



Spitzenverband

# G-DRG-Systementwicklung aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag  
Düsseldorf, 20.11.2013



Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband






# Gang der Handlung

1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

# Vereinbarungen DRG-System 2014










1. DRG-Katalog 2014
2. Abrechnungsregeln
3. Besondere Einrichtungen
4. Bundesbasisfallwert
5. Forschungsauftrag Mengenentwicklung (Vergabe)
6. Deutsche Kodierrichtlinien
7. Extremkosten (Prüfauftrag) 
8. Investitionsbewertungsrelationen (1. Katalog) 

# Vereinbarungen Psych-Entgeltsystem

- 9. PEPP-Katalog 2014
- 10. PEPP-Abrechnungsregeln
- 11. Datenübermittlung Modellvorhaben
- 12. Vereinbarung für Psychosomatische Institutsambulanzen 
- 13. Ergänzungsvereinbarung PIA-Dokumentation
- 14. Psych-Kodierrichtlinien
- 15. Psych-Begleitforschung 
- 16. Psych-AEB 






# Begleitende Vereinbarungen




- 17. DRG-Systemzuschlag 
- 18. Katalog AOP-Vertrag (Aktualisierung) 
- 19. Veränderungswert KHEntgG-Bereich 
- 20. Veränderungswert BPflV-Bereich 
- 21. Vereinbarung zum QS-Systemzuschlag 
- 22. Tarifberichtigungsrate nach § 6 Abs. 2 BPflV 
- 23. Tarifierhöhungsrate nach § 10 Abs. 5 KHEntgG 
- 24. Vereinbarung zu § 118a SGB V:  
Geriatrische Institutsambulanzen 
- 25. Meldevergütung Krebsregister 

# Weitere Vereinbarungen








## DTA–Vereinbarungen

- 26. Vereinbarung DTA (ergänzende Regelungen PsychEntgG) 
- 27. Vereinbarung DTA (DRG–Katalog und Jahreswechsel) 
- 28. Vereinbarung Datenlieferung nach § 21 KHEntgG 

## Vereinbarung Abrechnungsprüfung § 17d KHG

- 29. Einzelfallprüfung 
- 30. Schlichtungsausschuss Bund 
- 31. Prüfmodell zur Auffälligkeitsprüfung 

# Vereinbarungen Transplantationsmedizin

- 32. Ergänzungsvereinbarung zum ET-Budget 2013 
- 33. DSO Finanzierung Transplantationsbeauftragte 2013 –  
Ergänzungsvereinbarung 
- 34. DSO-Budget 2014 
- 35. Finanzierung Transplantationsbeauftragte 2014 
- 36. Kalkulation Aufwandspauschale für Entnahmekrankenhäuser 
- 37. Vereinbarung für Berichtspflichten der Entnahmekrankenhäuser  
und Transplantationsbeauftragten 
- 38. ET-Budget 2014 
- 39. Anpassung des Grundlagenvertrages DSO  
(Koordinierungsstellenvertrag) 
- 40. Anpassung des Grundlagenvertrages ET  
(Vermittlungsstellenvertrag) 



Spitzenverband

# DRG 2014

- ▶ Stabile Kalkulationsgrundlage,  
aber:  
weiterer Rückgang des Anteils von KH in privater Trägerschaft
- ▶ Stabile Gruppenzahl
- ▶ Professionelle Weiterentwicklung
- ▶ Überprüfung von Innovationen bleibt regelungsbedürftig.

Konflikt: Bluterentgelte (Schwellenwert)





# DRG-System 2014: Blutgerinnungsfaktoren

- ▶ **Konsentierung der FPV 2014 zwischen DKG, PKV und GKV**
- ▶ Konfliktäre Frage des Schwellenwerts für die Abrechnung des ZE2014-98 (Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren)
- ▶ Lösung: Schwellenwerte beim Zusatzentgelt für Gerinnungsstörungen von 9.500 Euro (2012: 15.000) für die Jahre 2014 und 2015
- ▶ Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge
- ▶ Problematik: Mengenausweitung
- ▶ ab 2016: Festlegung auf der Grundlage der InEK-Kalkulation

# Gang der Handlung

1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

## KHRG-Auftrag (§ 17 d KHG)

Für die Fachgebiete

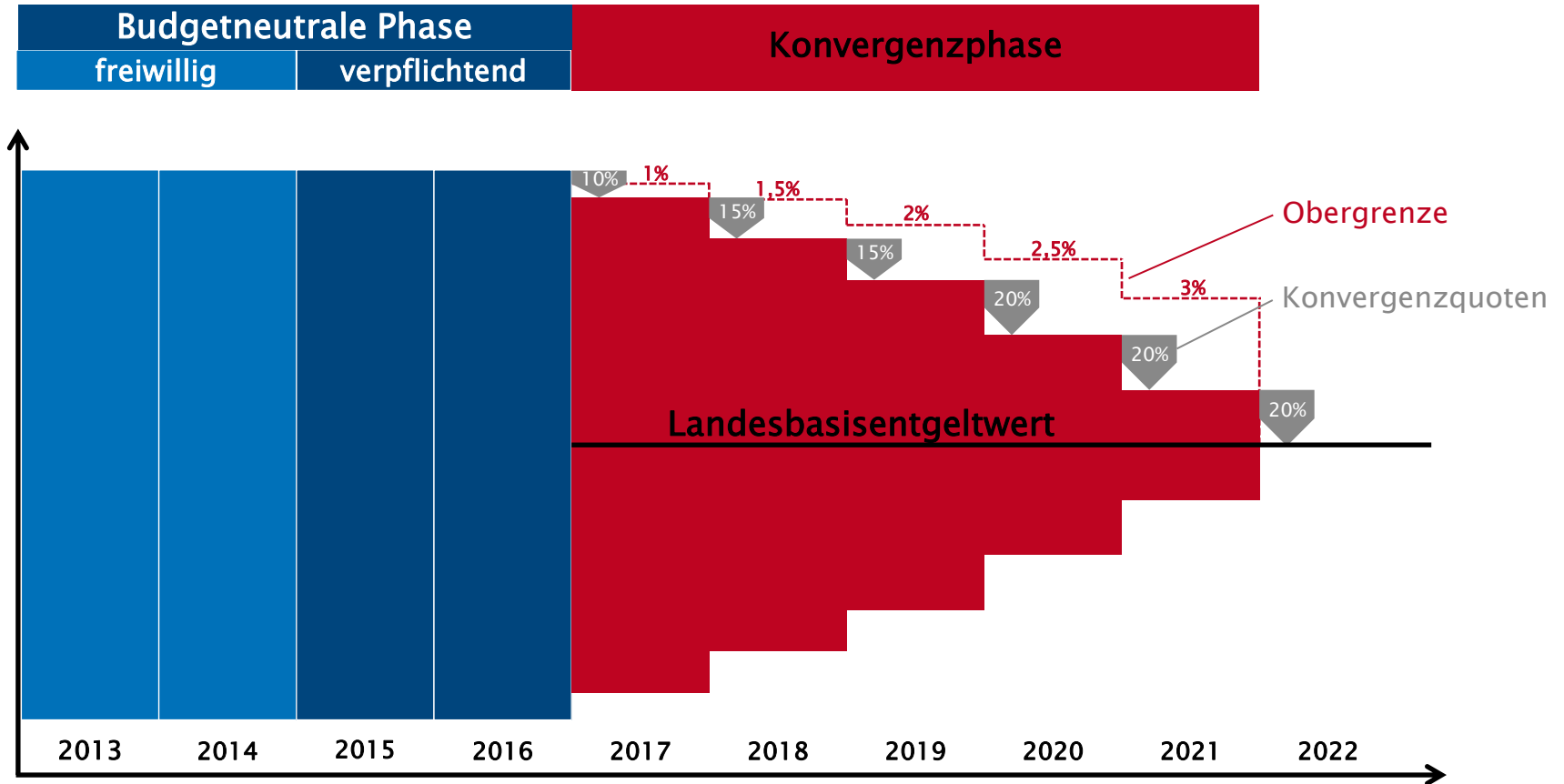
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie

