

Anmerkungen zur KHSG-Umsetzung

aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

15. Nationales DRG-Forum
Berlin, 17.03.2016

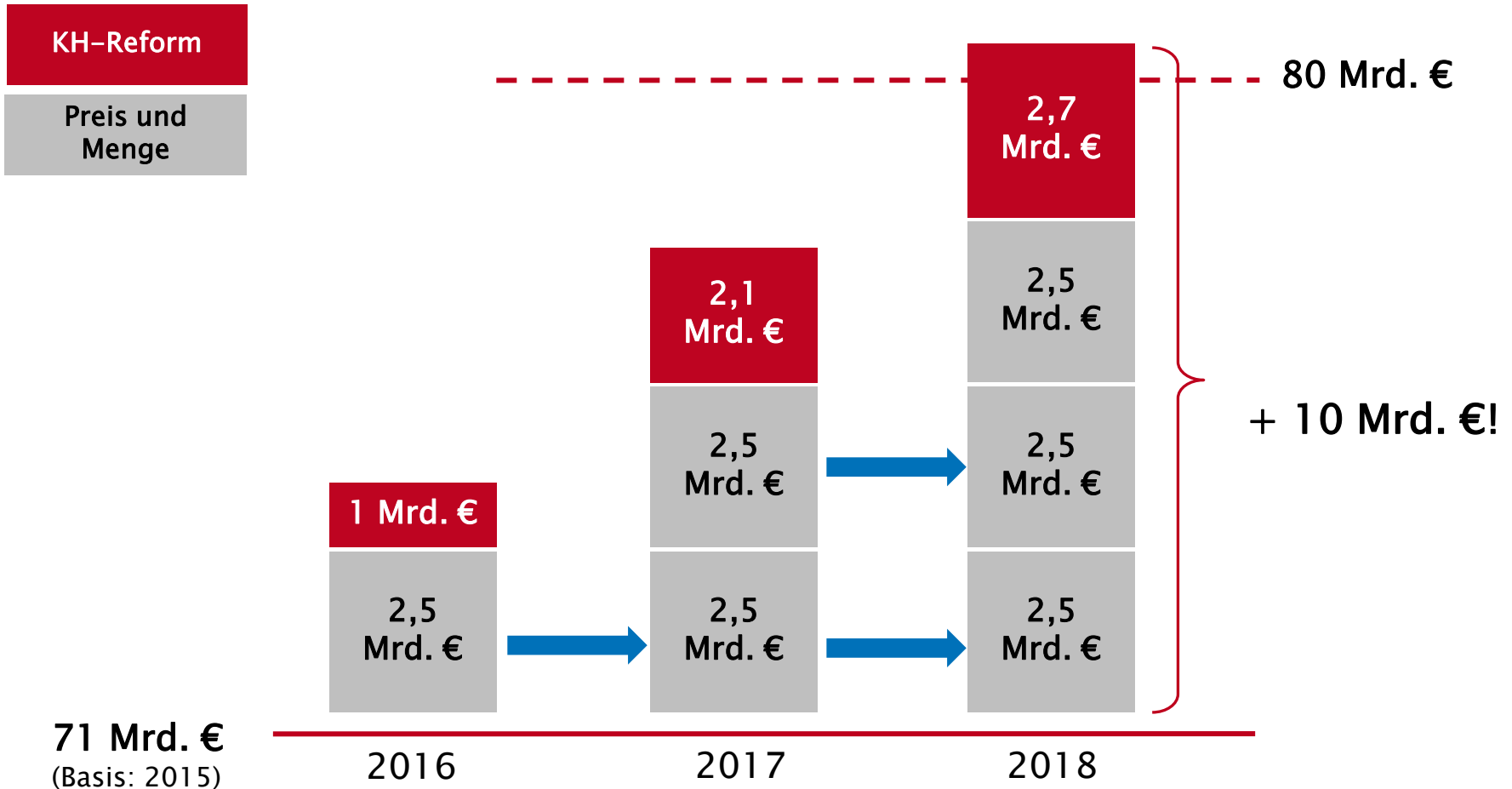
Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband



Gang der Handlung

1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

GKV-Krankenhausausgaben: Von 70 auf 80 Mrd. in nur 3 Jahren



Mitglieder der AG

Mitglieder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform



Karl Lauterbach

Hilde Mattheis

Alexander Schweitzer

Heike Taubert

Hermann Schulte-Sasse*

SPD: 6

Cornelia Prüfer-Storcks
Vorsitz

Jens Spahn

Georg Nüblein

Christine Clauß

Andreas Storm

Melanie Huml

Stefan Grüttner

Hermann Gröhe
Vorsitz

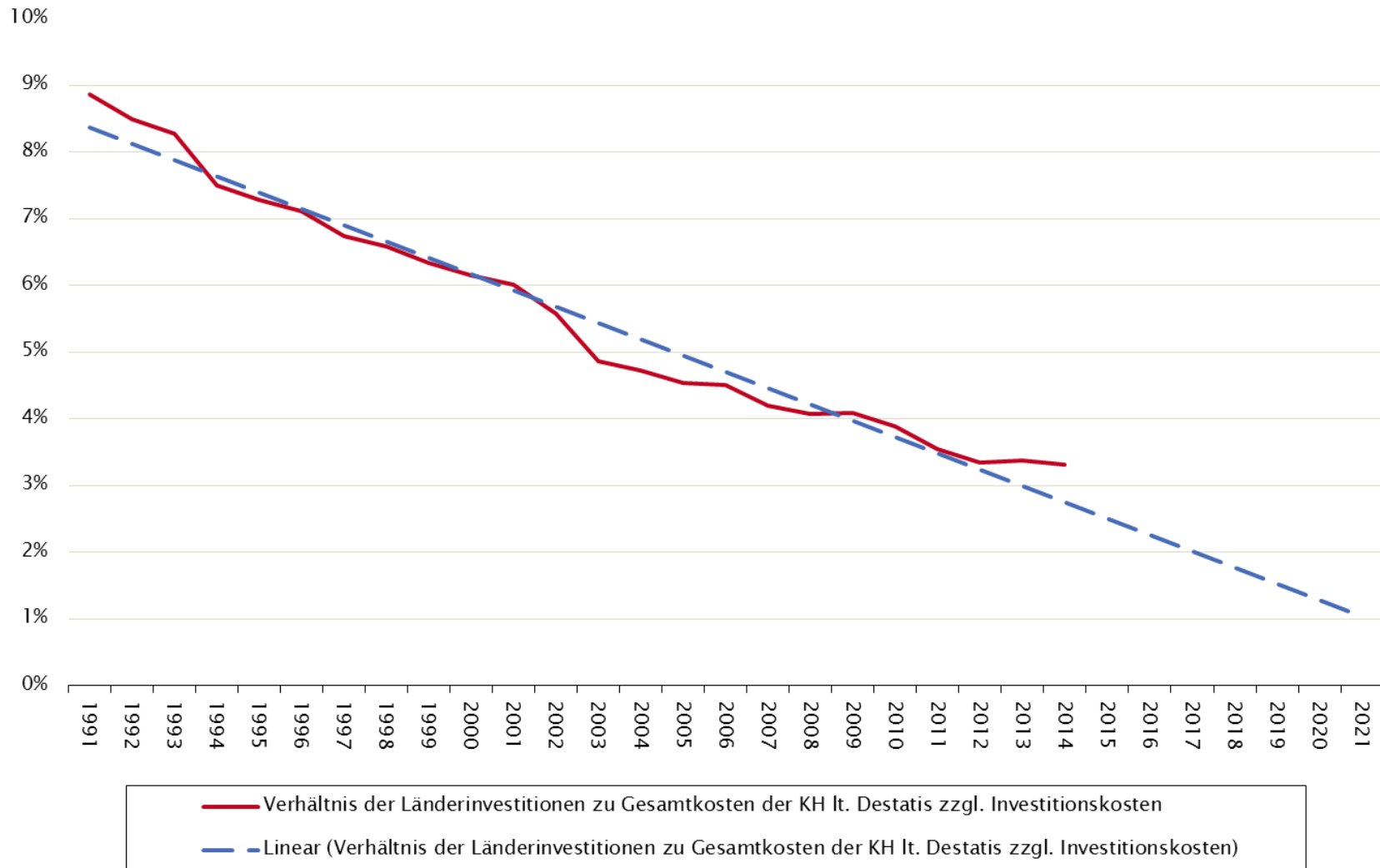
CDU: 7

* parteiloser Gesundheitssenator im SPD-geführten Bremen

Stand:
25. Mai 2014

Abbildung: www.BibliomedManager.de
Fotos: Siehe Bildnachweis

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Strukturbereinigung einleiten (1 / 4)

