



VERBAND LEITENDER KRANKENHAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE e.V.

Krankenhausreform: Zwischenbericht über die Beratungen der GMK Konferenz (Facharbeitsgruppe)

Die Vorschläge der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausstruktur in Deutschland sind, bei allem Verständnis für die grundsätzliche Notwendigkeit, auf viel Kritik gestoßen. Vor allem die Zuteilung zu Leveln (Versorgungsstufen), Leistungsgruppen und deren Verknüpfung sowie Abstandsregelungen zu Häusern höherer Versorgungsstufen für kleinere Kliniken, hat in der vorgeschlagenen Art und Weise für große Unruhe gesorgt. Die Auswirkungsanalyse von Prof. Augurzky (hcb) in Kooperation mit Vebeto wurde kürzlich von der DKG mit den Autoren gemeinsam vorgestellt (https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/2023-02-13_PM_DKG_zur_Auswirkungsanalyse.pdf). Zusammengefasst belegt sie einen Kahlschlag in der Versorgungslandschaft, käme die Reform so wie vorgeschlagen.

Inzwischen wurde gegen anfänglichen Widerstands aus dem BMG - aufgrund der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit der Länder - für die Krankenhausplanung eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform gegründet. Ehrgeiziges Ziel ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Eckpunktepapiers für einen Gesetzesvorschlag für die Krankenhausreform. Diese AG hat bereits mehrfach mit Schwerpunkt Level und Öffnungsklauseln getagt und man kann einen ersten Zwischenbericht ziehen.

Die Zuordnung von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen (Level) soll durch die zuständigen Planungsbehörden der Länder vorgenommen werden. Die Länder erhalten durch Öffnungsklauseln den notwendigen Spielraum. Grundlage für die Level-Einteilung liefert das G-BA Notfallstufenkonzept. Die Strukturprüfungen sollen nicht mehr zwingend durch den MD erfolgen (auch eine unserer Forderungen), sondern von den Ländern auch auf andere Institutionen übertragen werden dürfen, letztentscheidend sind aber die Länder. Die Festlegung zu Mindeststrukturvoraussetzungen erfolgt mit Zustimmung der Länder. Eine gemeinsame Definition über die Rolle von Fachkliniken wird erarbeitet. Die überregionale Koordination der Versorgung ist in ihren Aufgaben zu definieren. Die Länder können sie den Universitätsklinika, aber auch anderen Maximalversorgern übertragen.

Teilnehmer heben die Einigkeit der Bundesländer hervor. Es besteht aber noch eine erhebliche Skepsis wie konkret die geplanten Öffnungsklauseln im Ergebnis umgesetzt werden können. Die weiteren Punkte wie Leistungsgruppen, Verknüpfung mit Leveln, Abstandsregelungen, medizinische Leistungserbringung in Level 1i Häusern durch Niedergelassene usw. sind TOPs der kommenden Sitzungen.

Wir dürfen also davon ausgehen, dass die Reform nicht so kommt wie primär vorgeschlagen. Es macht aber Sinn sich auf den Reformprozess vorzubereiten. Vor der Vorlage des endgültigen Gesetzesentwurfs sollten allerdings noch keine (voreiligen) Entschlüsse getroffen werden. Mit dem endgültigen Eckpunktepapier ist im Herbst zu rechnen.