soll ein

**durchgängiges,**  
**leistungsorientiertes** und  
**pauschalierendes** Vergütungssystem

der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von **tagesbezogenen Entgelten** eingeführt werden.

# Einführungsphasen PsychEntgG

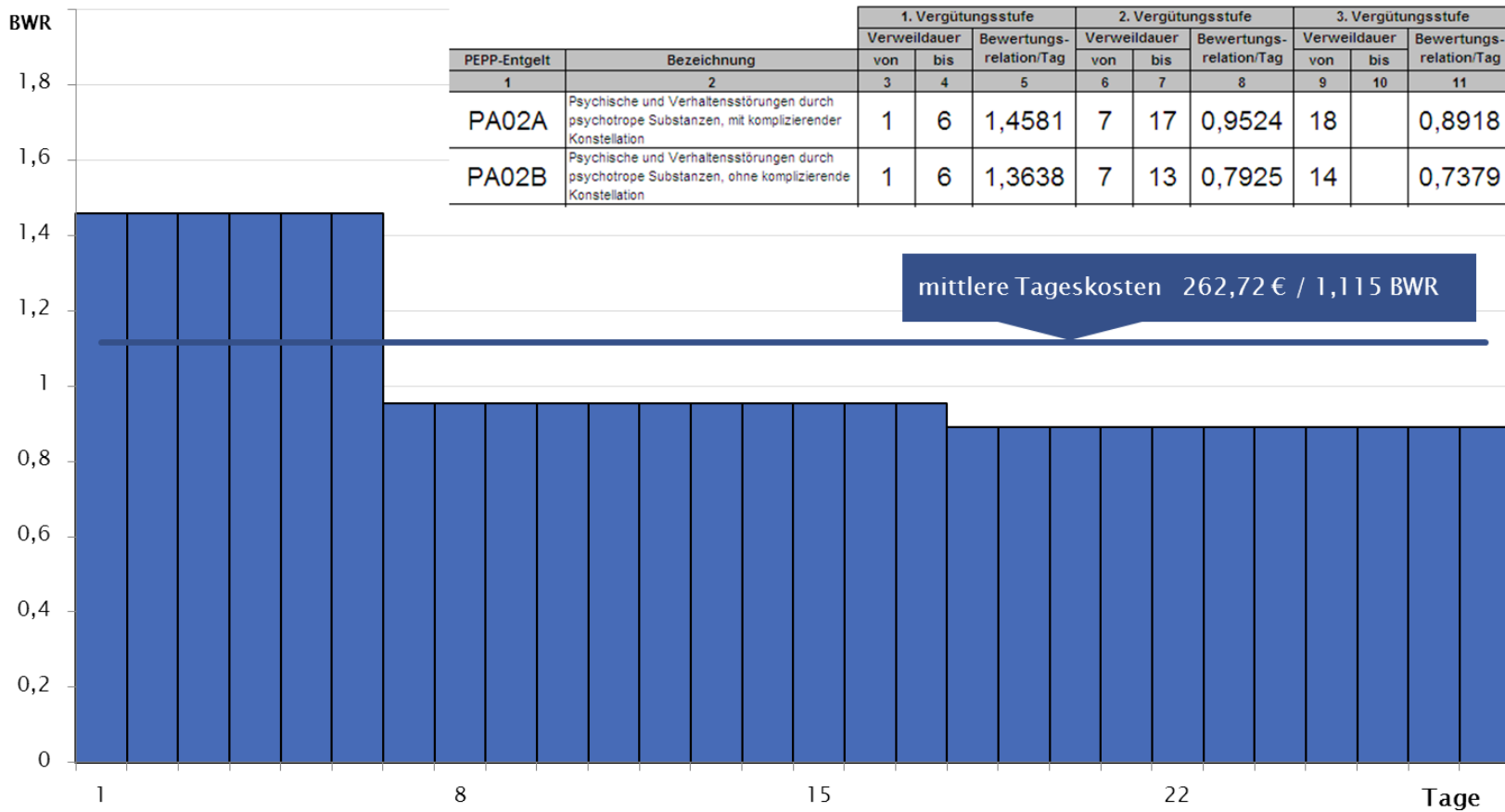




# Überblick PEPP-Katalog

	Prä-SK	Psychiatrie	Psycho-somatik	KJP	Fehler PEPP	gesamt
<b>Vollstat.</b>						
bewertet	7	14	6	7		34
unbewertet	1	5	6	6	3	21
<b>Teilstat.</b>						
bewertet		4	2	1		7
unbewertet		5	6	2		13
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>75</b>