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer



Strukturbereinigung einleiten (2/4)

Dänemark



5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten (3/4)

Schweiz



8,1 Mio. Einwohner
Fläche: 41.300 Quadratkilometer

Baden-Württemberg



10,5 Mio. Einwohner
Fläche: 35.800 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten (4/4)

Schweiz



8,1 Mio. Einwohner
Fläche: 41.300 Quadratkilometer

Baden-Württemberg



10,5 Mio. Einwohner
Fläche: 35.800 Quadratkilometer

Der Strukturfonds hat einige zentrale Mängel

- ▶ Der Strukturfonds wird so nicht funktionieren, da die Länder antragsberechtigt sind und nicht die Träger.
- ▶ Einer Zweckentfremdung der Fondsmittel zur Kompensation unterbliebener Investitionen sind damit Tür und Tor geöffnet.
- ▶ Negativ: Griff in den Gesundheitsfonds, PKV ist nicht beteiligt.
- ▶ Aber: Der GKV–Spitzenverband begrüßt den Strukturfonds. Er kann grundsätzlich dazu beitragen, Überkapazitäten abzubauen.

Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

von Uwe Klein-Hitpaß¹, Wulf-Dietrich Leber² und David Scheller-Kreinsen³

ABSTRACT

Im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes wird erstmalig die Problematik stationärer Überkapazitäten angegangen. Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird ein Strukturfonds zur Umstrukturierung in Höhe von 500 Millionen Euro eingerichtet. Eine Kofinanzierung von Maßnahmen seitens der Länder ist vorgesehen. Entscheidend für die Wirksamkeit des Fonds wird die Definition von Vergabekriterien sein. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte es einen Vorrang für Standortschließungen geben, ein komplementärer Kapazitätsaufbau ist zu vermeiden. Es gilt die Gefahr abzuwenden, dass der Strukturfonds von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen missbraucht wird. Zur Umstrukturierung erhält außerdem der Gemeinsame Bundesausschuss Aufgaben im Bereich einer (qualitäts- und erreichbarkeitsorientierten) Krankenhausplanung. Damit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung.

Schlüsselwörter: Strukturfonds, Krankenhausreform, Überkapazität, Krankenhaus-Strukturgesetz, Krankenhausschließung, Krankenhausplanung, Investitionen, Krankenhausfinanzierung

The draft of the Krankenhaus-Strukturgesetz is the first legislative initiative that addresses the problem of hospital overcapacities. It establishes a so-called structural fund, which will receive 500 million Euros from the health fund for restructuring measures. The Länder are supposed to co-finance this new fund. The criteria for allocating means will largely determine its effectiveness. According to the statutory health insurance associations closing hospitals should be preferred to building up complementary capacities. The threat of draining the structural fund in order to finance investment (which is actually an obligation of the Länder) should be avoided. As part of the intended restructuring programme the Federal Joint Committee will be allocated tasks regarding the prospectively quality- and reachability-oriented hospital planning. This constitutes a paradigm shift away from planning on the Länder level towards market regulation.

Keywords: hospital reform, overcapacity, hospital planning, hospital financing, funds for structural adjustments, financing of infrastructure, "Krankenhaus-Strukturgesetz"

1 Strukturfonds im Krankenhaus-Strukturgesetz

von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. Ein auf Bundes-

Gang der Handlung

1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

Teil 1 der KHSG–Eckpunkte: Krankenhausplanung/ Qualität und Sicherstellung



- 1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung
- 1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G–BA
- 1.3 Mindestmengen
- 1.4 Qualitätszuschläge und –abschläge
- 1.5 Qualitätsverträge
- 1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser
- 1.7 Beteiligung Länder bei Beschlüssen des G–BA zur QS; Auftragserteilung an das QS–Institut
- 1.8 Sicherstellungszuschläge; Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung
- 1.9 Notfallversorgung
- 1.10 Besondere Vergütung von Zentren
- 1.11 OP–Checklisten
- 1.12 Zweitmeinung
- 1.13 Klinische Sektionen
- 1.14 Transplantationsregister und Implantateregister
- 1.15 Neue Methoden
- 1.16 Weiterentwicklung der spezialfachärztlichen Versorgung

Förderung guter, Sanktionierung schlechter Mengen

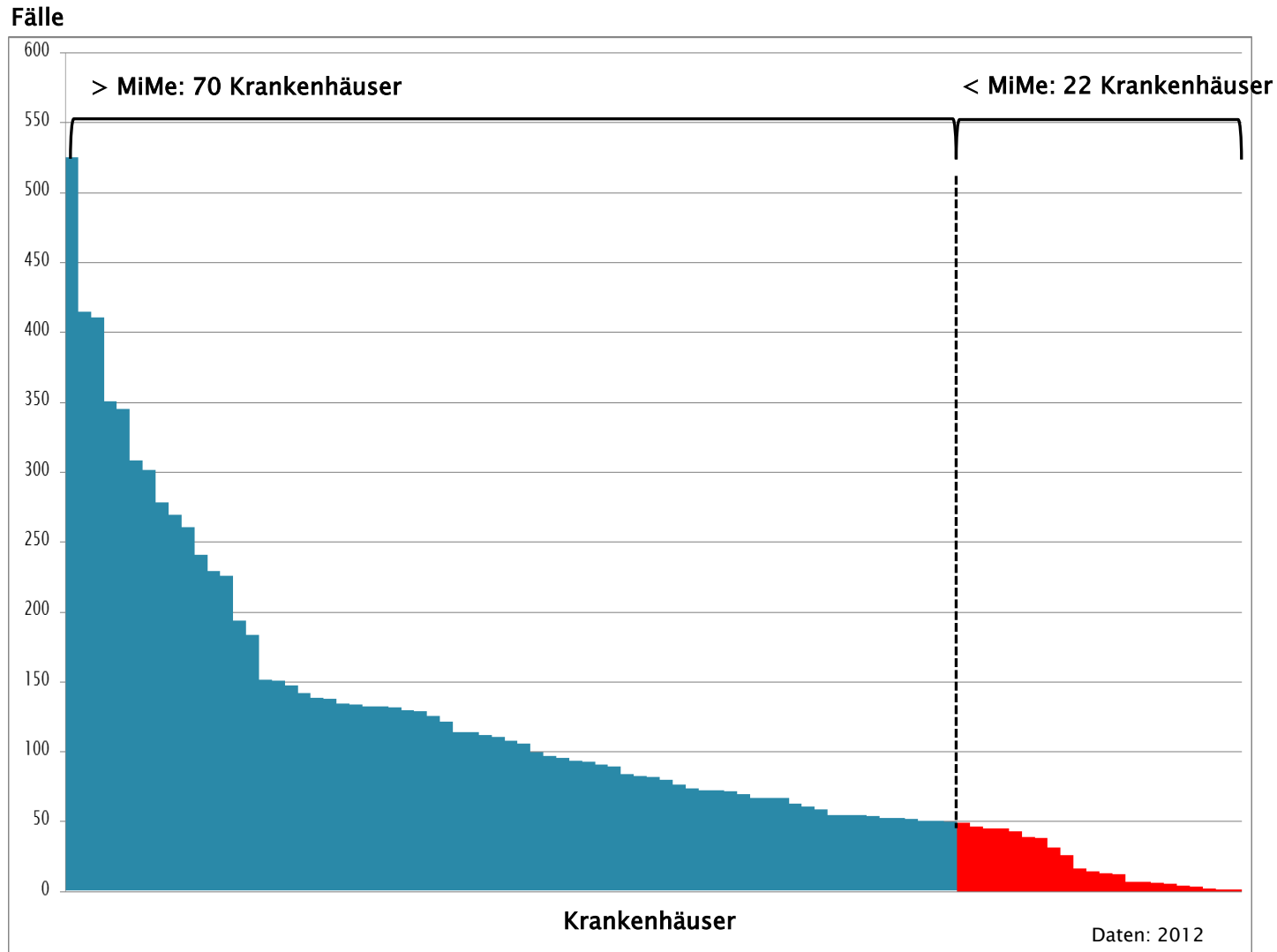
Gute Mengen	Böse Mengen
Qualitätszuschläge	Qualitätsabschläge
Qualitätsverträge	Absenkung von Bewertungsrelationen
Zentrumszuschläge	Sachkostenvergütung
Mehrkosten G-BA	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Katalog nicht- mengenanfälliger Leistungen	Fixkostendegressionsabschlag
Notfallversorgung	Menge unter Mindestmenge
Sicherstellungszuschläge	

Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

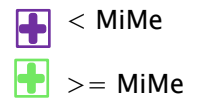
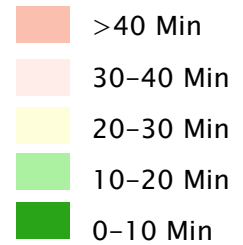
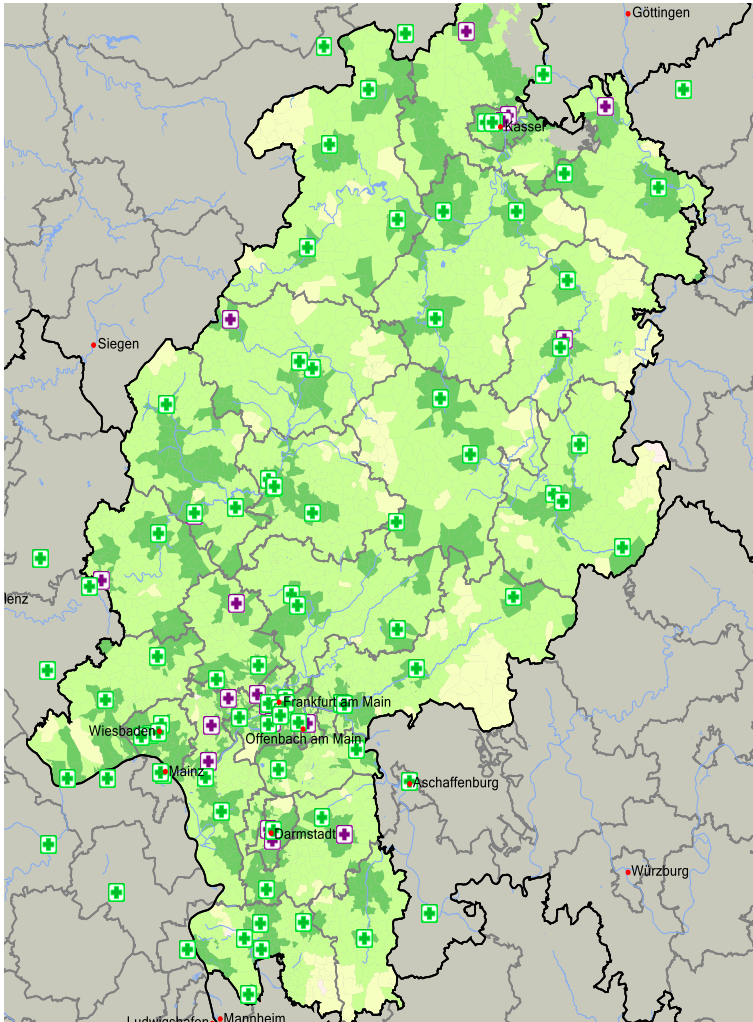
Jährliche Mindestmenge	Leistung
20	Lebertransplantation
25	Nierentransplantation
10	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
10	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
25	Stammzelltransplantation
50	Kniegelenk-Totalendoprothese
–	Koronarchirurgische Eingriffe (Katalogaufnahme ohne konkrete Mindestmengenfestlegung)
30	Versorgung von Früh-/Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.250 g (aktuell 14)

„Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden.“

Jede Menge kleine Mengen: Krankenhäuser in Hessen

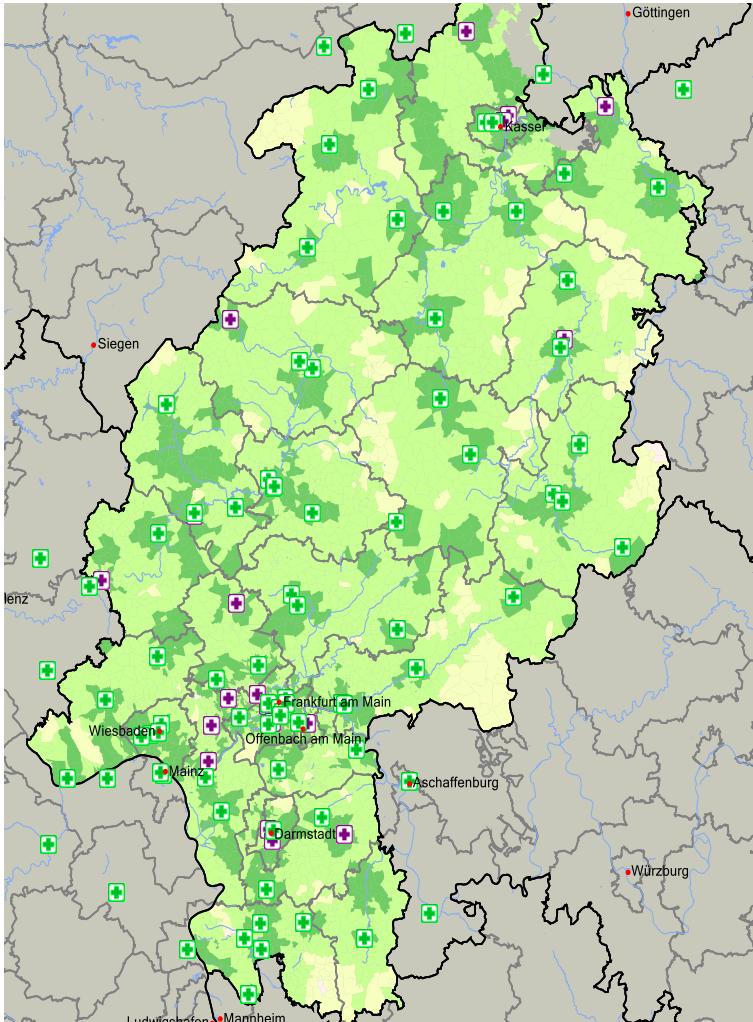


Mindestmenge Knie-TEP in Hessen: 22 von 92 KHs unter Mindestmenge

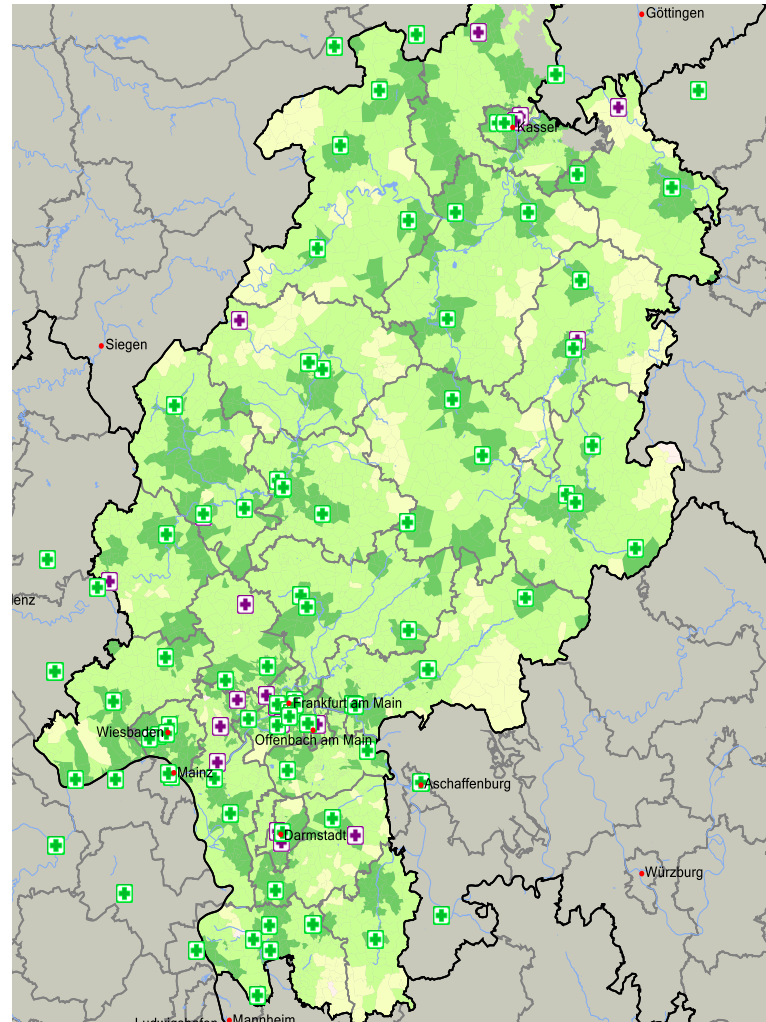


Erreichbarkeit Status quo

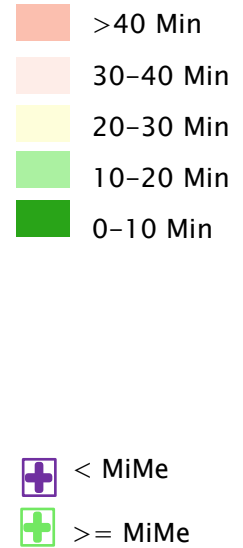
Mindestmenge Knie-TEP in Hessen: 22 von 92 KHs unter Mindestmenge



Erreichbarkeit Status quo

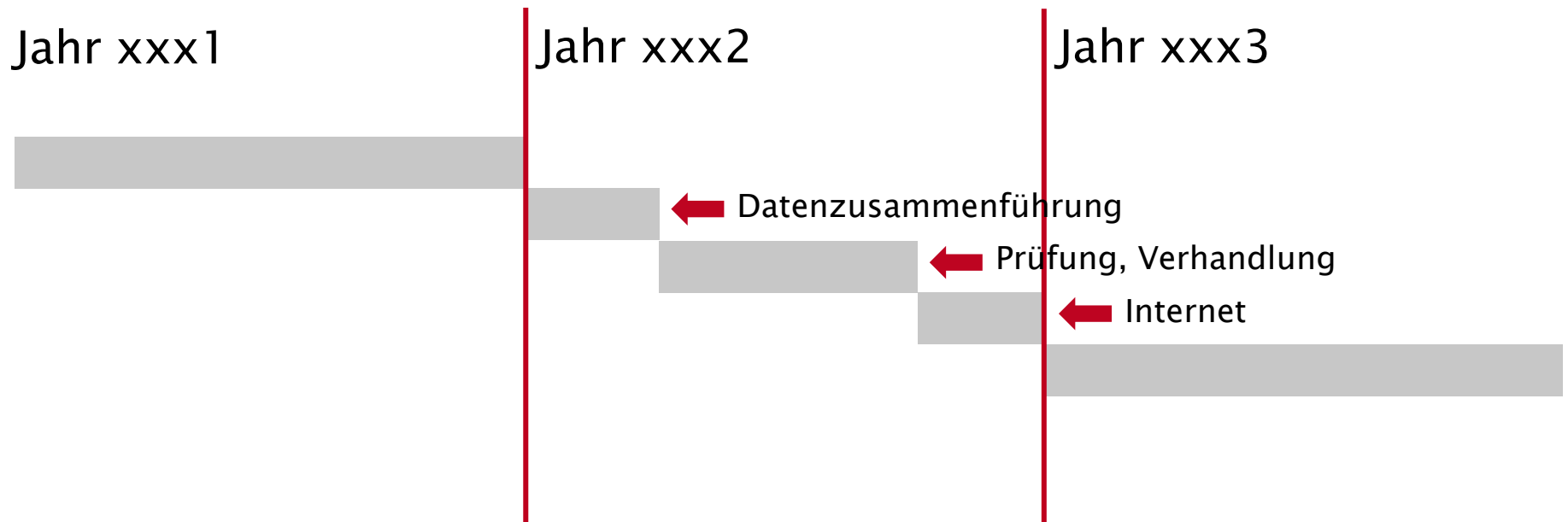


Erreichbarkeit bei konsequenter QS



Sommerstrukturgespräch

- ▶ Unabhängig von den Budgetverhandlungen bedarf es vor dem Budgetjahr einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität (MiMe, TAVI ...)



Prospektive Festlegung

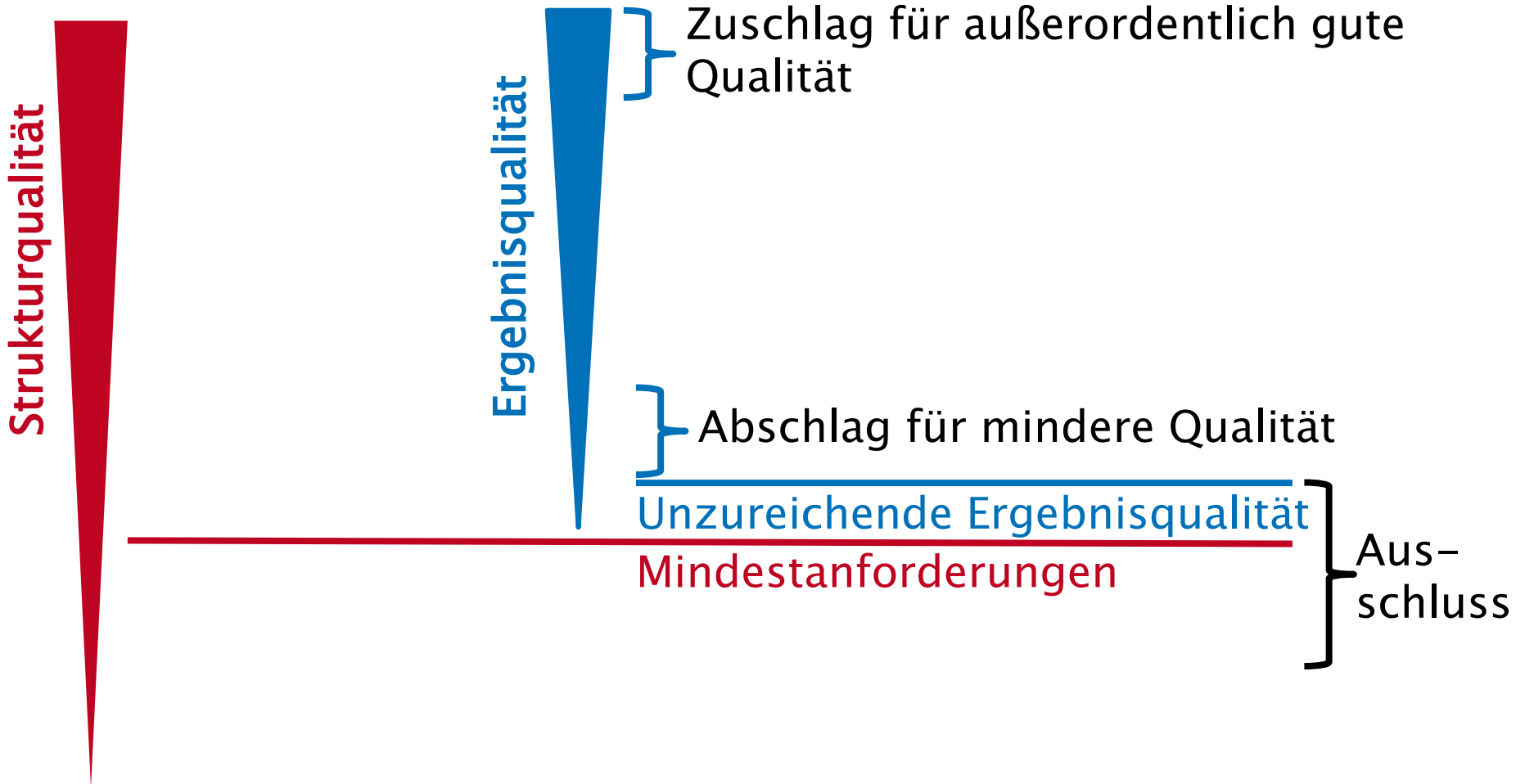
§ 136b Abs. 4 SGB V

(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die **Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger** gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen **jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose)**. Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im **vorausgegangenen Kalenderjahr** die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

