

Mehr Qualität und weniger Bürokratie im Krankenhaus

Regierungskommission legt Empfehlungen zu Mindestvorgaben vor

Unter dem Titel „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements. Mehr Qualität – weniger Bürokratie“ legt die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer siebten Stellungnahme Empfehlungen vor, wie Bürokratie abgebaut und Qualität durch neue – und die Weiterentwicklung bestehender – Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements gefördert werden soll. „Durch eine klare, bundeseinheitliche Zuweisung von Leistungsgruppen mit Mindestqualitätsvoraussetzungen entstehen für die vorgeschlagenen Level Versorgungsstufen, die zu mehr Qualitätstransparenz für die Bevölkerung führen“, heißt es in der siebten Stellungnahme der Regierungskommission.

„Die Empfehlung der Regierungskommission betont ein Kernanliegen der Bundesregierung: die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dass bessere Qualität nicht notwendigerweise

mehr Bürokratie bedeuten muss, ist ein wichtiger Ansatz, den wir im Regierungshandeln verfolgen werden“, sagte Bundesgesundheitsminister **Karl Lauterbach**.

DKG: Chance zur echten Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und -management

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) teilt die in den aktuellen Empfehlungen der Regierungskommission anklingende Unzufriedenheit mit dem derzeitigen System der gesetzlichen Qualitätssicherung: Überregulierung bis ins kleinste Detail, Doppeldokumentationen und Parallelkontrollen, ineffiziente und nebenwirkungsbehaftete Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Bürokratie und die Suche nach Fehlern und Defiziten, drohende Sanktionen sowie die Zweckentfremdung zur „kalten Krankenhausstrukturbereinigung“ hätten seit Langem negative Auswirkungen für die Krankenhäuser und die Patientenversor-

Die siebte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: die Empfehlungen im Einzelnen

- Überprüfung aller bisherigen Instrumente der Qualitätssicherung.
- Oberstes Gebot für Nachweise sollte weniger Bürokratie und Praxistauglichkeit sein.
- Wo immer möglich, sollen vorhandene Daten zum Beispiel aus Abrechnungs- oder Sozialdaten sowie Krankenhausinformationssystemen genutzt werden.
- Stabil unauffällige Einrichtungen sollten erst nach drei Jahren wieder überprüft werden.
- Qualitätsindikatoren sollten möglichst auf Empfehlungen von S3-Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften beruhen.
- Vorhandene Zertifikate, die wissenschaftlichen Kriterien nicht genügen, sollten nicht mehr finanziert bzw. von Krankenhäusern nicht erworben werden. Das IQTIG soll Kriterien für die Bewertung von Zertifikaten erarbeiten.
- Auch für nichtärztliche Behandlungsarten (Qualität der Leistungen der Pflege u. a. Gesundheitsberufe) sollen Standards entwickelt werden.
- Gesundheitseinrichtungen, die sogenannte Indikationsboards etablieren, sollen dafür mit einer qualitätsabhängigen Vergütung belohnt werden.
- Berücksichtigt werden sollen nicht nur klinische Daten, sondern auch die Patientenperspektive: Daten aus Patientenbefragungen zu Outcomes (PROMs) und Prozessen (PREMs) sollen daher zur Qualitätsbewertung herangezogen werden, für alle Krankenhäuser verbindlich sein und Bestandteil der qualitätsabhängigen Vergütung werden.
- Die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Sektor sollte angeglichen werden. Auch die Vorgehensweisen in den Bundesländern sollten harmonisiert werden.
- Einführung eines (freiwilligen) Zertifikats für Krankenhäuser, die sich mit Gesundheitseinrichtungen aus der Region vernetzen und eng zusammenarbeiten. Damit verbunden: Aufstockung des Vorhaltebudgets um bis zu 2 %.
- Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM-RL) zu einem klaren Anforderungskatalog. Bei erfolgreicher (freiwilliger) Auditierung sollten Krankenhäuser ihr Vorhaltebudget um bis zu 2 % aufstocken können.
- Wer mit Methoden des „Shared Decision Making“ arbeitet – einer Form der Kommunikation, in der sich Arzt und Patient auf Augenhöhe begegnen und Informationen für Laien verständlich vermittelt werden – soll ebenfalls mit einer qualitätsabhängigen Vergütung belohnt werden.

gung, heißt es in einer Pressemitteilung der DKG: „Die Vorschläge der Regierungskommission sind fundiert und eine gute Grundlage für eine echte Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Für uns ist es das wesentliche Ziel, den tatsächlichen Nutzen der Qualitätssicherung für die Patientenbehandlung in den Mittelpunkt aller Maßnahmen zu stellen“, erklärte **Dr. Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der DKG.