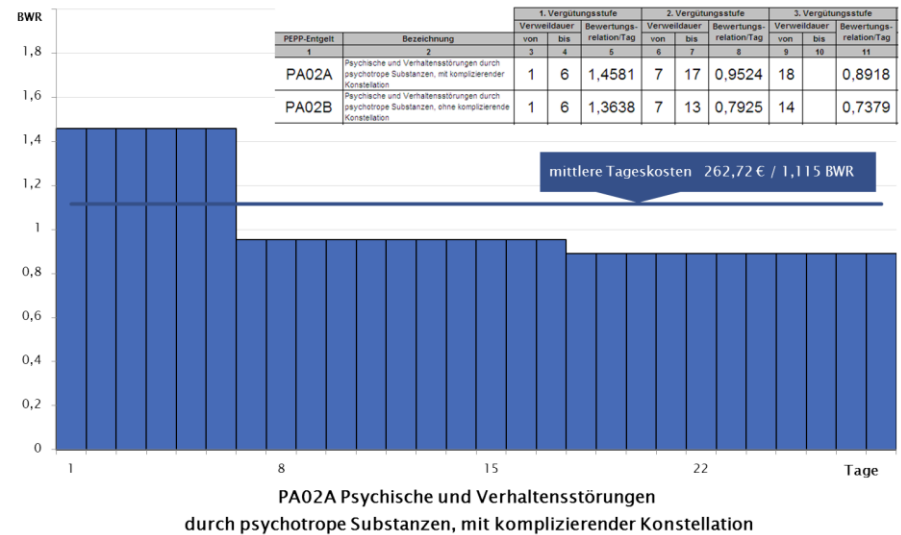
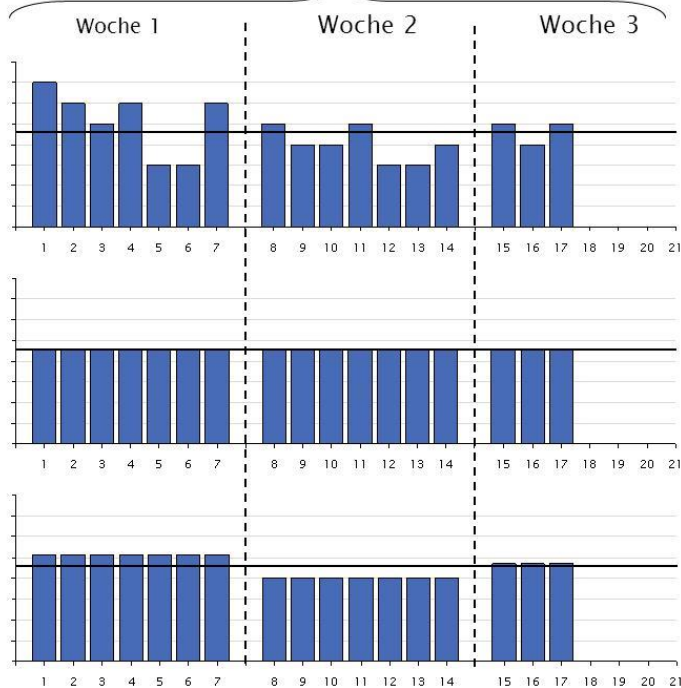
# Degression der Tagessätze



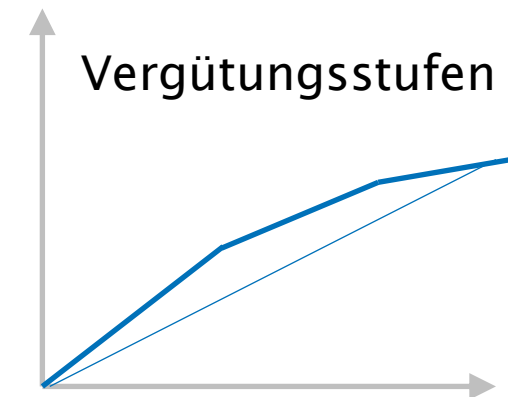
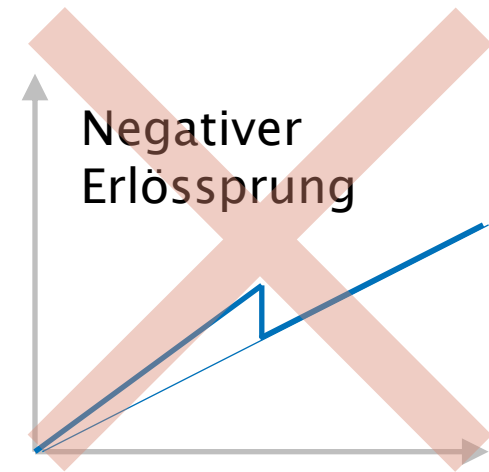
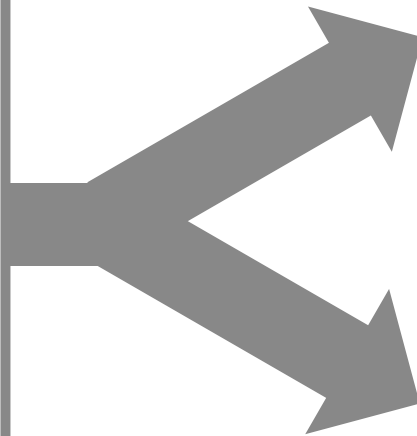
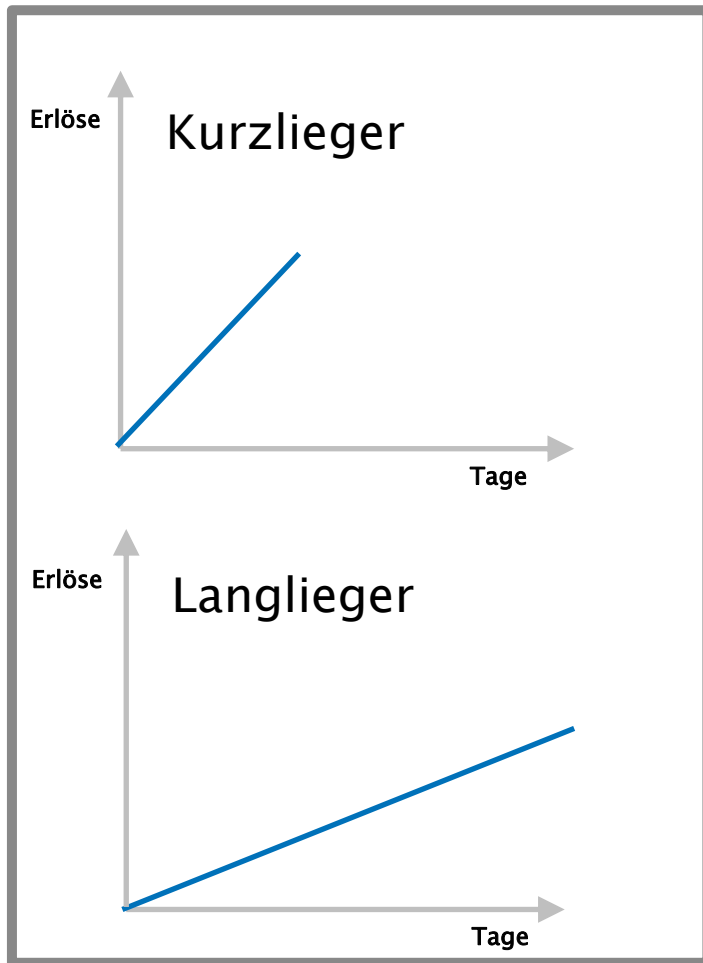
**PA02A Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation**

