

11.07.2023 Politik

Klinikreform – Einigung auf Eckpunkte

BDC



iStock-Olivier_de_Moal

Bezüglich der Eckpunkte, die Grundlage für den zu erarbeitenden Gesetzentwurf sind, gibt es mehrheitlich Einigung (Link zum Eckpunktepapier des BMG am Ende des Beitrags). Bayern votierte dagegen, Schleswig-Holstein enthielt sich, alle anderen 14 Bundesländer stimmten der Reform zu.

Die Pläne sehen im Kern vor, das DRG-Vergütungssystem in Pauschalen für Behandlungsfälle zu ändern, um Krankenhäuser von finanziellem Druck zu immer mehr Fällen zu lösen.

Daher sollen sie einen großen Anteil der Vergütung allein schon für das Vorhalten von Leistungsangeboten bekommen.

Grundlage der Finanzierung durch die Krankenkassen sollen genauer definierte Leistungsgruppen der Kliniken sein – also etwa „Kardiologie“ statt grobe Bezeichnungen wie „innere Medizin“. Die Leistungsgruppen sollen einheitliche Qualitätsvorgaben etwa bei der Ausstattung, bei Personal und Behandlungserfahrungen absichern. Transparent machen will Lauterbach die Verteilung der Leistungsgruppen auf die Häuser und eine Einteilung in Versorgungsstufen („Level“). Über eine stärker steuernde Funktion der Level gab es keine Einigkeit.

Große Hoffnung auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung setzt man auf die Level-II-Krankenhäuser. Die Standorte dieser Häuser sollen „wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe“ sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen.

Level II-Krankenhäuser, die auch von Pflegepersonal geleitet werden können sollen, sollen insbesondere durch die Umwandlung bisheriger Krankenhäuser entstehen, könnten sich aber auch aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus entwickeln.

Fachlich-medizinische Entscheidungen würden jedoch ausschließlich ärztlich verantwortet; seitens der pflegerischen Leitung bestehe keine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem ärztlichen Personal, heißt es in dem Papier weiter.

Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Allgemeinmedizin oder Geriatrie, zusätzlich können Innere Medizin und Chirurgie vorgehalten werden) sollen Level II-Krankenhäuser beispielsweise folgende Leistungen erbringen können:

- Ambulante Leistungen aufgrund einer vertragsärztlichen Ermächtigung
- Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V
- Leistungen nach 115f SGB V (Hybrid-DRGs)
- Ausbau der Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund mit Zustimmung des Landes
- belegärztliche Leistungen sowie
- Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege), insbesondere Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege

Diese Häuser nähmen allerdings nicht an der Notfallversorgung teil und würden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren.

Für den Anteil, der durch Vertragsärzte erbracht wird, gelte grundsätzlich der mit dem vereinbarten Punktwert bewertete ärztliche Leistungsanteil der jeweiligen EBM-Gebührenordnungsposition. Privatärztliche Leistungen würden durch die niedergelassenen Ärzte auf Grundlage der GÖA berechnet.

Das Eckpunktepapier: [Bundesministerium für Gesundheit](#)

Quelle: [Ärztlichendienst](#)