Gang der Handlung

1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

GKV-Spitzenverband: Struktur- und Ergebnisqualität



DRG-QS-Kreuztabelle

DRG		Endoprothetik																	
		Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ... Andere Eingriffe am Hüftgelenk Prothesenwechsel am Hüftgelenk Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ...																	
QS-Indikator	DRG	I03A I03B I08H I46A I46B I47A I47B							...										
		1	2	3	4	...	520	521	522	523	524	525	526	...	1197	1198	1199	1200	
	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	...																		
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Ind	1082 HUFT-TEP	85																	
Reoperation aufgrund von Komplikationen	456 HUFT-TEP	86																	
Sterblichkeit im Krankenhaus	457 HUFT-TEP	87																	
Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	449 HUFT-TEP	88																	
Allgemeine postoperative Komplikationen	455 HUFT-TEP	89																	
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	264 HUFT-TEP	90																	
Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach	446 HUFT-TEP	91																	
Gefäßläsion / Nervenschaden	447 HUFT-TEP	92																	
Wundhämatome / Nachblutungen	454 HUFT-TEP	93																	
Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationsk	268 HUFT-WECH	94																	
Reoperation aufgrund von Komplikationen	470 HUFT-WECH	95																	
Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	10878 HUFT-WECH	96																	
Gefäßläsion / Nervenschaden	2221 HUFT-WECH	97																	
Wundhämatome / Nachblutungen	468 HUFT-WECH	98																	
Allgemeine postoperative Komplikationen	469 HUFT-WECH	99																	
	...																		
	335																		
	336																		
	337																		
	338																		
	339																		
	340																		
	DRG-Bereich mit Zu-Abschlägen																		

QS-Score

DRG-Cluster



Qualitätsverträge

- ▶ **Regelung:**
 - befristete Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern
 - Der G-BA beschließt vier Leistungen oder Leistungsbereiche bis zum 31.12.2017.
 - Die DKG und der GKV-Spitzenverband vereinbaren Rahmenvorgaben bis zum 31.07.2018.

- ▶ **Erste Bewertung:**
 - vorfristige Einigung möglich

Gang der Handlung

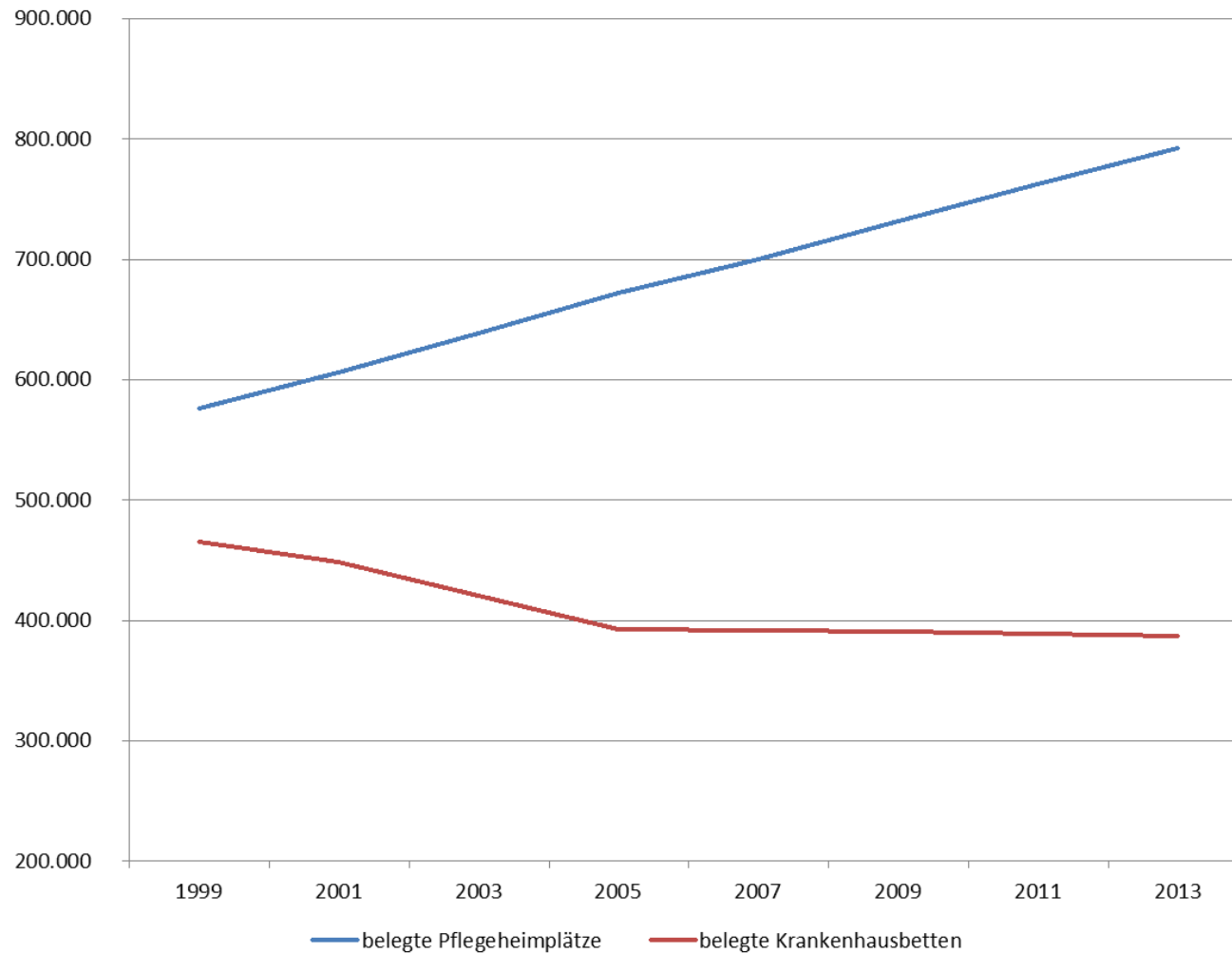
1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

Pflegestellenförderprogramm (à la Ulla)

- ▶ 2016 – 2018 Förderung Personalkosten „Pflege am Bett“, u. a. auf Intensivstationen
- ▶ Neueinstellung von qualifiziertem Pflegepersonal zu 90 %
- ▶ Fördermittel für Dreijahreszeitraum von bis zu 660 Mio. Euro
- ▶ Ziel: 6.300 neue Stellen in drei Jahren
- ▶ Zuschläge 0,15 % vom Gesamtbudget; bei Übertrag 0,30 %
- ▶ Vereinbarung mit Arbeitnehmervertretung erforderlich
- ▶ Ausgangsbasis: 01.01.2015

- ▶ Der GKV–Spitzenverband wird wieder jährliche Berichte erstellen.

Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



Quelle: Destatis



Pflege-Expertenkommission

- ▶ Prüfung, ob Pflegebedarfe sachgerecht im Vergütungssystem abgebildet sind
- ▶ Vorschläge, wie sachgerechte Abbildung erfolgen kann
- ▶ Abschätzung der finanziellen Auswirkungen
- ▶ Vorschlag, wie Mittel des Pflegestellenförderprogramms ab dem vierten Jahr auch noch beim Pflegepersonal ankommen

Qualitätskritische Pflegebereiche!

- ▶ Der Schlüssel zur Lösung des Pflegeproblems liegt nicht im InEK.
- ▶ Personalanzahlzahlen für alles würden sämtliche Effizienzbemühungen ruinieren.
- ▶ Die Cockpit-Metapher: Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigtengesamtzahl vorschreibt. Aber, dass – wann immer eine Maschine abhebt – ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes.
- ▶ Wo sind die qualitätskritischen Pflegebereiche im Krankenhaus?

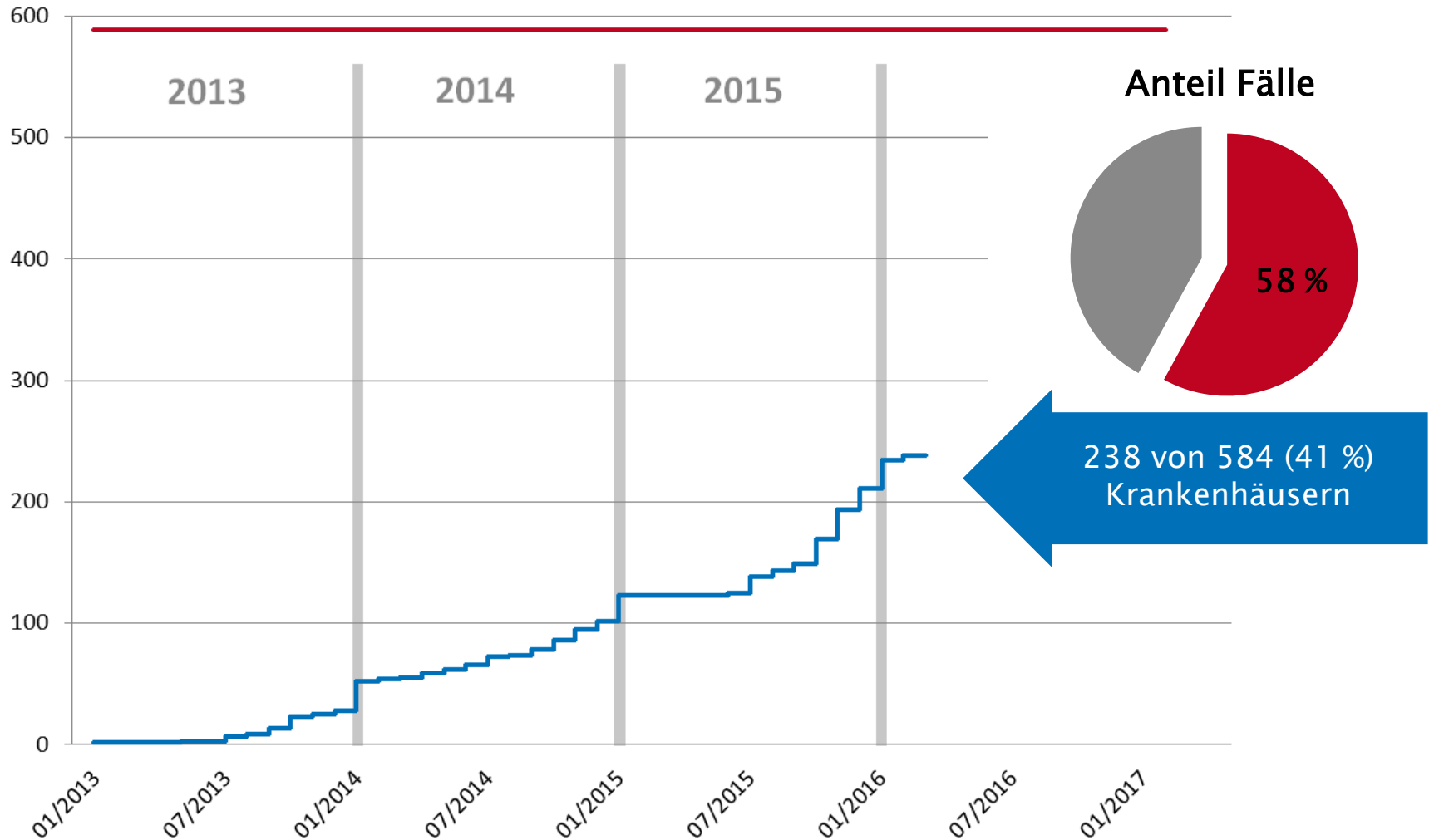


Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

Optionshäuser Stand 02/2016



Quelle: Abrechnung- und Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Stand Februar 2016

Strukturierter Dialog am 18.02.2016

- ▶ Einigung des BMG mit den Gesundheitspolitikern der Koalition
- ▶ Eckpunkte für Gesetzgebungsverfahren



Stand: 18.02.2016

Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

vorgelegt von: Herrn Bundesminister Hermann Gröhe (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Georg Nüßlein (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Prof. Karl Lauterbach, (MdB), Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Frau Maria Michalk (MdB) und Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Frau Hilde Mattheis (MdB)

I Herausforderung und Handlungsbedarf

Der Koalitionsvertrag sieht für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik vor, an dem Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz festzuhalten und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen. Zugleich wird eine Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung angestrebt. Die geschäftsführenden Vorstände der Koalitionsfraktionen haben am 29. April 2014 eine grundsätzliche Prüfung des Entgeltsystems durch das Bundesministerium für Gesundheit beschlossen. Bei der Prüfung wurden Stellungnahmen, die im Zusammenhang mit dem strukturierten Dialog von psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden und weiteren Akteuren vorgelegt wurden, berücksichtigt.

Für eine Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems werden die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt, indem sie unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren. An der Leistungsorientierung der Vergütung und der empirischen Kalkulation wird festgehalten.

II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Das neue Entgeltsystem wird als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen ausgestaltet. Auf der Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z.B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Von den Vertragspartnern vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhaushausindividuell durch ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Anstelle der schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.

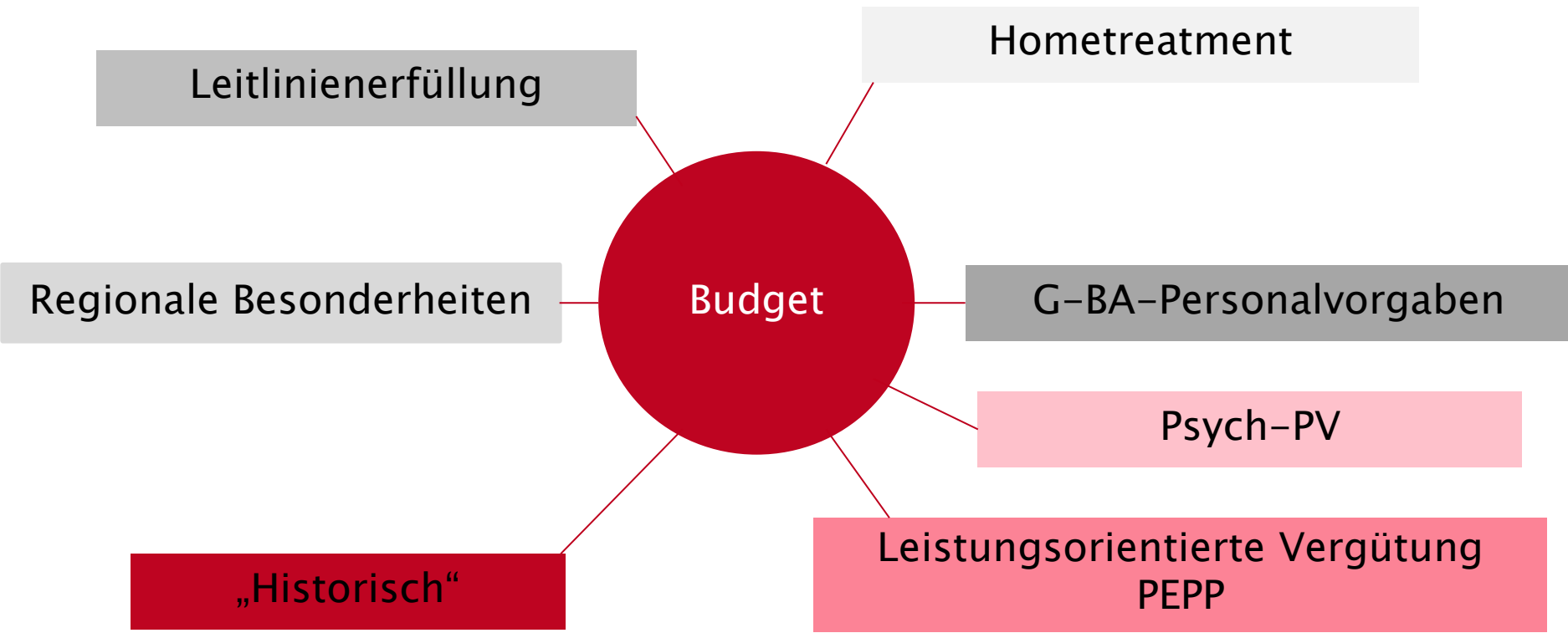
II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten

Die auf empirischen Daten gestützte Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen erfolgt unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationshäusern, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden. Zusätzlich wird zukünftig vorgegeben, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teil-

Das neue Psych-Budgetsystem

- ▶ **Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt**
- ▶ **Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen**
 - Grundlage ist der bundesweite und empirisch kalkulierte Entgeltkatalog
- ▶ **Zu Deutsch: PEPP bleibt.**
- ▶ **Gesamtbewertung des GKV-Spitzenverbandes: Hinreichend unklar.**

Die sieben Dimensionen des künftigen Psych-Budgets



Personalausstattung

- ▶ G-BA soll verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen beschließen.
 - Psych-PV als Orientierung
 - Leitlinien
 - Externe Expertise

- ▶ Zweifelhaft: Nur 100 %-Psych-Häuser sollen an der Kalkulation teilnehmen.

- ▶ Achtung: 100 %-Psych-PV-Finanzierung setzt 100 %-Psych-PV-Besetzung voraus.

UA QS – Aufgabenkatalog

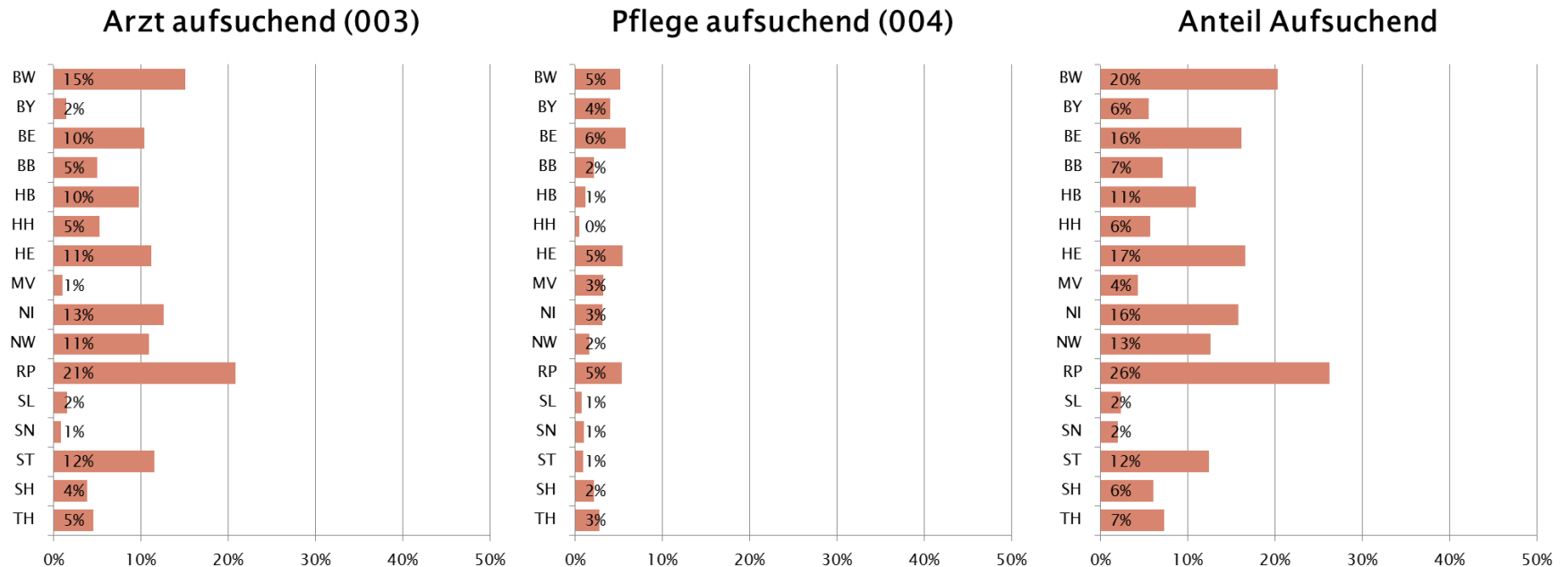
1. AG § 136b Abs. 1 Nr. 4 und 5 (neu): Leistungen für QS-Verträge ■ P-4-P
2. AG § 63 III c SGBV: Entwicklung von Modulen für die zusätzliche Ausbildung für Tätigkeiten, die er in der RL nach § 63 IIIc SGB V festgelegt hat
3. AG AQUA-Abschlussberichte: Abnahme Abschlussbericht "Zahnmedizin" ■ Abnahme Abschlussbericht "Dialyse"
4. AG Externe stationäre QS: QSKH-RL: jährliche Überarbeitung QSKH-RL: Grundsätzliche Überarbeitung ■ Jährliche Spezifikation (esQS) ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS): Leistungsbereiche ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS) – Auffälligkeitskriterien zur Verstetigung ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS) – Auffälligkeitskriterien für Leistungsbereiche ■ Jährlicher Abschlussbericht Datenvalidierung (esQS) ■ Jährliche Berichte Datenvalidierung (esQS) ■ Jährlicher Abschlussbericht Strukturierter Dialog (esQS) ■ Jährliche Berichte Strukturierter Dialog (esQS) ■ Jährliche Qualitätsreport ■ Bundesauswertung (esQS): Freigabe ■ Bundesauswertung (esQS): AG-Beratungen ■ Jährliche Länderauswertung mit Geodarstellung ■ Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung im Qb ■ QSKH-RL: Weiterentwicklung ■ Bericht zur Weiterentwicklung der esQS ■ Weiterentwicklung des LB Cholezystektomie ■ Weiterentwicklung Follow-up der LB Transplantationen ■ Weiterentwicklung der LB Herzchirurgie (QSKH-RL) ■ Weiterentwicklung der LB Implantierbare Defibrillatoren ■ Weiterentwicklung der Risikoadjustierung DEK ■ Weiterentwicklung der LB Knie- und Hüftendoprothesenversorgung ■ Entwicklung eines LB Mitralklappeneingriffe ■ Weiterentwicklung der LB Geburtshilfe und Neonatologie ■ Überprüfung der Indikationsstellung Hysterektomie ■ Indizes zu Nosokomialen Infektionen ■ Dokumentationsqualität ■ Maßnahmen nach § 13 QSKH-RL ■ Dokumentationsrate von 100 Prozent
5. AG Fortbildungspflichten: Klarstellende Regelungen in oder zu den FKH-R
6. AG Früh- und Neugeborenenversorgung: QFR-RL – Modell zur Risikoadjustierung für die Fachöffentlichkeit ■ QFR-RL – Abnahme Validierungsverfahren ■ QFR-RL – Konzeptskizze zum Verlegungsgeschehen ■ QFR-RL – Validierungsverfahren ■ QFR-RL – Phase C
7. AG GO/VerFO: Zusammenarbeit zwischen G-BA und IQTiG
8. AG MHI: Minimalinvasive Operationen an Herzklappen – Minimalinvasive Herzklappeninterventionen
9. AG Mindestmengen: Überarbeitung der Mm-R ■ Höhe der Mindestmengen bei NICU und Knie-TEP ■ Mindestmengen bei weiteren Knie-TEP-Leistungen ■ Jährliche OPS-Anpassung: Mindestmengen ■ Jährliche OPS-Anpassung: Mindestmengen
10. AG Notfallstrukturen: Notfallstrukturen
11. AG Planungsrelevante Indikatoren: Planungsrelevante Indikatoren
12. AG PPP: Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik: Richtlinie ■ Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik: Studie des Ist-Zustandes
13. AG QBA-RL: Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBA-RL
14. AG QBK-RL: Qualitätsbeurteilung: RL-Überarbeitung zur MRT der Wirbelsäule ■ Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBK-RL
15. AG QBR-RL: Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBR-RL zu CT
16. AG Qesü-RL: Weiterentwicklung QSD-RL ■ Patientenbefragungen ■ QS-Verfahren Nosokomiale Infektionen – postoperative Wundinfektionen ■ Jährliche Systempflege/Änderungen sü QS-Verfahren ■ QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk: Abnahme des Berichts ■ QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk: Umsetzung ■ Qesü-RL – QS-Verfahren PCI: Patientenmerkblatt in Leichte Sprache
17. AG QM: Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
18. AG QP-RL: Jährlicher KBV-Bericht zur QP-RL ■ Jährlicher KBV-Bericht zur QP-RL ■ Indikationsstellung/Übergangsregelung QBA-RL ■ Überarbeitung der QP-RL: § 299 SGB V ■ Überarbeitung der QP-RL: ausgesetzte Leistungsbereiche
19. AG QS BAA: Jährliche ICD+OPS-Anpassung
20. AG QS Dialyse: Anpassung QSD-RL ■ "Evaluation § 14 QSD-RL – 1. Beauftragungsschritt" ■ "Evaluation § 14 QSD-RL – 2. Beauftragungsschritt" ■ MNC-Bericht gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 QSD-RL ■ MNC-Geschäftsbericht gem. § 6 Abs. 2 Sätze 1, 2 QSD-RL ■ KBV-Bericht gem. § 7 Abs. 3 Satz 4 QSD-RL ■ MNC-Bericht gem. § 13 Abs. 2 QSD-RL
21. AG QS KiHe-RL: Jährliche OPS-Anpassung: QS herzkranken Kinder ■ Überarbeitung RL gemäß UA-Beschluss vom 01.04.2015
22. AG QS KiOn-RL: Jährliche ICD-Anpassung ■ Jährliche ICD-Anpassung
23. AG QS Lebendspender, ggf. neu einzurichtende AG: Überarbeitung QS Lebendspender ■ IQTiG-Beauftragung
24. AG QS Zahnmedizin: Qualitätsprüfung vertragszahnärztliche Versorgung ■ Qualitätsbeurteilung – zahnärztlich ■ Datengestützte QS Zahnmedizin
25. AG QS-Konferenz: QS-Konferenz
26. AG Qualitätsbericht: Jährliche Anpassung Qb-R: Anlage 1 und Anhang 2 der Anlage 1 ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Datensatzbeschreibung ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Servicedateien (ohne C-1) ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Qualitätsindikatoren ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Servicedateien (C-1) ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Zeitstrahl ■ Nachlieferverfahren § 6 Abs. 3a Qb-R ■ Beratung gemäß § 4 Anlage 3 Qb-R
27. AG Qualitätsbericht (nur Träger und PatV): Jährliche Sanktionsliste gemäß Qb-R
28. AG Qualitätskontrolle (neu): Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen ■ Kontrollen des MDK ■ Bewertung des QM-Jahresberichts der KBV
29. AG Qualitätsmanagement: Bewertung des QM-Jahresberichts der KZBV ■ IQTiG-Beauftragung zu QM ■ Weiterentwicklung der QM-RL ■ Zweijährliche Entgegennahme des QM-Berichts der KZBV ■ Zweijährliche Entgegennahme des QM-Berichts der KBV ■ Bearbeitung der 3 regelmäßigen QM-Berichte ■ Evaluation der QM-RL ■ ggf. Anpassung der QM-RL ■ stationär: Bestimmung zu einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen ■ stationär: Evaluation von einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen
30. AG sekundäre Datennutzung: Modul VerFO zur sekundären Datennutzung
31. AG Sicherstellungszuschläge: Sicherstellungszuschläge
32. AG Standorte: Standortzuordnung von Ergebnissen der QS
33. AG TuP: Themenfindung und Priorisierung (TuP): Priorisierungsentscheidung ■ Themenfindung und Priorisierung (TuP): Überarbeitung
34. AG Zweitmeinung: Zweitmeinungsverfahren
35. AG ?: Krankenhausbewertungsportal
36. Fachausschuss QS-IT und Spezifikation: FA QS-IT: Spezifikation und IT-Abstimmung ■ Tätigkeitsbericht SCA
37. Vorbereitungsgruppe und Vergabegruppe Vergabeverfahren Evaluation QS: Vergabe der Evaluation von vier QS-Richtlinien

