

VERSORGUNGSSTUFEN SICHERN VERLÄSSLICHE KRANKENHAUSSTRUKTUR

Der Reformbedarf in der Krankenhausversorgung ist seit langem bekannt und anerkannt. In der Pandemie ist er offenkundig geworden. Durch fehlende und uneinheitliche Planungsvorgaben ist in Deutschland eine inhomogene und in einigen Bereichen dysfunktionale Versorgungsstruktur erwachsen. Das vorgehaltene Leistungsangebot orientiert sich auch aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen nicht immer am tatsächlichen Versorgungsbedarf. Das bedeutet auch, dass derzeit die begrenzten Personal- und Finanzressourcen bei weitem nicht optimal genutzt werden.

Der Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP sieht daher vor, Versorgungsstufen für die Krankenhausplanung und zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung festzulegen:

„Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und **Versorgungsstufen** basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach **Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika)** differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.“

Dies ist folgerichtig, denn aus den unterschiedlichen Versorgungsaufträgen der jeweiligen Krankenhaustypen ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an deren Strukturen und damit auch unterschiedliche Kosten. Das betrifft insbesondere die Vorhaltekosten: Universitätsklinik mit ihren besonderen Leistungsstrukturen behandeln mehr als andere Kliniken komplexe und hochaufwendige Erkrankungen. Hierfür müssen sie permanent kostenintensive Strukturen vorhalten. Ein fallbasiertes Vergütungssystem trägt diesem notwendigen Aufwand gerade bei Leistungen mit geringerer Fallzahl nicht Rechnung. Dass Unterschiede zwischen den Versorgungsstufen aktuell nicht adäquat dargestellt werden können, hat bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 festgestellt. Auch er empfiehlt eine explizite Unterscheidung nach Versorgungsstufen innerhalb des DRG-Systems. Allerdings fehlt es hierfür bislang noch an einheitlichen Versorgungsstufen im deutschen Krankenhausystem.

Mit dem nachfolgenden Konzept werden die fünf im Koalitionsvertrag genannten Versorgungsstufen anhand möglichst eindeutiger und einfach nachweisbarer Kriterien definiert.

Das Stufenkonzept im Überblick

Fünf Versorgungsstufen

1. **Uniklinika**
2. **Maximalversorgung**
3. **Regelversorgung** (in einigen Landeskrankenhausplänen als *Schwerpunktversorgung* bezeichnet)
4. **Grundversorgung** (in einigen Landeskrankenhausplänen als *Regel- bzw. Grund- und Regelversorgung* bezeichnet)
5. **Primärversorgung**

Prämissen zur Festlegung der Versorgungsstufen

- Die Festlegung der Versorgungsstufen bezieht sich nur auf allgemeine Krankenhäuser. Fachkrankenhäuser werden aufgrund ihrer Heterogenität nicht berücksichtigt.
- Die Festlegung der Kriterien bezieht sich immer auf das Krankenhaus als rechtliche Einheit, nicht auf den einzelnen Standort.
- Die in den einzelnen Versorgungsstufen definierten Kriterien sind additiv zu erfüllen.
- Die fachärztliche Versorgung in einer Fachrichtung setzt bei bettenführenden Abteilungen eigenes ärztliches Personal im Umfang von mindestens drei Vollkräften mit entsprechender Facharztqualifikation voraus. Es erfolgt damit aufgrund der unterschiedlichen Organisationsformen keine Festlegung von Fachabteilungen und sonstigen Organisationseinheiten.
- Die fachärztliche Versorgung in einer sonstigen Abteilung bzw. einem Institut (ggf. an der Universität angesiedelt) setzt eigenes ärztliches Personal im Umfang von mindestens einer Vollkraft mit entsprechender Facharztqualifikation voraus.

Kriterienkataloge für einzelne Versorgungsstufen

1. Kriterienkatalog „Uniklinika“

- Anerkennung der Universitätsklinik beziehungsweise Universitätsmedizin durch ein/-e Landesgesetz/-verordnung
- Rechtliche Verflechtung von Krankenversorgung mit qualitätsgesicherter Forschung und Lehre (öffentlich finanziert durch Landesmittel sowie Bund, DFG und/oder EU) in Form des Integrationsmodells (Klinikum und medizinische Fakultät als ein Rechtsträger) oder über ein Kooperationsgebot von Universitätsklinik und Universität

