeführt. Sie kann beispielgebend für weitere Formen der gemeinsamen Leistungserbringung sein. Die hier entwickelten Vorstellungen gründen sich auf der langjährigen Expertise der einbezogenen Expertinnen und Experten sowie auf der relevanten Literatur und Systemkenntnis. Zielbild und Leitgedanken müssen sich in der Praxis bewähren und sind ggf. anzupassen. Von Interesse sind auch die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflege aufgrund der Übertragung der leitenden Funktion mit erweitertem Tätigkeitsspektrum.

Von daher ist eine begleitende Evaluation zwingend, die in regelmäßigen Abständen die Umsetzung der kGÜv bewertet. Das Evaluationsgutachten soll vom BMG vergeben werden.

ECKPUNKTE ZUR RECHTSTECHNISCHEN UMSETZUNG

Zur Konkretisierung werden die Leitgedanken durch Eckpunkte zur rechtlichen Ausgestaltung ergänzt. Diese orientieren sich an den einschlägigen Gesetzen und geben Hinweise zur Verortung der notwendigen gesetzlichen Änderungen. Die strukturellen, personellen und technischen Voraussetzungen, wie sie in Teil 2 der Expertise entwickelt wurden, werden dabei als Grundlage übernommen. Gegebenenfalls sind sie in untergesetzlichen Regelungen zu normieren.

E 1 Teil der hausärztlichen Versorgung

Die regionale hausärztliche kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) wird, wenn sie einen Krankenhausaufenthalt ersetzt oder verkürzt, in § 73 Abs. 1 SGB V als weiterer Inhalt der hausärztlichen Versorgung hinzugefügt. An geeigneter Stelle wird klargestellt, dass auch eine hausärztlich initiierte fachärztlich-konsiliarische Einbindung Teil dieser Behandlung ist.

E 2 Leistungsanspruch der Versicherten

Für diese neue Versorgungsform wird ein Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber den Krankenkassen gesetzlich in einem neuen Paragraphen des SGB V normiert.

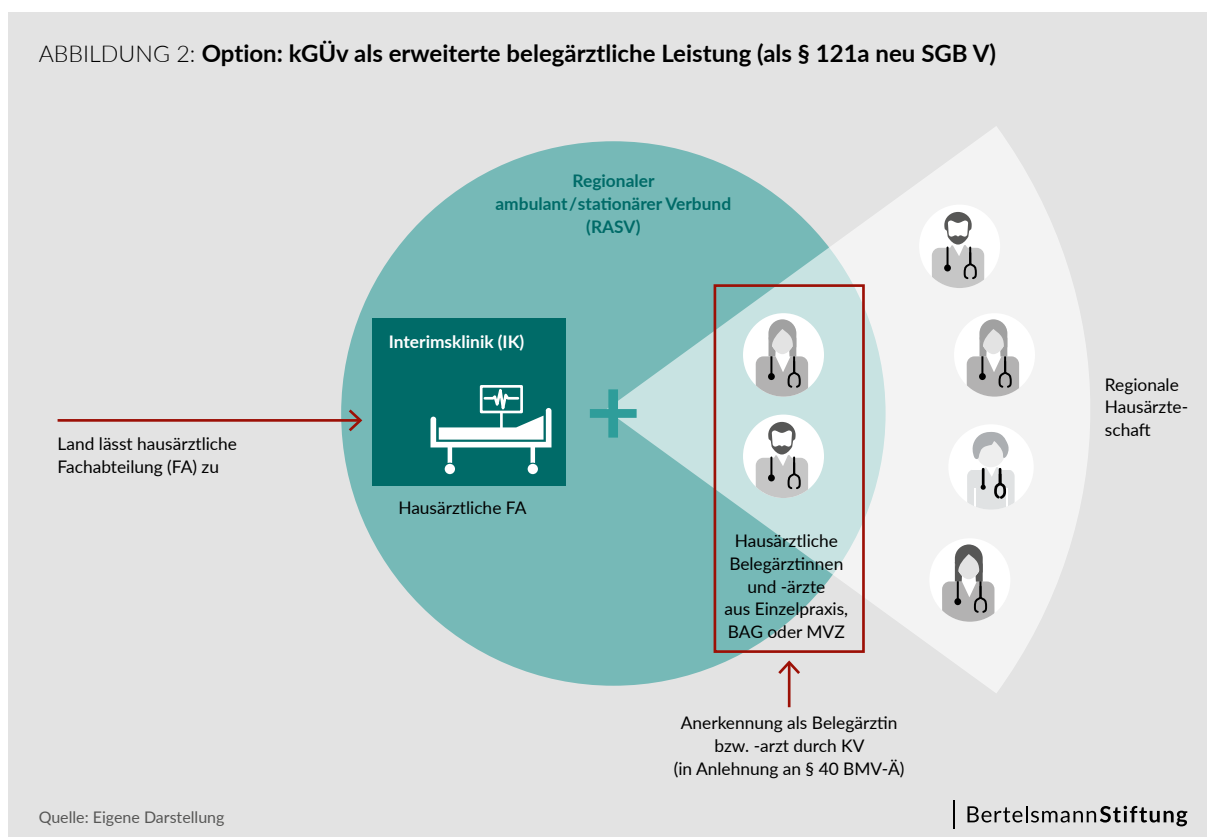
E 3 Rechtliche Verortung im SGB V

Naheliegender wäre es, diesen Anspruch in Anbindung an die hausarztzentrierte Versorgung (z. B. als § 73a oder d SGB V) einzufügen. In diesem „Bezugsparagraphen“ wird das Ziel der kGÜv und ihrer Einrichtungen in Form der RASV nebst ihrem hausärztlichen und stationären Anteil definiert.