Absolut richtig sei, die Notwendigkeit der Evidenzbasierung aller Qualitätssicherungsmaßnahmen zu betonen. Auch den verstärkten Einbezug der Patientenperspektive und die Überprüfung sämtlicher vorhandener Qualitätssicherungsinstrumente auf ihre Sinnhaftigkeit im Rahmen der anstehenden Krankenhausstrukturreform. Hier gilt es vor allem, auch Instrumente wie Mindestmengen und planungsrelevante Qualitätsindikatoren kritisch zu bewerten, die dringende Notwendigkeit eines flexiblen Personaleinsatzes zu betonen, bürokratische Aufwände zu verringern und Datensparsamkeit als grundlegendes Prinzip sowie die Harmonisierung und Vereinfachung der Regelungen zu verankern.

Auch die Vorschläge beispielsweise zur breiteren Anwendung von Instrumenten des Qualitätsmanagements und des Konzepts von Zertifizierungen werden von der DKG begrüßt. Die Regierungskommission hebe die Bedeutung der fachlichen Bewertung durch Experten im Dialog mit den Krankenhäusern hervor. Auch die vertiefte Ursachenanalyse durch Audits auf Systemebene und die Wichtigkeit einer umfassenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die den ambulanten Bereich konsequent einschließt, entsprechen langjährigen Forderungen der Krankenhäuser.

„Die Vorschläge der Regierungskommission zur Weiterentwicklung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in Bezug auf ihre Rollen und Aufgaben in der Qualitätssicherung müssen zunächst geprüft werden. Es ist unabdingbar, solche Veränderungen in einem breiten Diskurs zu erörtern. Wichtig und für uns zentral ist, dass die Länder an dieser Weiterentwicklung beteiligt werden, denn die zukünftige Qualitätssicherung hat erhebliche Auswirkungen auch auf die Krankenhausplanung“, so Dr. Gerald Gaß.

Gleichwohl habe die Stellungnahme der Regierungskommission auch Schwächen. Die Idee der Level oder Versorgungsstufen ziehe sich durch die Vorschläge, und dies, obwohl Bund und

Länder sich in den Gesprächen zur Krankenhausreform geeinigt hätten, dass diese keinen Eingang in die Krankenhausplanung finden werden. „An einigen Stellen wiederholt die Regierungskommission leider auch Fehler der Vergangenheit und will Qualitätssicherungsinstrumente für fremde Zwecke (Regulation, Krankenhausplanung) verwenden. Und schlussendlich kommt es eben auch auf die Umsetzung an. So ist die angelegte Trennung zwischen Mindeststrukturvoraussetzungen für die Krankenhausplanung anhand von Leistungsgruppen auf der einen Seite und weiterer Anforderungen und Instrumente zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung auf der anderen Seite sehr begrüßenswert, muss jedoch konsequent zu Ende geführt werden. Jetzt geht es darum, die zusammenzufassen und in ein umsetzbares kohärentes System der Qualitätssicherung und -verbesserung zu überführen. Für diesen nun dringend notwendigen Prozess stehen die Krankenhäuser gerne zum konstruktiven Dialog bereit“, erklärte Dr. Gerald Gaß.

Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Mitglied der Regierungskommission und Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement sowie Leiterin des Bereichs für Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement der Sana Kliniken AG, sagte anlässlich der Veröffentlichung der Stellungnahme: „Qualität fängt bereits bei der Indikationsstellung an. Hier haben wir noch wenige valide Informationen über das Versorgungsgeschehen. Wissenschaftliche Leitlinien sollten dazu routinemäßig Hinweise geben. Ihre Weiterentwicklung in diese Richtung sollte gefördert werden. Auch mit Peer Reviews – der rückschauenden, gegenseitigen Beratung unter Experten – und Indikationsboards, in denen prospektiv und interdisziplinär über geeignete Behandlungsstrategien beraten wird, könnten hier Verbesserungen erzielt werden.“