- Übernahme von übergeordneten System- und Zukunftsaufgaben: unter anderem Bereitschaft zur Koordination von regionalen Versorgungsnetzwerken, zur Entwicklung von Behandlungsstrategien, zur Überführung von innovativen Leistungen in die Regelversorgung sowie zur Beratung von Krisenstäben und Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene
- Mindestanzahl von 800 Planbetten und 30.000 stationären Fällen
- Leistungsspannbreite: Abrechnung von mindestens 70 % der aDRG-Fallpauschalen (Anteil der abgerechneten aDRG-Fallpauschalen an den insgesamt im Katalog enthaltenen bewerteten aDRG-Fallpauschalen)
- Maximalversorgungsleistungen: mindestens 40 % des Case-Mix-Volumens durch Maximalversorgungsleistungen (Case-Mix-Volumen aus Maximalversorgungsleistungen am Case-Mix-Volumen insgesamt; Einstufung nach VUD-Systematik; vgl. jährlicher Extremkostenbericht des InEK)
- Intensivmedizin: mindestens 60 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, Zuordnung zur Leistungsgruppe „Intensivmedizin hochkomplex“ (vgl. Anlage 2) sowie Vorhaltung der ECMO-Versorgung
- Notfallmedizin: Zuordnung zu der allgemeinen Notfallstufe „Umfassende Notfallversorgung“ (Erfüllung der Kriterien des G-BA-Beschlusses)
- Innovationen: mindestens 100 beim InEK beantragte NUB-Entgelte mit Status 1 (p. a.)
- Fachärztliche stationäre Versorgung in mindestens 12 Fachrichtungen der Bereiche Innere Medizin und Chirurgie sowie in mindestens 8 weiteren Fächern (vgl. Anlage 1)
- Mindestanzahl von 8 eigenen sonstigen Abteilungen oder Instituten (ggf. an der Universität angesiedelt) (vgl. Anlage 1)

2. Kriterienkatalog „Maximalversorgung“

- Mindestanzahl von 600 Planbetten und 22.500 stationären Fällen
- Leistungsspannbreite: Abrechnung von mindestens 50 % der aDRG-Fallpauschalen
- Maximalversorgungsleistungen: mindestens 20 % des Case-Mix-Volumens durch Maximalversorgungsleistungen
- Intensivmedizin: mindestens 30 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit und Zuordnung zur Leistungsgruppe „Intensivmedizin hochkomplex“ (vgl. Anlage 2)
- Notfallmedizin: Zuordnung zu mindestens der allgemeinen Notfallstufe „Erweiterte Notfallversorgung“ (Erfüllung der Kriterien des G-BA-Beschlusses)
- Innovationen: mindestens 50 beim InEK beantragte NUB-Entgelte mit Status 1 (p. a.)
- Fachärztliche stationäre Versorgung in mindestens 10 Fachrichtungen der Bereiche Innere Medizin und Chirurgie sowie in mindestens 6 weiteren Fächern (vgl. Anlage 1)

- Mindestanzahl von 4 eigenen sonstigen Abteilungen oder Instituten (ggf. an der Universität angesiedelt) (vgl. Anlage 1)

3. Kriterienkatalog „Regelversorgung“

- Mindestanzahl von 300 Planbetten und 11.000 stationären Fällen
- Leistungsspannbreite: Abrechnung von mindestens 35 % der aDRG-Fallpauschalen
- Intensivmedizin: mindestens 10 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit und Zuordnung zur Leistungsgruppe „Intensivmedizin komplex“ (vgl. Anlage 2)
- Notfallmedizin: Zuordnung zu mindestens der allgemeinen Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ (Erfüllung der Kriterien des G-BA-Beschlusses)
- Fachärztliche stationäre Versorgung in mindestens 5 Fachrichtungen der Bereiche Innere Medizin und Chirurgie sowie in mindestens 2 weiteren Fächern (vgl. Anlage 1)

4. Kriterienkatalog „Grundversorgung“

- Mindestanzahl von 80 Planbetten und 3.000 stationären Fällen
- Leistungsspannbreite: Abrechnung von mindestens 15 % der aDRG-Fallpauschalen
- Intensivmedizin: mindestens 6 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit und Zuordnung zur Leistungsgruppe „Intensivmedizin Basis“ (vgl. Anlage 2)
- Notfallmedizin: Zuordnung zu mindestens der allgemeinen Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ (Erfüllung der Kriterien des G-BA-Beschlusses)
- Fachärztliche stationäre Versorgung in mindestens 2 der folgenden Fachrichtungen:
 - o Innere Medizin
 - o Chirurgie
 - o Frauenheilkunde und Geburtshilfe

5. Kriterienkatalog „Primärversorgung“

- Fachärztliche stationäre Versorgung in mindestens 1 der folgenden Fachrichtungen:
 - o Innere Medizin
 - o Chirurgie
 - o Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Ärztliche Versorgung mit 24/7-Verfügbarkeit