# Entwicklungsprozess Tagespauschalen

Beispiel: Patient verbleibt 17 Tage



# Degressionslogik 1: Kurz- und Langlieger





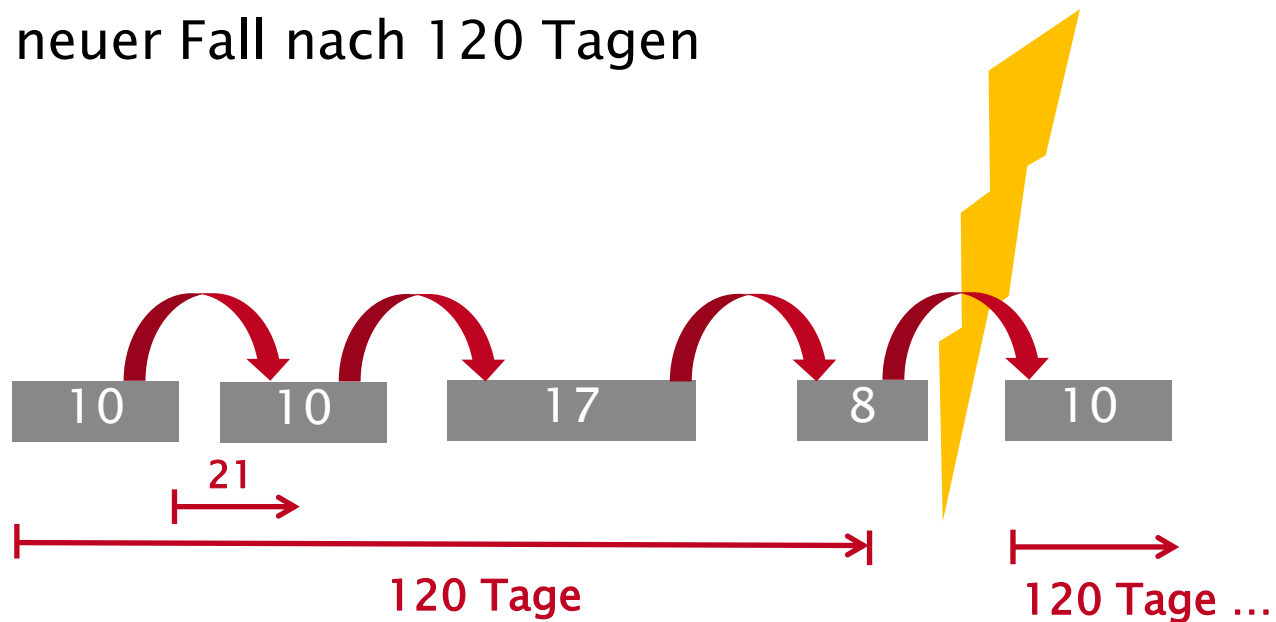
# Fallzusammenführung (21 / 120)



Fallzusammenführung bei Wieder-  
aufnahme ins Krankenhaus innerhalb  
von 21 Tagen



neuer Fall nach 120 Tagen



# Alternative TEPP ?

## ▶ Was ist TEPP?

### Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychosomatik

- Vorschlag des Arbeitskreises der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken (AKP); Vorstellung bei DKG am 09.09.2013
- Unterschiedliche Tagesentgelte nach Behandlungssetting und tagesbezogenen Behandlungsaufwand

## ▶ TEPP erfordert

- Tagesbezogene Kodierung (Problem: Wochenkodes)
- Tagesbezogene Kostenrechnung (willkürliche Verrechnung)
- Tagesbezogene Gruppierung
- Tagesbezogene Abrechnung

Quelle:Klimke, Bader u.a. (2013) TEPP ist machbar – Behandlungsvergütung psychotischer Patienten auf Grundlage tagesbezogener Kostendaten,KU Gesundheitsmanagement, Heft 11/2013, S. 42–45

# DKG-GKV-Einigung auf PEPP 2014 nebst Prüfauftrag

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG beauftragen das InEK, in Ergänzung zum derzeitigen Verfahren der Katalogentwicklung weitere tagesbezogene Analysen durchzuführen und nach Lösungen zu suchen, **damit Erlös- und Aufwandsverlauf für die Patientengruppen nicht extrem auseinanderfallen**. In die Prüfung sollten auch tagesbezogene Vergütungskomponenten einbezogen werden.“

Damit die Ergebnisse bei der weiteren Grouperentwicklung im Sommer 2014 und ggf. von den Softwareherstellern für 2015 berücksichtigt werden können, sollte die **Prüfung bis Mitte Februar 2014 abgeschlossen** sein. Anfang Januar ist auf der Basis einer Präsentation von Zwischenergebnissen eine gemeinsame Diskussion von InEK und Selbstverwaltungspartnern vorzusehen.“