Prof. Jochen Schmitt, Mitglied der Regierungskommission und Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung am Universitätsklinikum Dresden: „Eine hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit sind primäre Ziele unseres Gesundheitssystems. Hier befinden wir uns aber trotz viel Bürokratie fast noch im Blindflug. Entscheidende Schlüssel für bessere Qualitätstransparenz für Bürgerinnen und Bürger bei gleichzeitig verhältnismäßigem Dokumentationsaufwand in Kliniken und Praxen sind die digitale Transformation im Gesundheitswesen und ein ermöglichender Datenschutz. Dies stärkt die Patientensicherheit und schafft ein lernendes Gesundheitssystem.“ *krü*

Redaktionstelefon: 030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9

Bundestag beschließt Krankenhaus- transparenzgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Oktober 2023 den überarbeiteten Gesetzentwurf des Krankenhaustransparenzgesetz beschlossen. Patienten sollen sich künftig über ein umfassendes Transparenzverzeichnis informieren können. Die Krankenhäuser sollen kurzfristig Liquiditätshilfen erhalten. Die Krankenhausverbände sehen keine Abhilfe zur Behebung der strukturellen Unterfinanzierung der Kliniken.

Dazu erklärte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), **Dr. Gerald Gaß**: „Die Grundkritik am Krankenhaustransparenzgesetz bleibt bestehen. Mit diesem Gesetz wird keine zusätzliche Transparenz geschaffen, die zu einer besseren Entscheidungsgrundlage für Patientinnen und Patienten führt, es wird aber die Hoheit der Länder bei der Krankenhausplanung beendet.“

Das Ziel, eine hohe Transparenz zum Nutzen von Patienten zu schaffen, werde zudem verfehlt. „Die künstliche Levelteilung sagt nichts über die Qualität der Behandlungen in einem Krankenhaus aus“, betonte Gaß. Die vermeintlichen „Sterne-kategorien“ (Level) würden die Patientinnen und Patienten fehlleiten. Hochspezialisierte Fachabteilungen in kleineren Kliniken, die medizinische Leistungen in anerkannt hervorragender Qualität durchführen, würden dagegen im neuen Transparenzportal des Ministers erst weit hinten auftauchen.

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz werden die Krankenhäuser verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die notwendigen Angaben zu übermitteln. Das InEK liefert die Daten und Auswertungen und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereitet die Daten für das Verzeichnis auf.

Das Verzeichnis soll, begleitend zur Krankenhausreform, ab Mai 2024 durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlicht werden.

Das Transparenzverzeichnis

Im Transparenzverzeichnis geht es um folgende Informationen:

- Fallzahlen von Leistungen (differenziert nach Leistungsgruppen),
- vorgehaltenes ärztliches und pflegerisches Personal,
- Komplikationsraten für ausgewählte Eingriffe,
- Zuordnung zu Versorgungsstufen (Level) nach der Anzahl und Art der mindestens zu erbringenden Leistungen, zusammengefasst nach Leistungsgruppen.

Die Veröffentlichung soll übersichtlich, allgemeinverständlich und interaktiv sein und fortlaufend aktualisiert werden. Perspektivisch könnten weitere Daten in das Transparenzverzeichnis aufgenommen werden. Die Datenübermittlung für alle Krankenhausbehandlungsfälle erfolgt erstmals für das Datenjahr 2023.

Die Nutzung des Transparenzverzeichnisses wird durch das BMG evaluiert.

Liquidität der Krankenhäuser

Zur Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser sieht das Gesetz zudem folgende Regelungen vor:

- Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen
- Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes: Ab dem Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes wird der vorläufige Pflegeentgeltwert von 230 € auf 250 € erhöht.
- Vorläufiger Mindererlösausgleich auch für Folgejahre: Für viele Krankenhäuser liegt für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Diese Krankenhäuser erhalten einen schnelleren Ausgleich der noch nicht finanzierten Pflegekosten, wenn sich herausstellt, dass die krankenspezifischen Pflegekosten mit dem abgerechneten Pflegeentgeltwert in den vorangegangenen Jahren unterfinanziert werden.

Die Veröffentlichung des Klinik-Atlas durch das BMG hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder und die Krankenhausvergütung, heißt es in der Presseerklärung des BMG. Die Leistungsgruppen würden ausschließlich zur Veröffentlichung im Transparenzgesetz benannt.