Reform der Notfallversorgung, Ersteinschätzungsverfahren des G-BA

Kaum hat die Regierungskommission ein umfassendes Reformkonzept für die Notfall- und Akutversorgung in Deutschland vorgelegt, drückt der G-BA aufs Tempo bei der Erstellung einer Richtlinie zu einem isolierten Ersteinschätzungsverfahren der Notfallversorgung am Krankenhaus. Der Auftrag dazu stammt noch aus der Ära Spahn und war als einziger Punkt einer geplanten Notfallreform im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) - quasi als Alibi - übriggeblieben. Ziel war es, ambulant behandelbare Patienten aus dem Krankenhaus heraus der vertragsärztlichen Versorgung zuzuweisen. Die Frist zur Erstellung wurde aber verlängert, da kein wissenschaftlich evaluiertes Ersteinschätzungssystem vorlag. Jetzt liegt ein Entwurf von KV und GKV-SV vor, den der unparteiische Vorsitzende des GBA, Herr Prof. Hecken, bis zur Beschlussfrist am 30.06.2023 umsetzen will, obwohl er auf massiven Protest der Kliniker stößt. Die Vorgaben setzen eine funktionierende vertragsärztliche Notfallversorgung voraus, die es aber nicht (mehr) gibt. So werden die Klinikambulanzen zu Servicestellen für Termine degradiert, die aber zeitnah nicht existent sind. Die KVen hingegen werden nicht in die Pflicht genommen. Es werden Forderungen nach Checklisten, Qualifikationen im ärztlichen und pflegerischen Bereich aufgestellt, die vielerorts nicht erfüllbar sind und für die es im niedergelassenen Bereich nicht ansatzweise ein Pendant gibt. Für all diese Probleme zeigte die Regierungskommission jetzt eigentlich andere Lösungsvorschläge auf, die im Gegensatz zur avisierten G-BA-Richtlinie auf breite Zustimmung stoßen. Hervorzuheben sind eine bessere Patientensteuerung durch integrierte Leitstellen, Etablierung integrierter Notfallzentren und eine verbindliche Einforderung eines 24/7 Sicherstellungsauftrages der KVen. Wir werden den Bundesgesundheitsminister bei einem Besuch in der übernächsten Woche dazu auffordern, den Regelungsauftrag an den G-BA auszusetzen, damit jetzt nicht ein Ersteinschätzungsverfahren durch den G-BA auf den Weg gebracht wird, das die Ambulanzen nicht entlastet und im klaren Widerspruch zu den vernünftigen Vorschlägen der Regierungskommission steht. Herr Prof. Hecken soll unsere, fast gleichlautende, Presseerklärung zu der Thematik mit wenig Begeisterung aufgenommen haben. Sie hat aber seine Bereitschaft einen Kompromiss auch mit den Vertretern der Kliniken bzw. der DKG zu finden, offensichtlich erhöht.

Ambulantes Operieren: AOP, Hybrid-DRG (§ 115f), Kontextfaktoren, §115e

Seit Anfang des Jahres ist der neue AOP Vertrag in Kraft. Obwohl mit 200 OPS- Ziffern nur eine überschaubare Zahl an neuen Leistungen in den Katalog aufgenommen wurde, hat er für viel Unmut und Aufregung gesorgt. Hintergrund ist der Wegfall der Kategorie 2 und der GAEP Kriterien, die in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass Leistungen dieser Kategorie überwiegend stationär erbracht wurden. Dies ist mit den bisher eingebrachten Kontextfaktoren nicht im vergleichbaren Ausmaß möglich. Gleichzeitig erweist sich die EBM-Finanzierung trotz der gerade erst stattgefundenen Anpassung durch den Bewertungsausschuss als völlig unzureichend (im Mittel 35% unter den Kosten im stationären Bereich nach einer Analyse des DKI). Auch gab es Probleme bei der Übermittlung der Kontextfaktoren bzw. zusätzlicher Begründungen für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung an die Kassen auf elektronischem Weg, die jetzt aber wohl beseitigt wurden (MBEG-Verfahren).

Gleichzeitig beginnen schwierige dreiseitige Verhandlungen über die Ausgestaltung der Hybrid-DRG sowohl was die Leistungsauswahl, als auch was die Finanzierung anbelangt. Erneut hat das Ministerium mit dem 31.03.2023 eine viel zu kurze Frist bis zur Fertigstellung gesetzt, die eine sorgfältige Abarbeitung unmöglich macht. Ob dann die angedrohte Ersatzvornahme durch das BMG zu besseren Lösungen führt, darf bezweifelt werden. Die Vorstellungen der drei Beteiligten sind aber zu Beginn sicher noch weit auseinander, man denke nur an das Spifa Konzept „Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“ aus 2021, das anfangs eher belächelt wurde (siehe Internetseite der SpiFa e.V. <https://spifa.de> unter Positionen: „Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“).