Spitzenverband

# Gang der Handlung

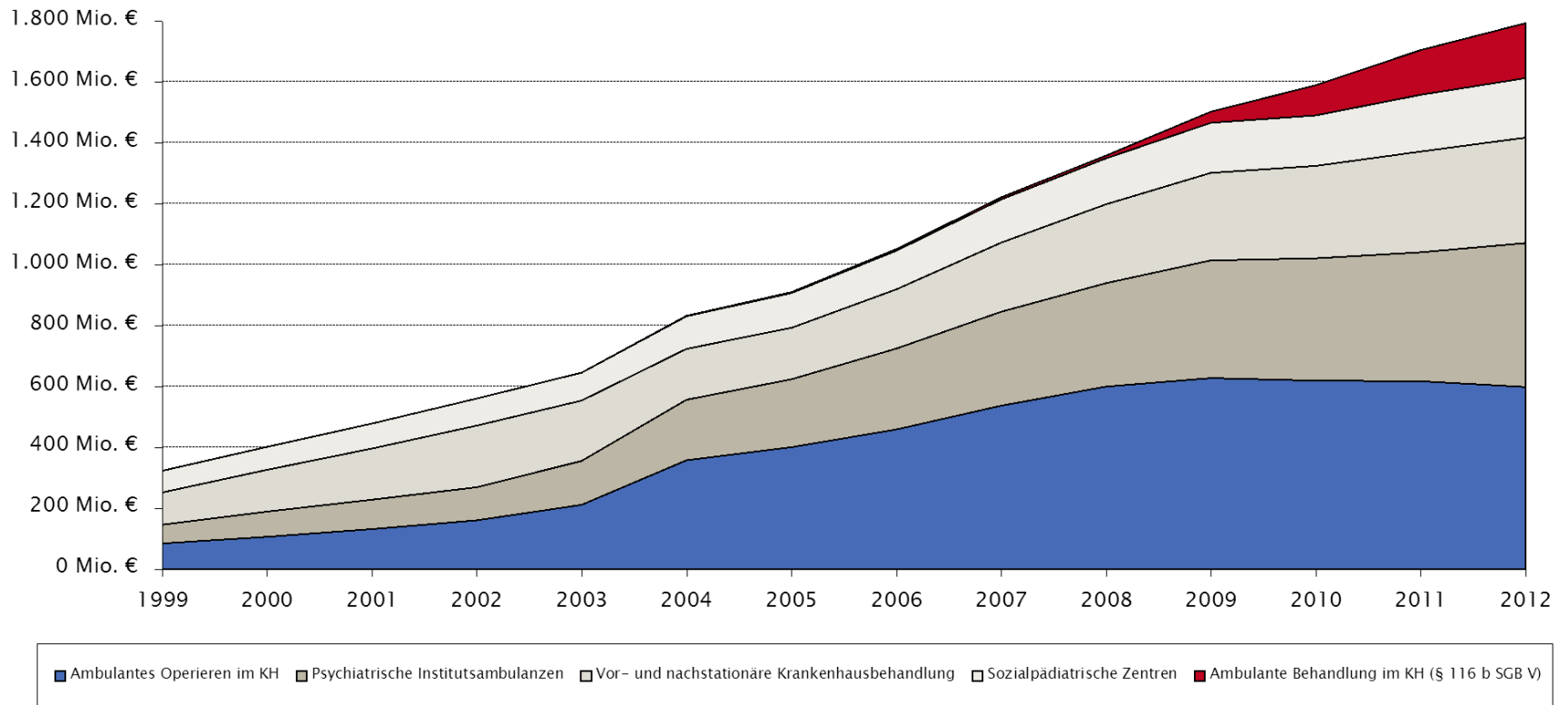
1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

# Ambulante Krankenhausleistungen

## Ein Jahrhundertthema

- ▶ zunächst wenig Beschränkungen für ambulante Krankenhausleistungen
- ▶ ab 1930: Kassenarztmonopol
  - Brüning'sche Notverordnung
  - Aufbaugesetzgebung
  - Kassenarztrecht 1955
- ▶ ab 1989: Reconquista  
Rückeroberung der ambulanten Versorgung durch das Krankenhaus – fast jährlich neue Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen
- ▶ ab 2012: erstmals gleicher Rechtsrahmen für Krankenhäuser und Niedergelassene bei 116b-Leistungen

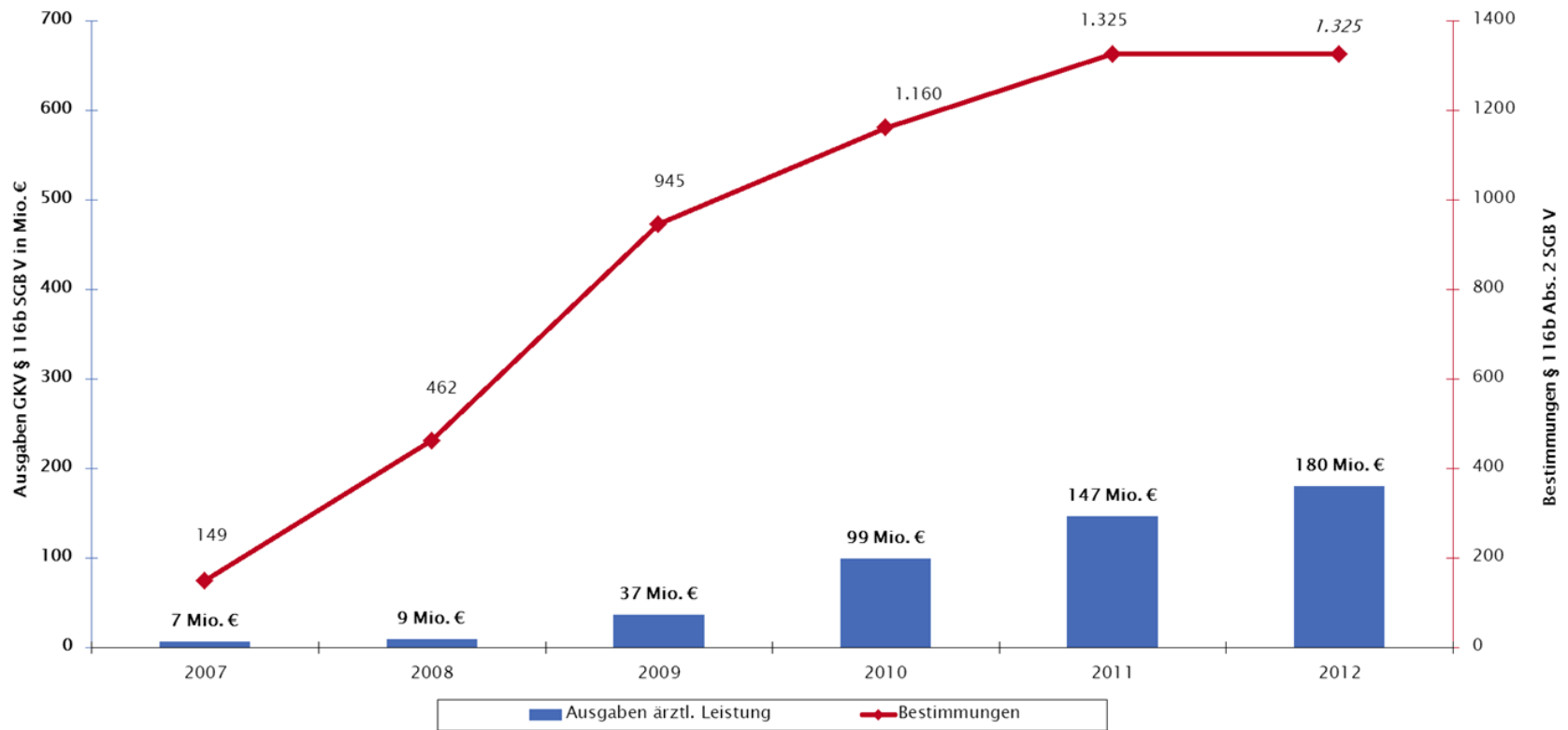
# GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen der Krankenhäuser