„Hoheit der Länder bei der Krankenhausplanung beendet“

Mit dieser Levelteilung, die von den Ländern im Rahmen der Verhandlungen zur Krankenhausreform immer abgelehnt wurde, riskiert der Minister auch den Konsens zwischen Bund und Länder zur Krankenhausreform, fürchtet dagegen der DKG-Vorstandsvorsitzende. Denn auf diesem Wege verlieren die Länder durch die Hintertür ihre Hoheit in der Krankenhausplanung. Im Transparenzportal des Bundes sollen dann schon im nächsten Jahr Kliniken nach Leistungsgruppen in der Qualität gelistet werden, obwohl diese Leistungsgruppenzuteilung noch gar nicht durch die Länder erfolgt sein wird und auch im konsentierten Zeitplan zur Krankenhausreform erst Ende 2026 vorgesehen ist. „Es bleibt also völlig offen, in welcher Zuordnung und wonach Krankenhäuser hier transparent bewertet werden sollen.“ Zudem wähle das Bundesministerium für Gesundheit einen Weg zur Festlegung der Leistungsgruppen einzelner Kliniken, der von Willkür geprägt sei und nicht rechtssicher sein könne. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll dem Ministerium Empfehlungen geben, welches Krankenhaus aufgrund von bestimmten Fallzahlen überhaupt für bestimmte Leistungsgruppen gelistet werden soll. „Auf welcher wissenschaftlichen Evidenz diese Fall-

zahlstufung erfolgen soll, bleibt offen. Rechts- und Planungssicherheit gibt es somit weder für die Krankenhäuser noch für die Länder“, heißt es in einer Pressemitteilung der DKG vom 19. Oktober. Deshalb fordere auch hier die DKG die Zuordnung nach Leistungsgruppen im Transparenzportal rechtssicher erst auf Basis der Krankenhausplanung und nicht schon in 2024 anhand fragwürdiger Kriterien vorzunehmen.

Die Krankenhäuser fürchten zudem, dass das Gesetz neue bürokratische Lasten mit sich bringen wird. Mit erheblichem Aufwand sollen Krankenhäuser vierteljährlich die ärztliche Personalbesetzung mit kleinteiligen Zusatzinformationen melden. „Entgegen der gebetsmühlenartig wiederholten Ankündigung des Ministers, für eine Entbürokratisierung zu sorgen, werden neue Meldepflichten ohne Mehrwert mit großem Aufwand geschaffen. In der Sachverständigenanhörung wurde von vielen Seiten, beispielsweise auch vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), festgestellt, dass diese Anforderungen einen immensen Arbeits- und Dokumentationsaufwand mit sich bringen.“

Insgesamt sei das Transparenzgesetz eine Mogelpackung und eine Enttäuschung für die Patienten. „Alter Wein wird in neuen Schläuchen verkauft. Die Transparenz über die Qualität von Krankenhausleistung gibt es schon lange. Kein anderer Bereich im Gesundheitswesen ist so transparent wie die Krankenhäuser. Das deutsche Krankenhausverzeichnis war über Jahre hinweg mit 500 000 Aufrufen pro Monat auf dem Gesundheitsportal des Bundes zu finden. Seine Finanzierung stellte der Minister nun aber ein“, so Gerald Gaß weiter.

Appell an die Länder: Stopp im Bundesrat

Die DKG appelliert daher an die Länder, das Gesetz im Bundesrat zu stoppen und in den Vermittlungsausschuss zu überweisen. Dies gelte umso mehr, weil das von den Ländern geforderte Vorschaltgesetz zur Sicherung der Kliniken nicht kommen soll. In den Änderungsanträgen gibt es einige positive Anpassungen zur Ausfinanzierung der Pflegepersonalkosten. Damit kann in einigen Krankenhäusern eine gewisse Verbesserung der Liquidität erreicht werden. Sie helfen aber definitiv nicht, die strukturellen Unterfinanzierung zu beheben und die allgegenwärtige Insolvenzgefahr einzudämmen. Die nun schnellere Auszahlung des Pflegebudgets ist dringend notwendig, wird aber von den Krankenhäusern genutzt werden müssen, um die Kredite abzu zahlen, die sie aufnehmen mussten, weil die Pflegebudgetzahlungen von den Krankenkassen bisher nur verzögert ausgezahlt worden sind. Auch die Erhöhung des Pflegeentgeltwertes ist zu begrüßen, wird aber nur für etwa ein Drittel der Krankenhäuser Relevanz haben, da die Mehrzahl der Kliniken schon einen krankhausindividuellen Pflegeentgeltwert verhandelt haben. Eine höhere Liquidität ist richtig, verhindert aber nicht die Insolvenzwelle, da damit nicht die strukturelle Unterfinanzierung beseitigt wird. Hier muss dringend mit einem Vorschaltgesetz nachgearbeitet werden. Die Krankenhäuser brauchen Entgelte, mit denen sie ihre Personal- und Sachkosten grundsätzlich decken können. Nur die schnelle Anpassung der Landesbasisfall-

werte und der Psychatrieentgelte an die gestiegene Inflation kann hier systemkonforme Lösung sein.“