E4 Alternative Anknüpfung an die belegärztliche Versorgung

In Anknüpfung an die belegärztliche Versorgung nach § 121 SGB V kann die Einführung eines neuartigen hausärztlichen Belegarztwesens erwogen werden. Dazu sind die bisherigen Rahmenbedingungen des fachärztlichen Belegarztwesens an die Rahmenbedingungen der kGÜv anzupassen:

- » Die Krankenhausplanungsbehörden der Länder müssen die Interimsklinken als hausärztliche Hauptabteilungen ausweisen, um § 40 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu genügen.
- » Die Vergütung der stationären Leistungen nach § 18 KHEntg und der ärztlichen Leistungen nach § 121 Abs. 3 SGB V wird für das hausärztliche Belegarztwesen eigenständig geregelt und an Eckpunkt 20 angepasst.
- » Das Verfahren zur Anerkennung als Belegärztin oder -arzt wird dem sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschuss übertragen. § 41 BMV-Ä ist entsprechend zu ergänzen.
- » § 18 KHEntg ist entsprechend anzupassen.



Falls diese Option gewählt wird, ist zu beachten, dass die Möglichkeit einer hausärztlich-belegärztlichen Tätigkeit auf alle (auch angestellten) hausärztlichen Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung erweitert werden muss. Die planungsrechtlichen und prozeduralen Vorgaben (siehe E9 und E17) sind vorrangig zu beachten.

E 5 Keine Einfügung in § 39 SGB V (stationäre Krankenbehandlung)

Eine Angliederung an die stationäre Krankenbehandlung (bisher § 39 SGB V) wird der Definition nach Ziffer 1 nicht gerecht. Perspektivisch ist die Systematik des SGB V um ein eigenständiges Kapitel zur sektorenübergreifenden Versorgung zu ergänzen.

E 6 Interimskliniken

Interimskliniken werden in § 107 SGB V den Krankenhäusern in einer eigenen rechtlichen Norm (Einfügung eines neuen Absatzes) gleichgestellt. Darin sind die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V für diese Versorgungsform anzupassen (Vorgabe einer pflegerischen Leitung und der Möglichkeit, zu jeder Zeit ärztliche Kompetenz hinzuzuziehen statt einer „ständigen ärztlichen Leitung“ in § 107 Abs. 1 Ziffer 2 SGB V). Als Interimskliniken können je nach regionaler Gegebenheit Einrichtungen in Trägerschaft einer vertragsärztlichen Einrichtung, in Trägerschaft eines Krankenhauses außerhalb des Planungsgebietes oder in Trägerschaft einer Kommune oder als Teil einer Pflegeeinrichtung nach SGB IX betrieben werden. In § 42 bzw. 43 SGB XI ist die Möglichkeit einer Angliederung von Interimskliniken an Einrichtungen der Kurz- oder Langzeitpflege zu eröffnen. Es ist zu prüfen, ob eine Klarstellung in § 71 Abs. 2 bzw. 4 SGB XI eingeführt werden muss, um die Anerkennung als Pflegeeinrichtung durch den zusätzlichen Betrieb einer Interimsklinik (z. B. im gleichen Gebäude oder durch den gleichen Träger) nicht zu gefährden.

In § 39c SGB V wird klargestellt, dass für die in Satz 1, 1. Halbsatz beschriebene Behandlungssituation neben der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI auch eine Behandlung in einer Interimsklinik möglich ist.