Quelle: KJ1



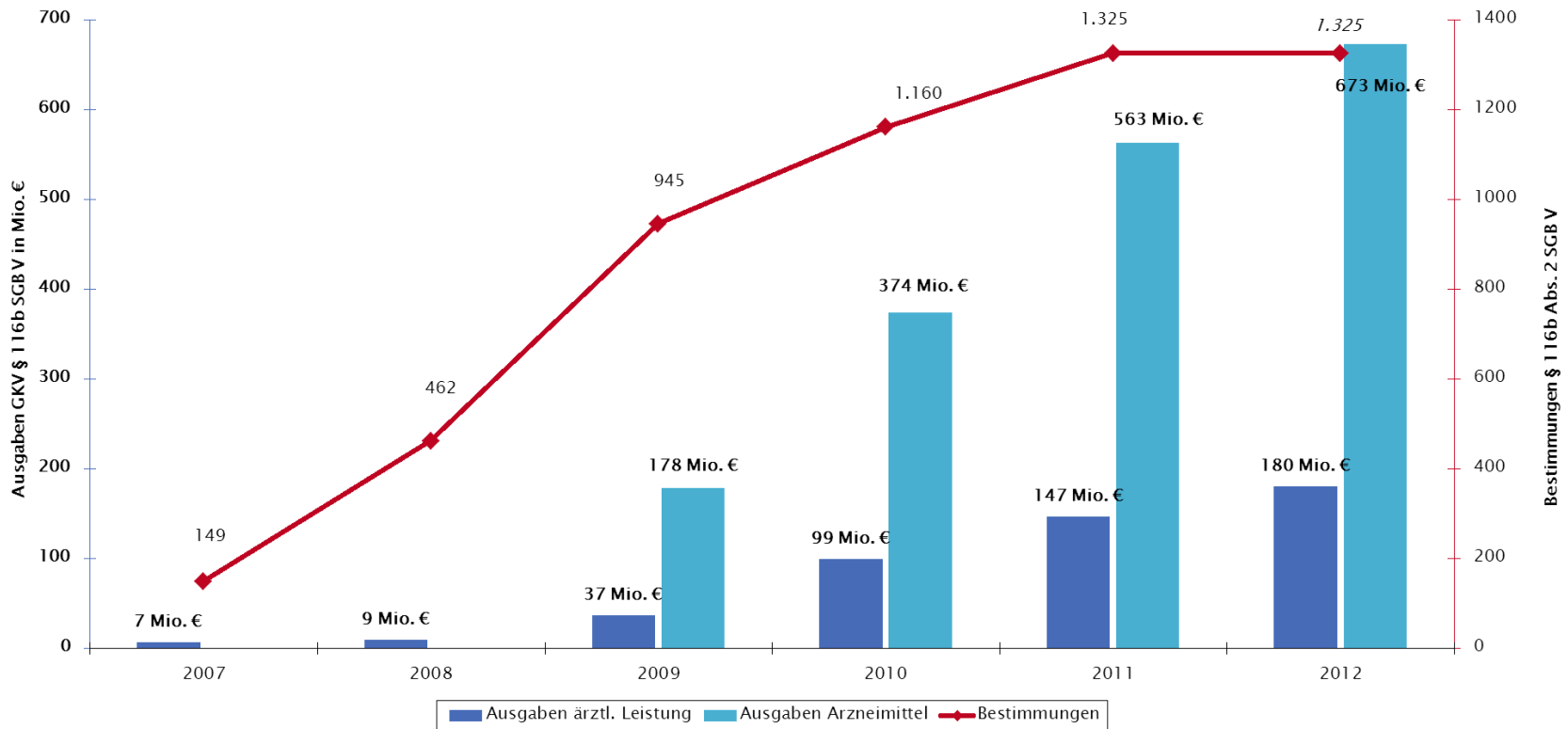
# § 116b (alt) Ausgaben



Quelle: Ausgaben (amtl. Statistik KJ1), Abfrage des GKV-SV



# § 116b (alt) Ausgaben inkl. Arzneimittel



Quelle: Ausgaben (amtl. Statistik KJ1), Abfrage des GKV-SV



# § 116b im G-BA

## Zwei Dutzend Konflikte



Spitzenverband

1. „Schwere Verlaufsformen“
2. „Seltene Erkrankungen“
3. Behandlungserfahrung
4. Leitlinienorientierte Behandlung
5. Studienteilnahme
6. Dokumentation
7. Kooperation mit Selbsthilfe
8. Räumliche Ausstattung
9. Facharztstatus
10. Intensivstation
11. 24-Stunden-Notfallversorgung
12. Mindestmengen
13. „Schalenmodell“
14. Andere Berufsgruppen
15. Verweis aus QS 135 Abs. 2 SGB V
16. „Kooperationen“
17. Ort der Leistungserbringung
18. Überweisungserfordernis
19. Gesicherte Diagnose
20. Abgrenzung zu „teilstationär“
21. Methoden: Verbotsvorbehalt
22. Behandlungsumfang
23. Katalogentwicklung
24. Kodierrichtlinien