Differenzierung nach Versorgungsstufen innerhalb des DRG-Systems

Aufbauend auf diesem Stufensystem ist das Krankenhausfinanzierungssystem im Sinne des Koalitionsvertrags weiterzuentwickeln. Denn durch die InEK-Kostenkalkulation mittels „Ein-Haus-Methode“ finden strukturelle Unterschiede aktuell keine angemessene Berücksichtigung. Vielmehr wird unterstellt, dass die Kostenstrukturen in allen Krankenhäusern homogen sind. Für jede DRG-Fallpauschale wird ein Kostendurchschnitt mit einer gleichartigen Streuung der Fallkosten zwischen den Krankenhäusern unterstellt, an dem sich die fallpauschale Vergütung orientiert. Auch bisher etablierte Instrumente, wie etwa die Zentren- oder Notfallzuschläge, können die negativen Folgen dieser Mittelwertkalkulation nicht auffangen. Daher sollte an die Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angeknüpft werden, der in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 bereits eine nach Versorgungsstufen differenzierte Vergütung empfohlen hat.

Um die im Koalitionsvertrag verankerten Versorgungsstufen in der Finanzierung der Krankenhäuser abzubilden, müsste zunächst ermittelt werden, in welcher Höhe sich das Kostenniveau zwischen den fünf Versorgungsstufen unterscheidet. Dabei sollte das jeweilige Durchschnittskostenniveau der einzelnen Versorgungsstufen ins Verhältnis zum allgemein gültigen Relativgewicht von 1,0 gesetzt werden (nach Versorgungsstufen differenzierte Bezugsgröße). Es würde so für jede der fünf Versorgungsstufen ein eigener Multiplikator ermittelt werden, der bundesweit gilt und bei der DRG-Abrechnung zugrunde gelegt wird (Landesbasisfallwert x Relativgewicht der aDRG x Multiplikator der Versorgungsstufe). Der Multiplikator würde das unterschiedliche Kostenniveau für die Entgeltfindung abbilden. Die Ermittlung könnte ein unabhängiges wissenschaftliches Institut auf der Grundlage der InEK-Kalkulationsdaten vornehmen. Die Datengrundlage sollte hierbei einen längeren Zeitraum umfassen, wobei die Kostendaten ohne Einfluss der Pandemie herangezogen werden sollten (also z. B. die Jahre von 2015 bis 2019). Eine Reevaluierung der Multiplikatoren sollte in einem regelmäßigen Abstand erfolgen (z. B. alle drei Jahre).

Anlage 1: Mindestanzahl von Fachrichtungen bzw. Instituten in Uniklinika sowie Krankenhäusern der Maximal- und Regelversorgung

	Regelversorgung	Maximalversorgung	Uniklinika
Innere Medizin: Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Hämatologie und Onkologie, Diabetologie und Endokrinologie, Infektiologie Chirurgie: Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie	mindestens 5	mindestens 10	mindestens 12
Weitere Fachrichtungen: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Neurochirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Geriatrie, Palliativmedizin	mindestens 2	mindestens 6	mindestens 8
Sonstige Abteilungen oder Institute: Anästhesiologie, Allgemeinmedizin, Radiologie, Labormedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Pathologie, Pharmakologie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Rechtsmedizin, Transfusionsmedizin, Hygiene und Umweltmedizin, Human-genetik, Zahnmedizin	-	mindestens 4	mindestens 8

Anlage 2: Leistungsgruppe Intensivmedizin (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf, S. 254))

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene	Mindestvoraussetzung	Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben ⁶		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
28.1	Intensivmedizin	Kreis	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW/Intensivmedizin FA Anästhesiologie	3 Intensivmedizinisch erfahrene FA (VZA) mind. Ruberelschaft 24/7 Davon 1 FA mit ZW/Intensivmedizin oder FA Anästhesiologie	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	
						Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierensatzverfahren (24h-Einsatzfähigkeit) b. Flexible Bronchoskopie (Tagdienst) c. Ultraschall-Verfahren (Tagdienst): Abdomen, TTE TEE am Standort (Tagdienst) Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW/Intensivmedizin	3 intensivmedizinisch erfahrene FA (VZA) mind. Ruberelschaft 24/7 Davon 2 FA mit ZW/Intensivmedizin Ständige Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes auf der Intensivstation. Die Ärztin/der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	
						Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierensatzverfahren (24h-Einsatzfähigkeit) b. Flexible Bronchoskopie (24h-Einsatzfähigkeit) c. Ultraschall-Verfahren (24h-Einsatzfähigkeit): Abdomen, TTE TEE am Standort (Tagdienst) Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW/Intensivmedizin	3 FA (VZA) mit ZW/Intensivmedizin, mind. Ruberelschaft 24/7 Ständige Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes auf der Intensivstation. Die Ärztin/der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	

Erfahren Sie mehr unter:

SPITZENVERSORGUNG-FUER-ALLE.DE