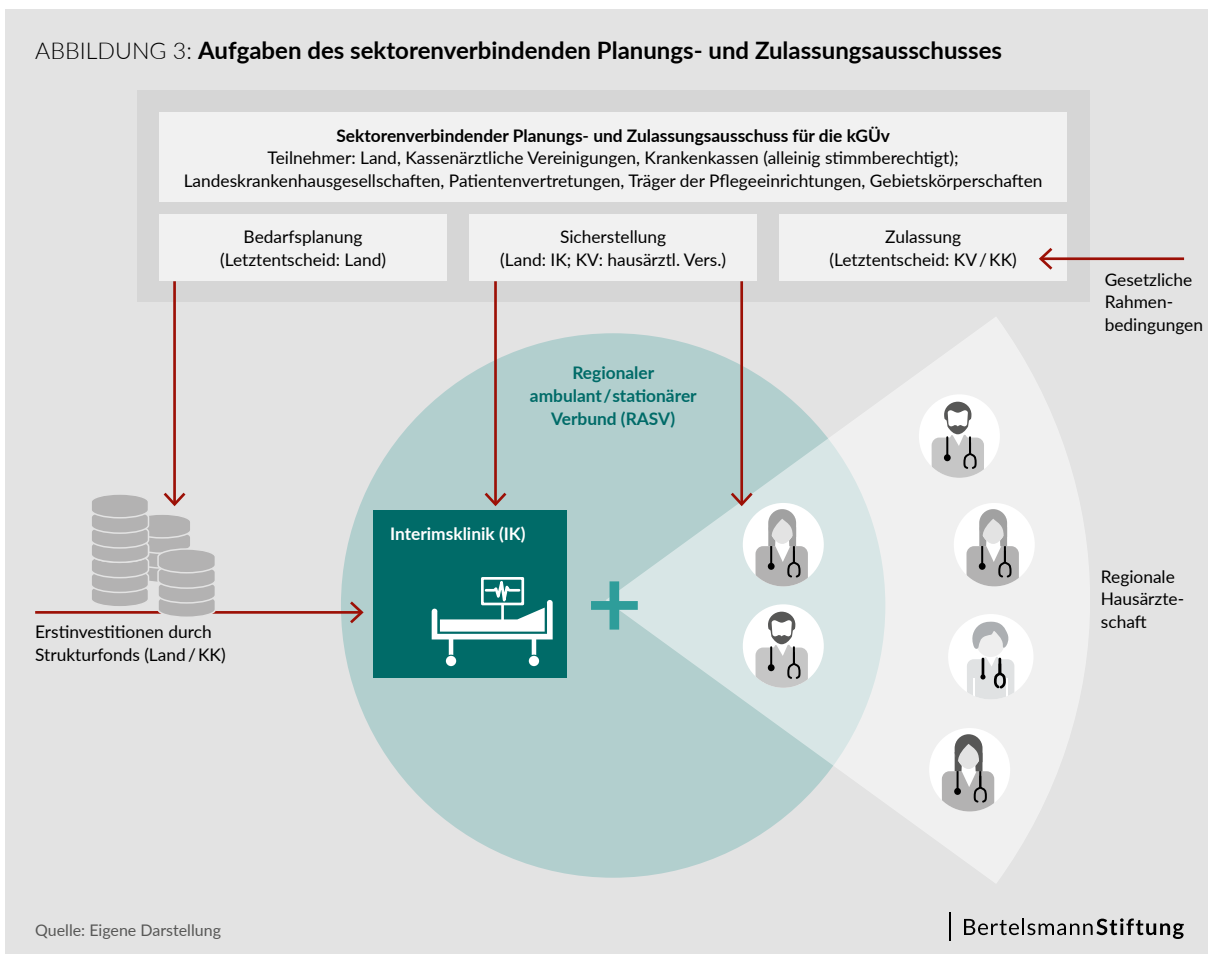
Interimskliniken werden zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V gleichgestellt.

E 7 Sektorenverbindender Planungs- und Zulassungsausschuss

Es wird ein sektorenverbindender Planungs- und Zulassungsausschuss auf Landesebene gebildet. Das jeweilige Land (vertreten durch die Krankenhausplanungsbehörde), die zuständige(n) Kassenärztliche(n) Vereinigung(en) und die Landesverbände der Krankenkassen sind mit gleicher Stimmenzahl stimmberechtigt. Er entscheidet grundsätzlich im Konsens (siehe auch E 9 und E 18). Die Patientenvertretung, die Landeskrankenhausgesellschaft, die Vertretung der stationären Pflegeeinrichtungen und die jeweiligen regionalen/kommunalen Gebietskörperschaften haben ein Teilnahme- und Antragsrecht. Die verschiedenen Aufgaben, Zuständigkeiten sowie Entscheidungs- und Konfliktlösungsregelungen (wie im Folgenden beschrieben) sind gesetzlich zu normieren. Eine Geschäftsstelle wird im Konsens der stimmberechtigten Bänke festgelegt. Ist dies nicht möglich, wechselt die Trägerschaft der Geschäftsstelle alle drei Jahre zwischen dem Land und der KV. Die Reihenfolge wird durch das Los festgelegt.

Der Ausschuss kann rechtlich in den in Eckpunkt E 2 vorgeschlagenen Paragrafen eingefügt werden. Da aber künftig die sektorenverbindende Bedarfsplanung auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt werden soll, ist eine weniger spezifische rechtliche Verankerung vorzuziehen, z. B.

ABBILDUNG 3: Aufgaben des sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschusses



in Form eines § 90b SGB V bzw. an anderer Stelle des Sechsten Titels des Zweiten Abschnittes im Vierten Kapitel des SGB V.

E8 Planungsbereich

Räumliche Grundlagen für die kGÜv sind die hausärztlichen Planungsbereiche gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA („Mittelbereiche“) bzw., soweit diese mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfassen, entsprechende Teilgebiete derselben. Hierzu ist eine Ergänzung des § 92 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 9 SGB V notwendig.