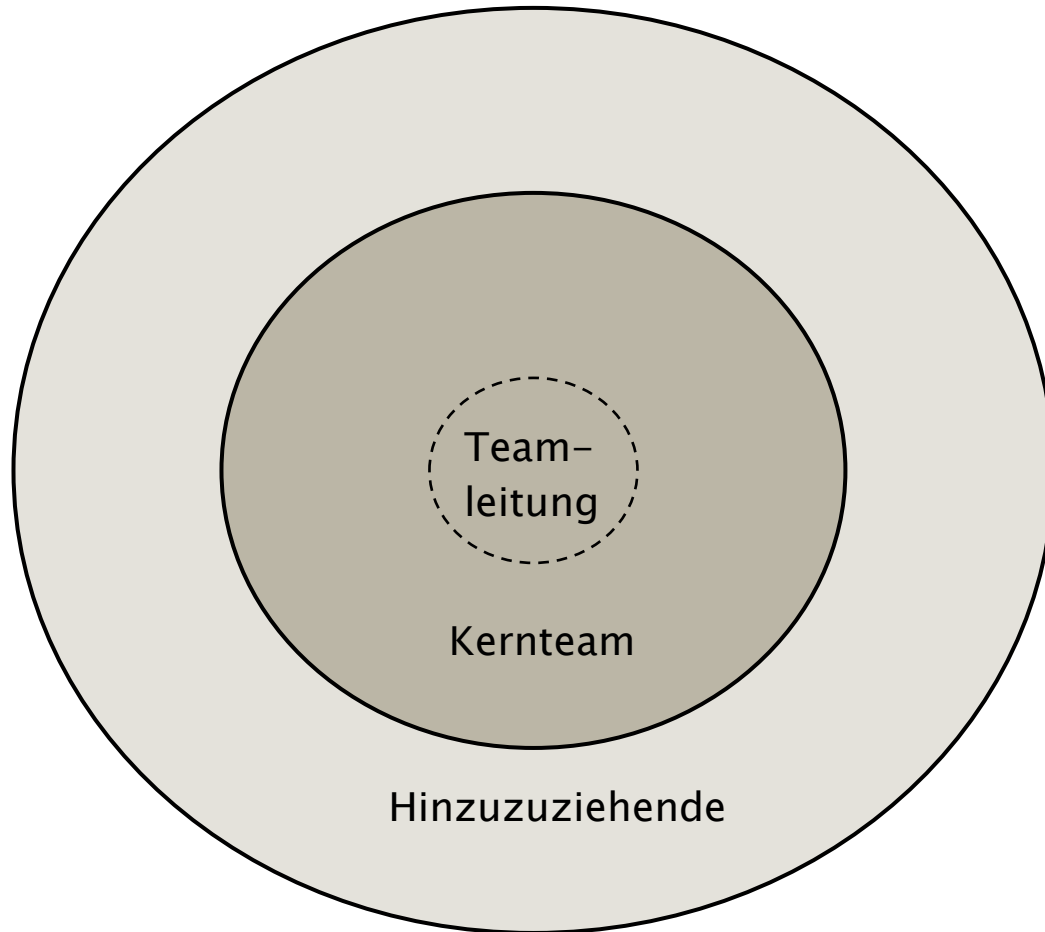
# Vorgehen im G-BA

- ▶ Gesetzliche Vorgabe: Alles fertig zum 31.12.2012.
  
- ▶ Beschluss im Plenum am 21.03.2013
  - „Paragrafenteil“ (die ASV-Richtlinie)
  - Eckpunkten für die Neufassung der Anlagen
  
- ▶ Arbeitsplan für erste Konkretisierungen:

1. Gastrointestinale Tumore	1. Tuberkulose
2. Gynäkologische Tumore	2. Marfan-Syndrom
3. Rheuma	3. Pulmonale Hypertonie
4. Herzinsuffizienz	4. Mukoviszidose
	5. Primär skleros. Cholangitis

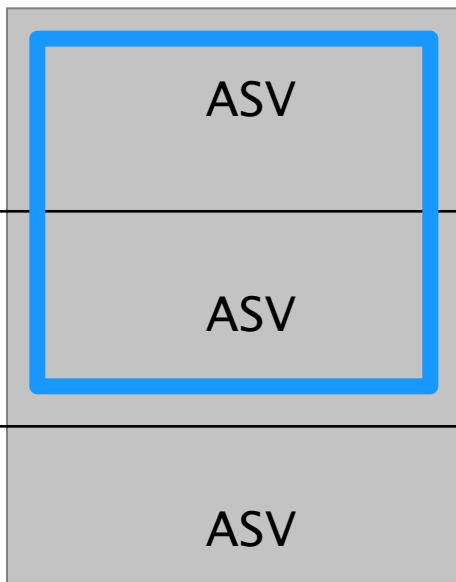


# Interdisziplinäres Team



# GOP-genaue Abgrenzung mit 3-Schalenmodell

Vergütung	ASV	normaler FA
Spezialist	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Team	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Hinzugezogene	ASV	MGV/EGV/Sonst.
Sonstige	MGV/EGV/Sonst.	MGV/EGV/Sonst.



## Nächste Schritte im G-BA

- ▶ Dezember-Plenum 2013:  
Verabschiedung der Konkretisierung „Tuberkulose“
- ▶ Parallel Einigung auf Abrechnungsregeln im ergänzten Bewertungsausschuss, ggf. Schiedsstelle
- ▶ Februar-Plenum 2014  
Verabschiedung der Konkretisierung „Gastrointestinale Tumore“
- ▶ Start der Abrechnung nach neuen ASV-Konkretisierungen:  
01.04.2014

# Gang der Handlung

1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

# Kommt 2014 die Strukturreform?



## Frankfurter Allgemeine Wirtschaft

AKTUELL MULTIMEDIA THEMEN BLOGS ARCHIV MEIN FAZ.NET  
Politik **Wirtschaft** Feuilleton Sport Gesellschaft Finanzen Technik & Motor Wissen

Aktuell > Wirtschaft > Wirtschaftspolitik

Gesundheitspolitik

### CDU-Experte hält Hunderte Kliniken für überflüssig

04.02.2013 · Die Krankenhäuser verlangen mehr Geld. In der Politik gibt es dafür wenig Verständnis, im Gegenteil. Jede fünfte Klinik könnte stillgelegt werden, sagt Unions-Krankenhausfachmann Lothar Riebsamen.

FAZ: 04.02.2013

Wachsende OP-Zahlen

12. April 2013, 12:08 Uhr

### Bahr sieht Fehlanreize für Operationen in Krankenhäusern

Fast nirgendwo gibt es so viele OPs wie in Deutschland. Der Verdacht steht nahe, dass häufig medizinisch unnötig operiert wird, weil Krankenhäuser daran verdienen. Die weisen den Vorwurf zurück.

Stern: 12.04.2013

6.759 News Politik

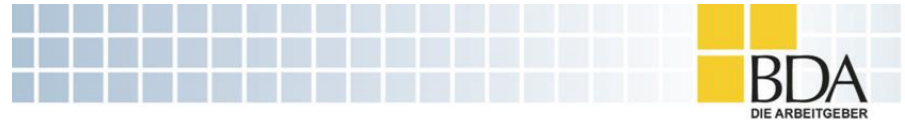
« < 149 150 151 **152** 153 154 155 > » Seite