BDPK: „Mogelpackung“

Nach Ansicht des BDPK ist das Krankenhaustransparenzgesetz eine Mogelpackung. Der angebliche Zweck, besser über die Qualität der Krankenhausbehandlung zu informieren, werde verfehlt. Stattdessen bekämen Patienten allenfalls oberflächliche Auskünfte zu den Strukturdaten der Krankenhäuser, wie die Zahl ihrer Fachabteilungen, eine Einordnung in Krankenhauslevel und nebensächliche Informationen über das je Leistungsgruppe vorgehaltene Personal.

„Das ist eindeutig zu wenig für eine hilfreiche Patienteninformation,“ erklärt Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), der die Interessen von über 1.300 Krankenhäusern und Reha-Vorsorgeeinrichtungen in privater Trägerschaft vertritt. Als Beleg für diese Bewertung verweist Bublitz auf die siebte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die vom Bundesgesundheitsminister einberufene Expertengruppe beschreibe darin in aller Klarheit, dass es für eine umfassende Qualitätsbeurteilung nicht ausreicht, die Patienten ausschließlich über sogenannte Strukturdaten von Krankenhäusern zu informieren. Perspektivisch seien dringend auch die Qualitätsergebnisse aus den Daten der Krankenkassen und der sogenannten klinischen Register, wie Krebs- oder Endoprothesen-Register, zu berücksichtigen.

„Dass der Bericht der Expertenkommission erst nach Verabschiedung des Gesetzes veröffentlicht wird, dürfte kein Zufall sein. Offensichtlich will Minister Lauterbach um jeden Preis an der von ihm vorgeschlagenen Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungslevel festhalten, auch wenn sich die Bundesländer explizit dagegen ausgesprochen haben und der Verzicht auf Krankenhauslevel in der Krankenhausreform mit den Ländern vereinbart ist. Dieses Vorgehen sollte auch die Bundesländer misstrauisch machen,“ so Bublitz.

Unverständlich ist aus Sicht des BDPK zudem, wieso der Minister für seine Patienteninformation nicht die Erfahrungen der



BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz. Foto: Ines Lindenau/BDPK

Weißer Liste der Bertelsmann-Stiftung, der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und Krankenhaus-Navigatoren der Krankenkassen nutzt, die auf aktuelle und bürokratiearme Routinedaten setzen. „Auch daran zeigt sich, dass die mit dem Gesetz beabsichtigte Qualitätsinitiative antiquiert ist. Das Ganze dient wohl eher dazu, den Ländern über einen Umweg die nicht konsensfähigen Krankenhauslevel überzustülpen,“ erklärt Bublitz.

Universitätsklinika eigene Versorgungsstufe im Transparenzverzeichnis

Die Universitätsklinika begrüßen die Verabschiedung des Krankenhaustransparenzgesetzes durch den Bundestag als ersten wichtigen Schritt in der Umsetzung der Krankenhausreform. Das Level 3U für Universitätsklinika ist als eigene Versorgungsstufe im Transparenzverzeichnis gesetzt und führe zu mehr Übersichtlichkeit und Orientierung für Bürgerinnen und Bürger. Mit der Ausweisung der Universitätsklinika als eigene Versorgungsstufe werde die Komplexität der Leistungserbringung abgebildet. Bürgerinnen und Bürger können mit dem Level für die in Zukunft eindeutig erkennen, wo Spitzenversorgung erbracht, interdisziplinär behandelt wird und Innovationen aus der Forschung in die Versorgung überführt werden, heißt es in einer Pressemitteilung des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD).

„Das Krankenhaustransparenzgesetz ist der Beginn der Umsetzung der Krankenhausreform. Als Nächstes müssen die Maßnahmen zu konkreten Strukturveränderungen angepackt werden. Die Demografie lässt uns keine andere Wahl, als Leistungen zu konzentrieren und das Krankenhaussystem effizienter zu machen. Dafür müssen unsere Versorgungsstrukturen neu ausgerichtet werden. Davon wird auch die Qualität der Versorgung und somit die Patientinnen und Patienten profitieren. Auf diesem Weg ist das Krankenhaustransparenzgesetz der erste wichtige Schritt“, betont **Prof. Jens Scholz**, 1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD).