E9 Bedarfsplan

Der Ausschuss erstellt erstmalig drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – nachfolgend alle zwei Jahre – einvernehmlich eine landesweite Bedarfsplanung für die kGÜv. Sollte innerhalb dieser Frist kein Einvernehmen herstellbar sein, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Der Bedarfsplan wird sowohl als Anlage des Krankenhausplanes als auch des vertragsärztlichen Bedarfsplanes veröffentlicht.

E 10 Vorschaltlösung zur Bedarfsplanung

Bis zur Verabschiedung eines landesspezifischen Bedarfsplanes für die kGÜv können RASV einvernehmlich durch die stimmberechtigten Mitglieder des sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschusses zugelassen werden, wenn sie die sonstigen Voraussetzungen nach Bundesrecht bzw. die landesrechtlichen Regelungen erfüllen (siehe E 25).

E 11 Sicherstellung

Auf der Grundlage des Bedarfsplanes nimmt die KV die Sicherstellung für die Bereitstellung der hausärztlichen Kompetenz wahr. Dazu ist der vertragsärztliche Anteil der kGÜv als eigener Unterpunkt in § 73 Abs. 2 SGB V aufzunehmen, auf den sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 SGB V bezieht.

Die Sicherstellungsverantwortung für die zugehörigen Interimskliniken liegt beim Land. Dazu sollte geprüft werden, ob die Begriffsbestimmung für Krankenhäuser in § 2 Satz 1 Ziffer 1 KHG die stationären Leistungen der Interimskliniken abdeckt oder ob hier eine Ergänzung mit Bezug auf den ergänzten § 107 SGB V (siehe Eckpunkt E 6) notwendig ist.

E 12 Fördermaßnahmen

Falls eine Sicherstellung durch vorhandene Leistungserbringer regional nicht ermöglicht wird, sind die jeweiligen Sicherstellungsträger gehalten, Fördermaßnahmen im sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschuss zu beschließen. Dazu können Förderprogramme des Landes, Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1a SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung) oder – soweit es entsprechende Zielgebiete betrifft – durch die Krankenkassen Sicherstellungszuschüsse nach § 5 Abs. 2 KHEntgG genutzt werden. § 5 Abs. 2 KHEntgG ist entsprechend anzupassen.

Alternativ können Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1c SGB V⁶⁸ oder der Kommunen gemäß § 105 Abs. 5 SGB V errichtet werden. Die Verpflichtung zu Fördermaßnahmen ist gesetzlich zu fixieren, falls der Bedarfsplan anderweitig nicht erfüllt werden kann.

E 13 Investitionen

Eine nach Eckpunkt E 9 bzw. E 10 zugelassene bzw. nach Vorliegen des Bedarfsplanes bedarfsgerechte Interimsklinik als Teil eines RASV hat einen Anspruch auf vollständige Förderung der Errichtungsinvestitionen aus dem Strukturfonds nach § 12 Abs. 1 KHG. Dazu bedarf es einer Klarstellung

⁶⁸ Vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags (2022): Zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. WD 9 - 3000 - 064/22; <https://www.bundestag.de/resource/blob/919996/1475b57ac9460ab71c6f69496a3c912a/WD-9-064-22-pdf-data.pdf> (abgerufen am 04.04.2023)

in § 12 Abs. 1 KHG. Spätere Investitionskosten werden – wie für alle zugelassenen Krankenhäuser – vom Land nach § 108 SGB V getragen.

Die laufenden („kleinen“) Investitionskosten gemäß § 9 Abs. 3 KHG werden für die Interimskliniken durch feste jährliche Pauschalbeträge vom Land gefördert.

E 14 Strukturfonds III

Das entsprechende Investitionsvolumen ist zusätzlich über den Gesundheitsfonds und über Landesmittel in gleicher Höhe als Strukturfonds III zur Verfügung zu stellen. Die sonstigen Rahmenbedingungen des Strukturfonds (hälftige Finanzierung aus Gesundheitsfonds und Landesmitteln, Zustimmung Kassen etc.) gelten unverändert.

E 15 Andere Leistungen

Sollen zusätzliche Leistungen in den Interimskliniken erbracht werden (z. B. Überwachung nach ambulanten OPs, belegärztliche Leistungen nach § 122 SGB V oder künftig nach § 115f SGB V), so besteht für deren Errichtungsinvestitionen kein Anspruch auf Finanzierung durch den Strukturfonds. Das Land entscheidet diesbezüglich über eine eigene Investitionsförderung aus Haushaltsmitteln.