Die tagesstationäre Behandlung nach § 115e lässt auch jetzt - nach Vorliegen einer Dokumentationsvereinbarung - noch viele Fragen offen (https://www.kaysers-consilium.de/dwnld/Tagesstationaer_UEB_2023_Dokuvereinbarung.pdf). Eine klare Anwendungsempfehlung lässt sich daher noch nicht machen. Auch die Wirksamkeit von privaten stationären Zusatzversicherungen ist letztlich noch nicht endgültig geklärt. Wir gehen zwar von einer Gültigkeit aus, einige Verrechnungsstellen sehen aber noch rechtliche Unsicherheiten im „Kleingedruckten“.

Zertifikatsstudiengang der Frankfurt School of Finance & Management gGmbH zum Thema: „Führung & Management für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte“ am 5. Mai 2023

Das Krankenhausmanagement ist bislang kein Bestandteil des Medizinstudiums oder der fachärztlichen Weiterbildung. Die Frankfurt School schließt diese Lücke mit dem Zertifikatsstudiengang [Führung & Management für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte](#) (siehe auch angefügter Flyer).

Ihre Vorteile

Erprobtes Wissen aus der Praxis für eine kooperative Zusammenarbeit mit der kaufmännischen und pflegerischen Leitung eines Klinikums

In allen Modulen erhalten Sie neben dem theoretischen Input durch renommierte betriebswirtschaftliche Dozenten Einblicke in das in der Praxis erprobte Wissen ebenso hervorragender Ordinarien, Chefärzte, kaufmännischer und ärztlicher Direktoren aus erster Hand.

Diese Best-Practice-Geber stellen für Sie die Verbindung zwischen betriebswirtschaftlicher Theorie und den Herausforderungen ärztlicher Klinikleitung her. Der Zertifikatsstudiengang „Führung & Management für

Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte“ ist die ideale Vorbereitung in der (Vor-)Phase des Bewerbungs- und Berufungsverfahrens für eine leitende Position.

Patientenorientierte und ressourcenschonende Klinikleitung

Das Programm legt mit dem vermittelten betriebswirtschaftlichen und kommunikativen Handwerkszeug die Basis für eine kooperative Zusammenarbeit mit der kaufmännischen und pflegerischen Leitung eines Krankenhauses und befähigt zu einer erfolgreichen, patientenorientierten und mitarbeiterintegrierenden Klinikleitung.

Mentoring-Programm nach erfolgreichem Abschluss

Um Sie bei Ihrem Start in die neue leitende Funktion weiter zu unterstützen, haben Sie nach erfolgreichem Abschluss des Zertifikatsstudiengangs die Möglichkeit an einem Mentoring-Programm teilzunehmen. Als Mentoren stehen Ihnen Best Practice-Geber zur Verfügung. Optionale Module zu „Wissenschaftliches Arbeiten“ und „Drittmittelförderung/DFG“ vervollständigen das Angebot.

Mitglieder des Verbandes Leitender Krankenhausärztinnen und – ärzte erhalten bei Anmeldung und Vorlage ihres Mitgliedsnachweises einen Rabatt **in Höhe von 15%** auf den Gesamtpreis!

Der Zertifikatsstudiengang startet am 5. Mai 2023 [Jetzt anmelden!](#)

Bei Fragen wenden Sie sich telefonisch +49 69 154008-218 oder per [E-Mail](#) an Frau Stanislava Kolková (Frankfurt School).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



PD. Dr. Michael A. Weber

Präsident



RA Normann J. Schuster

Hauptgeschäftsführer



Herausgeber:

Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V.
Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon (02 11) 4 54 99-0, Telefax (02 11) 45 49 929
Email: info@vlk-online.de, Internet: www.vlk-online.de