VUD-Vorsitzender Prof. Jens Scholz. Foto: VUD

BKG: Kliniken brauchen dringend nachhaltige finanzielle Hilfe

Die im Krankenhaustransparenzgesetz beschlossenen Liquiditätshilfen sind keinesfalls Mittel zur nachhaltigen wirtschaftlichen Sicherung, so der Geschäftsführer der Berliner Kranken-

hausgesellschaft (BKG), **Marc Schreiner**. „Nach unseren Berechnungen betragen die Liquiditätshilfen nicht die kolportierten 5 Mrd. €, sie werden deutlich darunter liegen und auch erst spät zur Auszahlung kommen. Zudem wirken die Liquiditätshilfen dem Defizit durch die inflationsbedingten Steigerungen nicht entgegen. Mit Einmal-Hilfen ohne strukturellen Kostensteigerungseffekt werden Krankenhäuser immer wieder Hilfe von Bund, Ländern und Kommunen zum Überleben benötigen“, so der Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG). Die Forderung der Kliniken bleibe: Um die Inflation seit 2022 ausgleichen zu können, müsse der Landesbasisfallwert 2023 nachholend um 4 % erhöht werden. „Nur damit könnte eine gute und gerechte Verhandlungsbasis für den Landesbasisfallwert 2024 gegeben werden. Zusätzlich muss die Preissteigerung von 2023 auf 2024 so ausreichend bemessen werden, dass die Krankenhäuser die erwartbar hohen Kostensteigerungen refinanzieren können“, so Schreiner.



BKG-Geschäftsführer Marc Schreiner. Foto: BKG

Die Berliner Krankenhausgesellschaft weist darauf hin, dass die im Gesetz vorgesehenen Anpassungen der Pflegepersonalkosten Krankenhäuser dazu befähigen, aufgenommene Kredite abzuführen. Diese mussten sie aufnehmen, weil die Pflegebudgetzahlungen von den Krankenkassen bisher nur verzögert ausgezahlt worden sind. „Eine höhere Liquidität ist wichtig, geht aber am Ziel der nachhaltigen wirtschaftlichen Sicherung der Häuser vorbei. Die Krankenhäuser befinden sich in einer wirtschaftlich prekären Lage. Sie brauchen deshalb dringend nachhaltig finanzielle Hilfe. Die Politik hat dafür zu sorgen, dass für die Versorgung wichtige Strukturen vor zufälligen Insolvenzen bewahrt werden.“

Auch kritisiert die BKG das im Krankenhaustransparenzgesetz beschlossene Transparenzverzeichnis. „Das neue Gesetz trägt nicht dazu bei, dass Patienten besser informierte Entscheidungen treffen können. Vielmehr stiftet es über die Einteilung der Kliniken in künstliche Level eher noch Verwirrung“, fürchtet Schreiner.

GKV-Spitzenverband: angemessene Liquiditätsmaßnahmen, umfassende Information

Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband erklärte: „Die Verpflichtung der Krankenhäuser, aktuelle Informa-

tionen und Daten unverzüglich zu übermitteln, ist ein echter Fortschritt. Außerdem bringt es einen wichtigen Mehrwert, dass es Angaben darüber gibt, wenn Länder Ausnahmen von der Erfüllung der Qualitätskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses erteilen. All diese Informationen schaffen zusammen Klarheit und Transparenz darüber, was ein Krankenhaus in welcher Qualität für die Patientinnen und Patienten leistet. Das Transparenzverzeichnis wird zu einer besseren Krankenhausversorgung führen.“

Die Liquiditätsmaßnahmen zur Unterstützung der Krankenhäuser seien angemessen, so Stoff-Ahnis. Sie würden zielgerichtet bei der Überbrückung der aktuellen wirtschaftlichen Herausforderungen helfen: „Nach wie vor fehlen den Krankenhäusern jedoch jedes Jahr rund 4 Mrd. € an Investitionsmitteln von den Ländern. Derzeit tragen die Krankenkassen diese Zahlungen faktisch über die Betriebskosten mit. Forderungen der Länder, nun noch weiter die Betriebskosten zu erhöhen, ist deshalb eine klare Absage zu erteilen. Die Länder müssen auch in die Pflicht genommen werden, wenn es darum geht, konkrete und



Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband.
Foto: GKV-SV

zielgenaue Lösungen für einzelne in Schieflage geratene Kliniken zu finden. Insbesondere mit Blick auf die vor uns liegende Reform der Krankenhauslandschaft dürfen die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht belastet werden.“ *krü* ■

G-BA erweitert Zentrums-Regelung: Zentren für Intensivmedizin

Auf Initiative der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), fachlich unterstützt durch die medizinischen Fachgesellschaften, hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden, die Zentren für Intensivmedizin nun in diese Regelung mit aufzunehmen. Krankenhäuser, die künftig als intensivmedizinische Kompetenz- und Koordinierungszentren neben der Patientenversorgung besondere Aufgaben wahrnehmen, können dafür finanzielle Zuschläge erhalten. Eine wichtige Aufgabe solcher Zentren können Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern per Videoübertragung sein, was die Verweildauer von intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verkürzen oder lebensbedrohliche Komplikationen reduzieren kann.

„Wir sehen in dieser Erweiterung der Regelung ein wichtiges Signal, um besondere intensivmedizinische Kompetenz und Koordinationsaufgaben durch eine finanzielle Förderung auch regionalen Krankenhäusern in der Fläche zur Verfügung zu stellen und so die Versorgung für die Patientinnen und Patienten umfassend zu verbessern“, erklärte **Dr. Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der DKG.

Krankenhäuser, die zukünftig als Intensivmedizinische Zentren ausgewiesen sind und eine besondere Rolle in der Patientenversorgung erfüllen, können dann auch finanzielle Zuschläge erhalten. Die Zentren werden gerade durch ihre Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser eine stark koordinierende Funktion übernehmen und mit ihrer Kompetenz die intensivmedizinische Versorgung auch in der Breite unterstützen und verbessern. „Diese gemeinsam von allen Organisationen im

G-BA getragene Neuerung, wird gerade angesichts des immer enger werdenden Fachkräftepools einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hervorragende Patientenversorgung auch in der Zukunft leisten“, so Gaß.

In Deutschland werden pro Jahr ca. zwei Millionen Menschen aufgrund von lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen intensivmedizinisch versorgt. Sie brauchen eine besonders intensive Überwachung und Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Um intensivmedizinische Expertise möglichst fachübergreifend zu nutzen, hat das Gremium der Selbstverwaltung seine sogenannten Zentrums-Regelungen ergänzt. Er weist einen neuen Typ aus: Zentren für Intensivmedizin. Das heißt, **Prof. Josef Hecken**, unparteiischer Vorsitzender des G-BA: „Das Vorgehen, intensivmedizinische Beratungen von Krankenhäusern auf einen neuen Zentrumsstyp zu konzentrieren, wird durch Studien gestützt. Bisher deckt der intensivmedizinische Anteil in anderen Zentren in der Regel nur die Expertise des jeweiligen Fachgebiets ab und bleibt damit leider begrenzt. Der neue Zentrumsstyp für Intensivmedizin ist hingegen durch einen interprofessionellen Versorgungsansatz breiter aufgestellt. Welche speziellen Anforderungen dafür bei Personal, Geräteausstattung oder der Qualitätssicherung in solchen Zentren notwendig sind, definiert der G-BA.“

Zentren übernehmen besondere Aufgaben

Zentren für Intensivmedizin können besondere Aufgaben übernehmen und dafür von den Krankenkassen eine Vergütung zu-

sätzlich zu den Fallpauschalen erhalten. Hierzu gehören beispielsweise folgende Aufgaben:

- Beratung anderer Krankenhäuser, die auch über intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten verfügen, via telemedizinischer Fallkonferenzen und Visiten
- Mentorenfunktion für andere Krankenhäuser mit eigener Intensivmedizin durch regelmäßige fallunabhängige Qualitätszirkel
- Fort- und Weiterbildungsangebote für vernetzte Krankenhäuser

Eingeflossen in die neuen Regelungen speziell zu den telemedizinischen Aufgaben sind Erkenntnisse aus dem Projekt „ERIC“ (Enhanced Recovery after Intensive Care), das über den Innovationsfonds beim G-BA gefördert worden war.