E 16 Rechtsverordnung des Bundes über die Anforderungen an die RASV

Das BMG wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung zu erlassen, in der es innerhalb von sechs Monaten nach der Gesetzesverkündung die personellen, räumlichen und strukturellen Voraussetzungen sowie die Anforderungen an die sächliche Ausstattung, an die Leitungsqualifikation der Interimskliniken sowie an die verpflichtende berufsübergreifende Kooperation für die RASV festlegt. Zur Einordnung des bundesweiten Bedarfs und des benötigten Finanzvolumens sind Bedarfsanhaltskriterien in der Rechtsverordnung (RVO) wünschenswert (z. B. einwohnerbezogene Relationen oder die Erreichbarkeit eines stationären Angebotes). Kernpunkte des Regelungsbedarfes werden in der Ermächtigungsnorm für die RVO festgelegt (z. B. das hausärztlich orientierte Leistungsspektrum, die pflegerische Leitung oder die Kooperationsverpflichtungen der beteiligten Berufsgruppen). Die gesetzliche Grundlage der RVO soll im Zusammenhang mit dem gewählten Bezugsparagrafen eingefügt werden. Eine Orientierung über die festzulegenden Inhalte bietet § 37b Abs. 3 SGB V, der untergesetzlich für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) einen ähnlichen Regelungsbedarf definiert.

Eine Überantwortung der Ausarbeitung der o. a. Voraussetzungen an die Selbstverwaltung ist denkbar, bedingt aber die Inkaufnahme weiterer Verzögerungen in der Umsetzung. Bei Fristablauf erfolgt eine Ersatzvornahme des BMG über eine Rechtsverordnung. Auf eine entsprechende Regelung in § 115f Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 kann verwiesen werden.

E 17 Zulassungsvoraussetzungen der RASV

RASV haben folgende Voraussetzungen zur Zulassung zu erfüllen:

- » In den Planungsbereichen oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft sollen sich keine Krankenhäuser der Versorgungsstufe In⁶⁹ oder höher befinden. Nach Landesrecht können, insbesondere für urbane Gebiete, Ausnahmen von dieser Voraussetzung festgelegt werden.
- » Entsprechend dem Verfahren nach § 73b Abs. 4 SGB V hat ein landesrechtlich festzulegendes Quorum von Hausärztinnen und -ärzten (ohne Pädiaterinnen und Pädiater) ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der kGÜv im Planungsgebiet zu erklären.
- » Bei Vorliegen des hausärztlichen Quorums schließt die beteiligungsbereite Hausärzteschaft mit einer vom Land zugelassenen Interimsklinik einen Kooperationsvertrag zum Betrieb eines RASV.
- » In dem Vertrag werden die Vorgaben der RVO nach Eckpunkt E 13 berücksichtigt.

Die Regelungen nach E 26 bleiben davon unberührt.

Die für die Sicherstellung zuständigen Institutionen beraten und unterstützen unter Beteiligung der weiteren Mitglieder des sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschusses die Vertragspartnerinnen und -partner fachlich, organisatorisch und rechtlich.

E 18 Zulassung

Nach Prüfung des Kooperationsvertrages lässt der sektorenverbindende Planungs- und Zulassungsausschuss nach E 7 den RASV zur Versorgung zu. Sollte die Zulassung nicht einvernehmlich erfolgen können, entscheidet die zuständige KV unter Würdigung der Stellungnahmen der anderen stimmberechtigten und teilnehmenden Mitglieder.