Hometreatment

- ▶ Mobile multiprofessionelle Behandlungsteams der psychiatrischen Krankenhäuser zur Versorgung von Patienten mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld
 - Aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an sieben Tagen in der Woche

- ▶ Einige Fragen:
 - Alles nur ein Budgetjoker?
 - Wieder eine neue Rechtsform für ambulante Krankenhausleistungen?
 - Doppelung mit sozialpsychiatrischem Dienst?
 - Hausbesuche durch Fachärzte?
 - Zusammenhang zum stationären Aufenthalt?
 - Welche Patientengruppe?
 - Patienten in „institutioneller“ Umgebung?

Aufsuchende Behandlung durch PIAs Hometreatment = Heimtreatment?



Quelle: Datenübermittlung nach § 21, PIA, Datenjahr 2014

Manko 1: Keine einheitliche PIA-Vergütung

- ▶ Die wesentliche ambulante Versorgungsform wird auch künftig nicht das Hometreatment sein, sondern die PIA.
- ▶ Mit Quartalspauschalen wird keine echte Substitution stationärer Leistungen möglich sein.
- ▶ Wir brauchen eine bundeseinheitlich differenziertere PIA-Vergütung.

Manko 2: Bislang keine medizinisch gehaltvolle Klassifikation

- ▶ Das therapeutische Geschehen in der Psychiatrie liegt weiter im Dunkeln.
- ▶ 25-min-Therapieeinheiten sagen nichts über die Therapie.
- ▶ Darauf kann man auch keine Qualitätssicherung aufbauen.
- ▶ Schweregrade, Therapieverfahren und Therapieschritte (z. B. Umstellung eines Antidepressivums) müssen künftig im OPS abbildbar sein.



Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Strukturfonds
2. Qualität: Mindestmengen
3. Qualitätsorientierte Vergütung
4. Pflegequalität
5. Psych-Entgeltreform
6. Fazit

Fazit

- ▶ Das KHSG ist eine Krankenhausreform, aber keine „große“. Ungelöst ist das Problem rückläufiger Länderinvestitionen.
- ▶ In der Schlussphase der KHSG–Gesetzgebung haben sich vor allem die Länder bedient (Griff in den Gesundheitsfonds).
- ▶ Die finanzielle Mehrbelastung ist beitragsrelevant.
- ▶ Qualitätsorientierung ist gut, wirkt aber erst langfristig. Am ehesten wird sich die konsequente Umsetzung von Mindestmengen auswirken.
- ▶ Qualitätsverträge könnten schneller kommen als qualitätsorientierte Zu- und Abschläge.
- ▶ Es wird ein richtig anstrengendes Jahr.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.gkv-spitzenverband.de