Anforderungen an Zentren für Intensivmedizin

Damit Krankenhäuser als Zentren für Intensivmedizin gelten können, die spezielle zuschlagsfähige Aufgaben übernehmen, müssen sie besondere Voraussetzungen erfüllen. Das umfasst beispielsweise eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft für Akutfälle, Personal mit intensivmedizinischem und -pflegerischem Wissen, das Vorhalten von bestimmten Strukturen wie High-Care-Betten, die Verfügbarkeit von bestimmten bildgebenden Verfahren (CT/MRT), aber auch palliativmedizinische Kompetenzen, außerdem psychologische Betreuungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, Angehörige und das Zentrums-Team. Von den Zentren wird zudem erwartet, dass telemedizinische Visiten – Audio- und Videoübertragungen in Echtzeit – täglich durchführbar sind. Außerdem sollen diese Zentren über besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung verfügen. *krü* ■

Mindestpersonalvorgaben in Psychiatrien: Umsetzungsfristen verlängert

Mindestvorgaben für die multiprofessionelle Personalausstattung in Psychiatrien sollen bereits seit 2020 eine gute Behandlung der Patientinnen und Patienten absichern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Oktober beschlossen, dass frühestens ab dem Jahr 2026 – und nicht bereits ab 2024 – der Anteil der Vergütung entfällt, der rechnerisch dem Anteil des fehlenden Personals entspricht. Die Einrichtungen erhalten somit mehr Zeit, um sich auf die Anforderungen einzustellen. Der G-BA trage mit seinem Beschluss auch den Befürchtungen Rechnung, dass die Einrichtungen aufgrund der Mindestpersonalvorgaben ihre Versorgungsangebote reduzieren und ihre Versorgungskonzepte nicht ausbauen, heißt es in einer Pressemitteilung des G-BA. Das Gremium werde die längere Umsetzungsfrist dafür nutzen, die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) an zentralen Punkten weiterzuentwickeln. Dies schließt auch die Folgen ein, die zukünftig bei einem Unterschreiten der Personalanforderungen greifen sollen.

Karin Maag, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung: „Wir sehen, dass derzeit – gemessen an unseren Mindestpersonalvorgaben – vor allem Pflegekräfte und Spezialtherapeutinnen und -therapeuten fehlen. Wenn wir aber in zwei Jahren zu einer modernen Personalbemessung entsprechend des aus dem Innovationsfonds geförderten Projektes „EPPPIK“ kommen sollten, wird sich der Personalbedarf voraussichtlich sogar noch erhöhen. Ich erwarte deshalb, dass nicht nur von uns die Zeit genutzt wird. Wir brauchen Strukturen, in denen Patientinnen und Patienten an der Schnittstelle ambulant/stationär oder auch nur ambulant weiterbehandelt werden können. Ich denke hier beispielsweise auch an Psychiatrische Institutsambulanzen, die es noch nicht überall gibt. Auch die regionalen Netzverbände, die sich expli-

zit für die berufsgruppenübergreifende und koordinierte Behandlung schwer psychisch Erkrankter bilden sollen, haben noch nicht die notwendige Relevanz in der Versorgung erlangt.“ Und Maag weiter: „Ich möchte angesichts der teilweise bestehenden Generalkritik an der Richtlinie allerdings auch Folgendes klarstellen: Ob die Mindestanforderungen erfüllt sind, wird stationsübergreifend im Quartalsdurchschnitt beurteilt. Damit können Belegungsspitzen und Personalausfälle rechnerisch innerhalb des Quartals ausgeglichen werden. Zudem besteht eine hohe Flexibilität für Krankenhäuser bei der Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen und der Anrechnung des vorhandenen Personals auf die mit Mindestvorgaben belegten Berufsgruppen.“

Weitere Verringerung des Dokumentationsaufwands

95 % der Einrichtungen haben seit 2023 bereits einen deutlich geringeren Dokumentationsaufwand als bei Start der PPP-RL. Lediglich 5 % müssen im Sinne einer repräsentativen Stichprobe zur Personalausstattung weiterhin monats- und stationsbezogene Nachweise übermitteln.

Nun wurden vom G-BA Konkretisierungen für die Stichprobenziehung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vorgenommen. Der G-BA hat zudem eine weitere Verringerung des Dokumentationsaufwands beschlossen. Ab 2024 haben die Einrichtungen beim Nachweis, mit welchem Personal sie ausgestattet sind, eine Wahloption: Sie können bei der Ermittlung der Mindestvorgaben entweder das bisherige Verfahren anwenden oder sich für die stärkere Nutzung der bereits zu Abrechnungszwecken erfassten OPS-Kodes entscheiden. Der G-BA wird voraussichtlich bis Ende Januar 2024 ein entsprechendes Servicedokument für die elektronische Datenübermittlung beschließen. ■