E 19 Finanzierung der stationären Leistungen

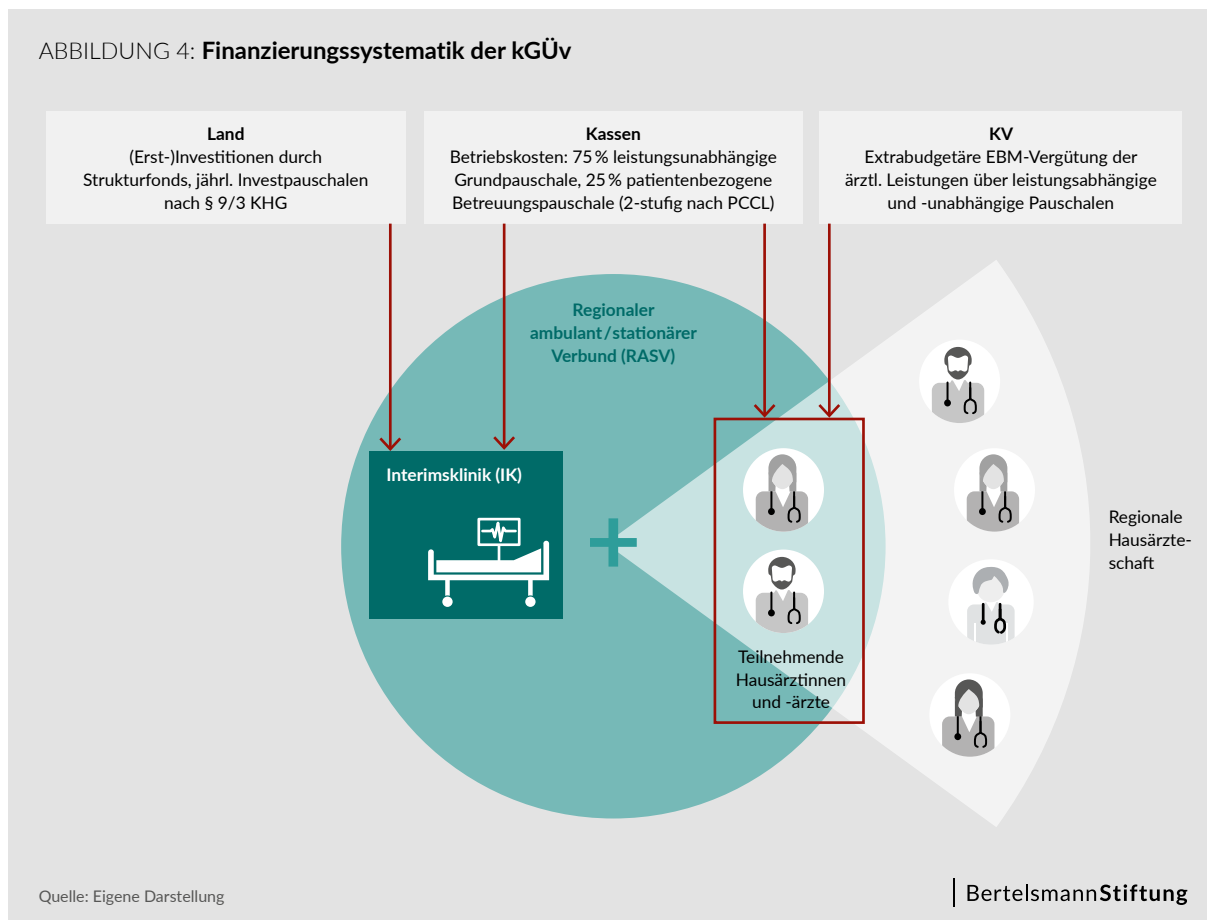
Die Finanzierung der stationären Leistungen bedarf einer eigenständigen Regelung im KHEntgG mit Bezug zu den auf Interimskliniken angepassten §§ 2 KHG und 107 SGB V. Eine Einfügung der Finanzierungsregelungen in § 6 KHEntgG kann erwogen werden. Darin werden Vereinbarungen zu sonstigen, nicht DRG-bezogenen Entgelten vorgesehen, was auf Interimsklinken zutrifft.

E 20 Finanzierungsformen

Vorgeschlagen wird – wie im Leitgedanken L 17 erläutert – eine leistungsunabhängige Grundpauschale aller anfallenden Betriebskosten (außer Investitionsmittel und ärztliche Leistungen) in Höhe von 75 Prozent der Gesamtkosten der Einrichtung. Die restlichen 25 Prozent der Betriebskosten werden über aufwandsbezogene Tagespauschalen vergütet. Die Höhe der Tagespauschale wird nach dem patientenbezogenen pflegerischen bzw. gesundheitstherapeutischen Behandlungsauf-

69 In Anlehnung an die Level-Stufung der Regierungskommission

ABBILDUNG 4: Finanzierungssystematik der kGÜv



wand anhand der PCCL-Systematik dreistufig differenziert. Ein ähnliches Verfahren von schweregradabhängigen Pauschalen wurde in § 115f Abs. 1 Satz 3 SGB V gewählt.

E 21 Regelwerk des InEK

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird gesetzlich im KHG vom BMG beauftrag⁷⁰, zu beiden Finanzierungsformen auf der Grundlage einer prospektiven Berechnung drei Monate nach Erlass der Rechtsverordnung eine Vorgabe nach E 16 vorzulegen. Eckdaten sind dabei die Vorgaben der Rechtsverordnung und die dem InEK vorliegenden Erkenntnisse über die Kostenstruktur gleichartiger stationärer Leistungen. Im Ergebnis wird ein Regelwerk der zu berücksichtigenden Kostenarten für die Betriebskosten einer Interimsklinik bereitgestellt. Ein neuer § 17e KHG ist zur Abgrenzung von den sonstigen Aufgaben des InEK geboten.

70 Im Fünfzehnten Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland Artikel 1b wurde eine Unterstützungs- und Beratungspflicht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in § 36 KHG geregelt, soweit dies die Vorbereitung politischer Entscheidungen und gesetzlicher Regelungen zur Krankenhausversorgung betrifft.

E 22 Festlegung des Budgets

Zur Vermeidung von aufwendigen Budgetverhandlungen beauftragt der sektorenverbindende Planungs- und Zulassungsausschuss für das jeweilige Land eine Wirtschaftsprüferin bzw. einen Wirtschaftsprüfer, die bzw. der auf der Grundlage des Regelwerkes und ggf. unter Berücksichtigung der jeweiligen landes- und regionalspezifischen Normen das zu erwartende Budget für die jeweilige Interimsklinik berechnet. Wird keine Einigung über die Bestellung einer Wirtschaftsprüferin bzw. eines Wirtschaftsprüfers erzielt, unterbreiten Land und Kassen je einen Vorschlag. Das Los entscheidet über die bzw. den zu beauftragende(n) Prüferin bzw. Prüfer. Das Verfahren ist im KHEntgG festzulegen. Einzelne Budgetverhandlungen mit den Trägern der Interimsklinken entfallen.

E 23 Grundpauschale

Das so bestimmte einrichtungsspezifische Budget wird zu 75 Prozent als Grundpauschale von den Kassen monatlich vorab an die Träger der Interimsklinken ausgezahlt. Nachgehend prüft die Wirtschaftsprüferin bzw. der Wirtschaftsprüfer den Jahresabschluss und bestätigt ggf. unabweisbare Mehr- oder Minderbedarfe der Interimsklinken des Vorjahres. Mehrbedarfe des Vorjahres werden nach Bestätigung des Jahresabschlusses in kurzer Frist von den Krankenkassen zuzüglich einer üblichen Verzinsung nachgezahlt. Minderbedarfe werden gleichartig von den Interimsklinken erstattet.

E 24 Aufwandsbezogene Tagespauschalen

Die aufwandsbezogenen Tagespauschalen werden in einem weiteren Schritt im gleichen Zeitrahmen vom InEK berechnet und festgesetzt und anhand von repräsentativen Erhebungen jährlich fortgeschrieben. Dazu werden die Vollkosten für die relevanten Behandlungsanlässe in zwei Fallschweregruppen eingeteilt. Die mittlere Verweildauer für diese Diagnosen wird zugrunde gelegt. Für die zwei Fallschweregruppen wird daraus jeweils ein Tagessatz ausgewiesen. Die Interimsklinken rechnen davon 25 Prozent patientenbezogen mit den Krankenkassen ab. Auch dieses Prozedere ist im KHEntgG zu kodifizieren.

E 25 Kostenverrechnung bei krankenhausentlastender Verlegung

Wenn Patientinnen und Patienten vorzeitig aus (ortsfernen) Krankenhäusern zur Weiterbehandlung in Interimsklinken verlegt werden, wird der nach E 24 auf 25 Prozent reduzierte aufwandsbezogene Tagessatz vom entlassenden Krankenhaus an die Interimsklinik erstattet. Die Zahl der abrechnungsfähigen Tagespauschalen wird z.B. durch die Grenzverweildauer begrenzt. Eine Abrechnung durch die Interimsklinik mit den Krankenkassen entfällt in diesen Fällen.

E 26 Vergütung der ärztlichen Leistungen

Die ärztlichen Leistungen werden über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Dazu wird in § 87 SGB V ein auf die kGÜv bezogener Absatz eingefügt, der einen eigenständigen Auftrag an die Selbstverwaltung mit Fristsetzung erteilt. Es wird im Gesetz bestimmt, dass diese Vergütung weitgehend in Form aufwandsbezogener Pauschalen erfolgt. Für die stationäre hausärztliche Betreuung werden kontaktunabhängige Pauschalen für die Teilnahme an der kGÜv und für bereichsdienstliche Leistungen in einem RASV ausgewiesen. Zusätzlich sind patientenbezogene Pauschalen für die Einweisung, die Festlegung des Therapieplanes sowie für die Betreuung während des stationären Aufenthaltes festzulegen. Kosten für diagnostische oder therapeutische Sachmittel (Medikamentenkosten) können als Praxisbedarf abgerechnet werden.

(Telemedizinische) Konsiliarleistungen von Kliniken z. B. während der krankenhauserlastenden Weiterbetreuung werden im EBM als Sonderleistung ohne die Notwendigkeit einer Ermächtigung definiert und als fallbezogene Pauschale durch den Krankenträger gegenüber den Krankenkassen abgerechnet.

Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen erfolgt extrabudgetär.

E 27 Länderrechtliche Sonderregelungen

Den Ländern wird eine dreistufige Möglichkeit zu abweichenden länderrechtlichen Regelungen eingeräumt.

Bis zum Erlass der Rechtsverordnung gemäß E 16 und der z. T. damit verknüpften Finanzierungsgrundlagen gemäß E 20 bis E 25 werden die Länder zu umfassenden landesrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten ermächtigt. Sie erhalten die Rechtssetzungskompetenz, für einen limitierten Zeitraum eigenständig die fachlichen Vorgaben für die Zulassung von RASV und deren Finanzierung zu bestimmen. Da das spezifische Abrechnungssystem für Interimskliniken zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegt, wird auf eine vollständige Abrechnung der patientenbezogenen Fallpauschalen zurückgegriffen (§ 7 Abs. 1 Ziffer 1 KHEntgG ohne Berücksichtigung der anderen Finanzierungselemente nach § 7 Abs. 1 Ziffer 2–7 KHEntgG). Den Interimskliniken werden 80 Prozent der jeweiligen patientenspezifischen Erlöse zugeführt. Die restlichen 20 Prozent werden den einweisenden oder betreuenden Hausärztinnen und -ärzten erstattet. Nach Vorliegen der Rechtsverordnung und der Berechnungsgrundlagen für die unterschiedlichen Finanzierungsformen nach E 20 bis E 25 entfällt diese Ermächtigung.

Weiterhin erhält das Land die zeitlich begrenzte Möglichkeit, jeweils ein Ad-hoc-Zulassungsrecht unter Beachtung der Kompetenzen des sektorenverbindenden Planungs- und Zulassungsausschusses zu erlassen. Diese Möglichkeit entfällt mit der Vorlage eines Bedarfsplanes – spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Dauerhaft sind mit regionalen Gegebenheiten begründete länderrechtliche Ausnahmen möglich. Diese eröffnen abweichende Regelungen zu dem Gebot, bei Abwesenheit eines Krankenhauses im Planungsgebiet einen RASV zuzulassen. Landesrechtliche Abweichungen von den personellen und strukturellen Gegebenheiten sind in begründeten Ausnahmefällen möglich, solange von der bundeseinheitlichen Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen nicht abgewichen wird. Zum Beispiel

kann eine abweichende Qualifikation für die pflegerische Leitung eröffnet werden, falls die bundesgesetzliche Vorgabe der pflegerischen Qualifikation im Einzelfall nicht angewendet werden kann und eine andere Qualifikation nach Meinung des Landesgesetzgebers örtlich hinreichend ist. Diese länderrechtliche Abweichungsoption wird als „Kann-Recht“ nach der Formulierung zu E 16 im Gesetz ergänzt.

E 28 Evaluation

Eine begleitende Evaluation durch ein wissenschaftliches Institut wird bundesgesetzlich vorgegeben. Die Länder sind in die Gutachtenvergabe des Bundes und in die Bewertung der wissenschaftlichen Ergebnisse einzubinden. Die erste Evaluation soll nach 18 Monaten erfolgen (entspricht § 115f Abs. 5 SGB V), um zeitnah ggf. einen Korrekturbedarf zu erkennen.

AUSBLICK

Mit der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) wird sektorenübergreifend die hausärztlich-ambulante Versorgung mit einer stationären Behandlungsmöglichkeit verbunden. Die bisherige strikte gesetzliche, systemische, aber auch mentale Trennung zwischen den beiden Sektoren gilt es dabei zu überwinden.

Es ist illusorisch zu glauben, man müsse oder könne für diesen neuen sektorenübergreifenden Bereich eine eigene, idealtypische Rechtsnorm parallel zu der bestehenden Rechtssystematik aufbauen. Der Aufwand und die damit einhergehenden zusätzlichen Schnittstellen konterkarieren solche Vorstellungen. Vielmehr sind die heutigen gesetzlichen Grundlagen zu nutzen und innerhalb dieses Rahmens Freiräume zu schaffen, die sich in die bisherigen Strukturen integrieren.

Mit einem pragmatischen Zielbild und daraus entwickelten Leitgedanken werden im existierenden rechtlichen Rahmen Eckpunkte vorgestellt, die in Gesetzesformulierungen umsetzbar sind.

Dabei wurde großer Wert darauf gelegt, die oft konträren Positionen und das gegenseitige Misstrauen der jeweiligen Beteiligten fair auszutarieren. Dies betrifft

- » die unterschiedlichen grundgesetzlich abgesicherten Kompetenzen der Landes- und Bundesebene im deutschen Gesundheitswesen,
- » die Persistenz der Planungshoheit und Sicherstellung der Länder gegen die faktisch und rechtlich wachsende Bedeutung der Sozialgesetzgebung in der Ausgestaltung der Versorgung,
- » aber auch den Respekt vor den gegenseitigen Interessen der unterschiedlichen Leistungserbringer untereinander bzw. gegenüber den Kostenträgern.

Es besteht die Erwartung, dass aufgrund des hohen Veränderungsdrucks in der stationären Versorgung einerseits sowie bei einem finanziell so gering dimensionierten Thema wie der kGÜv andererseits erstmals ein ernster Wille von allen Beteiligten besteht, sich auf einen neuen gemeinsamen Weg zu begeben.

Die Bertelsmann Stiftung und der Autor danken an dieser Stelle den vielen engagierten Expertinnen und Experten sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten des deutschen Gesundheits- und Pflegewesens, die mit ihrem Fachwissen und ihrer Erfahrung wesentlich dazu beigetragen haben, dass aus einem lokal diskutierten Bedarf eine anerkannte systemische Notwendigkeit entwickelt werden konnte.

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115b SGB V
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Group, diagnosebezogene Fallgruppe
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz)
HCHE	Hamburg Center for Health Economics
IK	Interimsklinik
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
kGÜv	kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OP	Operation, Operationssaal
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
RASV	Regionaler ambulant/stationärer Verbund
RGZ	Regionales Gesundheitszentrum
RVO	Rechtsverordnung
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch

Impressum

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
Mai 2023

DOI 10.11586/2023023

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autor
Dr. Matthias Gruhl

Lektorat
Paul Kaltefleiter

Design
Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© contrastwerkstatt – stock.adobe.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Jan Böcken
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon +49 5241 81-81462
jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de