POLITIK

### SPD legt Konzept für eine langfristige Reform der Krankenhäuser vor

Donnerstag, 21. März 2013

Ärzteblatt: 21.03.2013



### Krankenhaussektor braucht Strukturreform und keine Zusatzförderung

BDA: 05.03.2013

FRAKTIONSBSCHLUSS VOM 27.02.2013

» QUALITÄT, ZUSAMMENARBEIT UND BEDARFSORIENTIERUNG – ECKPUNKTE GRÜNER KRANKENHAUSPOLITIK



Bundestagsfraktion  
B90/Grüne: 27.02.2013

6.759 News Politik

« < 48 49 50 **51** 52 53 54 > » Seite

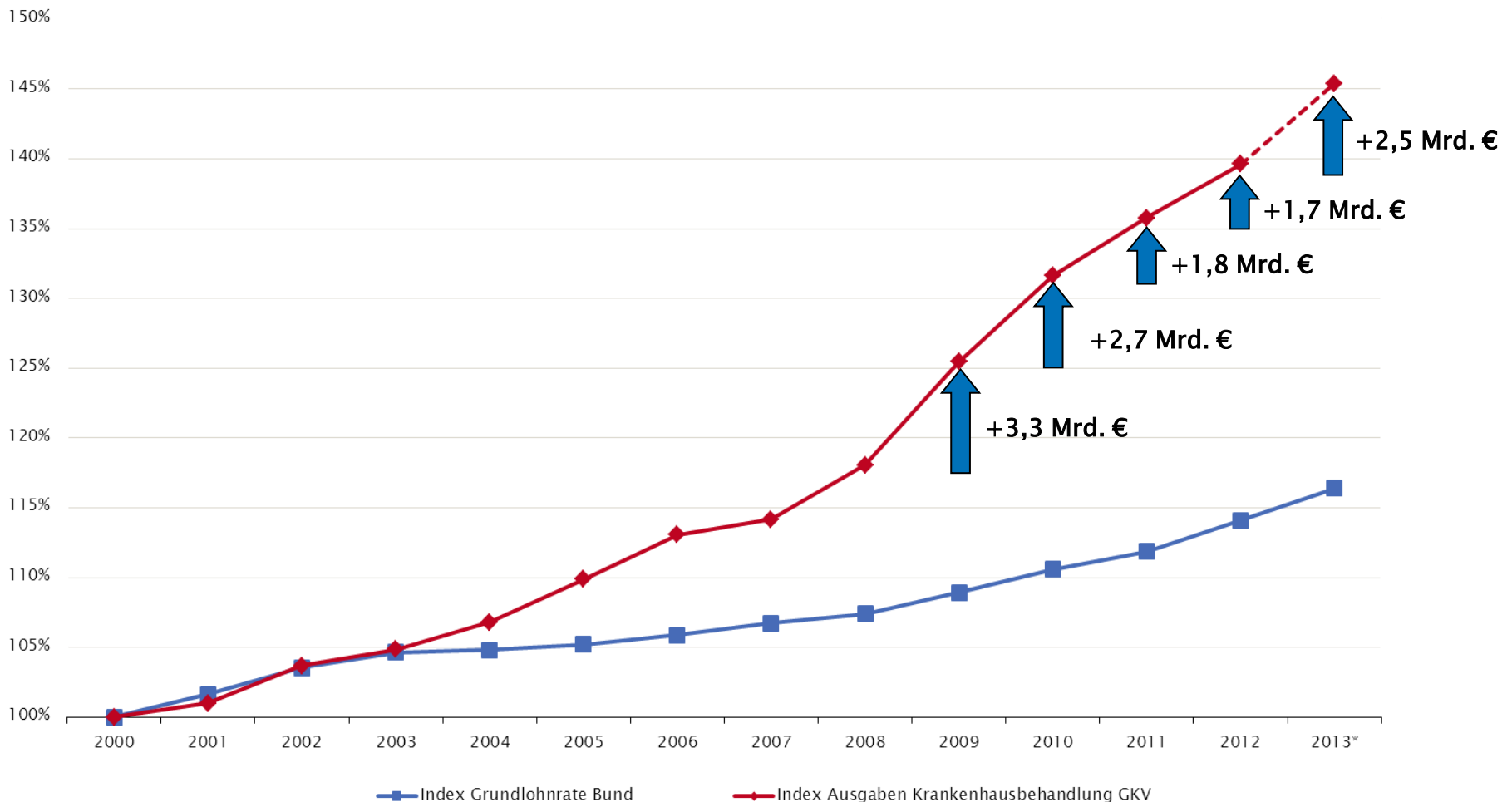
POLITIK

### Friedrich-Ebert-Stiftung: Einheitliches Krankenversicherungs- und Honorarsystem notwendig

Donnerstag, 2. Mai 2013

Ärzteblatt: 02.05.2013

# Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser



Quelle: Amtliche Statistik KJI (2000–2012); \*Schätzung GKV–Spitzenverband (2013); Darstellung GKV–Spitzenverband





### **14 Positionen für 2014**

Reform der Krankenhausversorgung  
aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat am 4. September 2013

abrufbar unter

[http://www.gkv-spitzenverband.de/  
presse/  
pressekonferenzen\\_gespraechе/  
2013/kh\\_positionen\\_1414/  
131009\\_kh\\_positionen\\_14\\_14.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2013/kh_positionen_1414/131009_kh_positionen_14_14.jsp)



# 14 Positionen für 2014

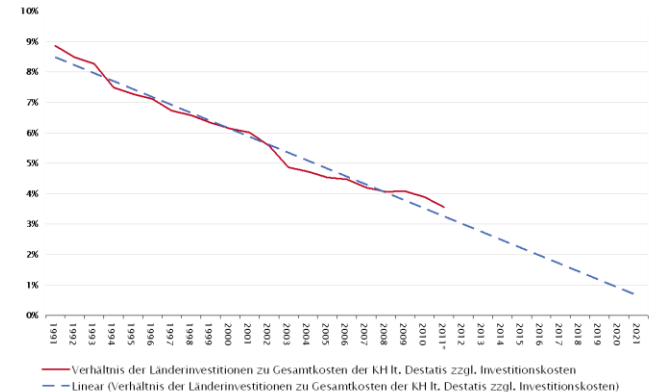
1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten
2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen
3. Strukturbereinigung einleiten
4. Qualitätsanreize durch Direktverträge setzen
5. DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben
6. Preisentwicklung fair gestalten
7. Verhandlungen auf Landesebene stärken
8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen
9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten
10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren
11. Qualität transparent weiterentwickeln
12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen
13. Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben
14. Nutzen von Innovationen ermitteln

# 1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten

- ▶ Die Krankenhausversorgung wird zunehmend als Vehikel für eine lokale Wirtschaftsförderung genutzt.
- ▶ Folgen sind:
  - Überkapazitäten
  - überhöhte Preise
  - zweifelhafte Mengenentwicklung
  - Mangel an Qualitätsorientierung
- ▶ **Ziel einer Reform muss sein, den Versicherten wieder in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung zu stellen.**
- ▶ **Versicherter = Patient & Beitragszahler**

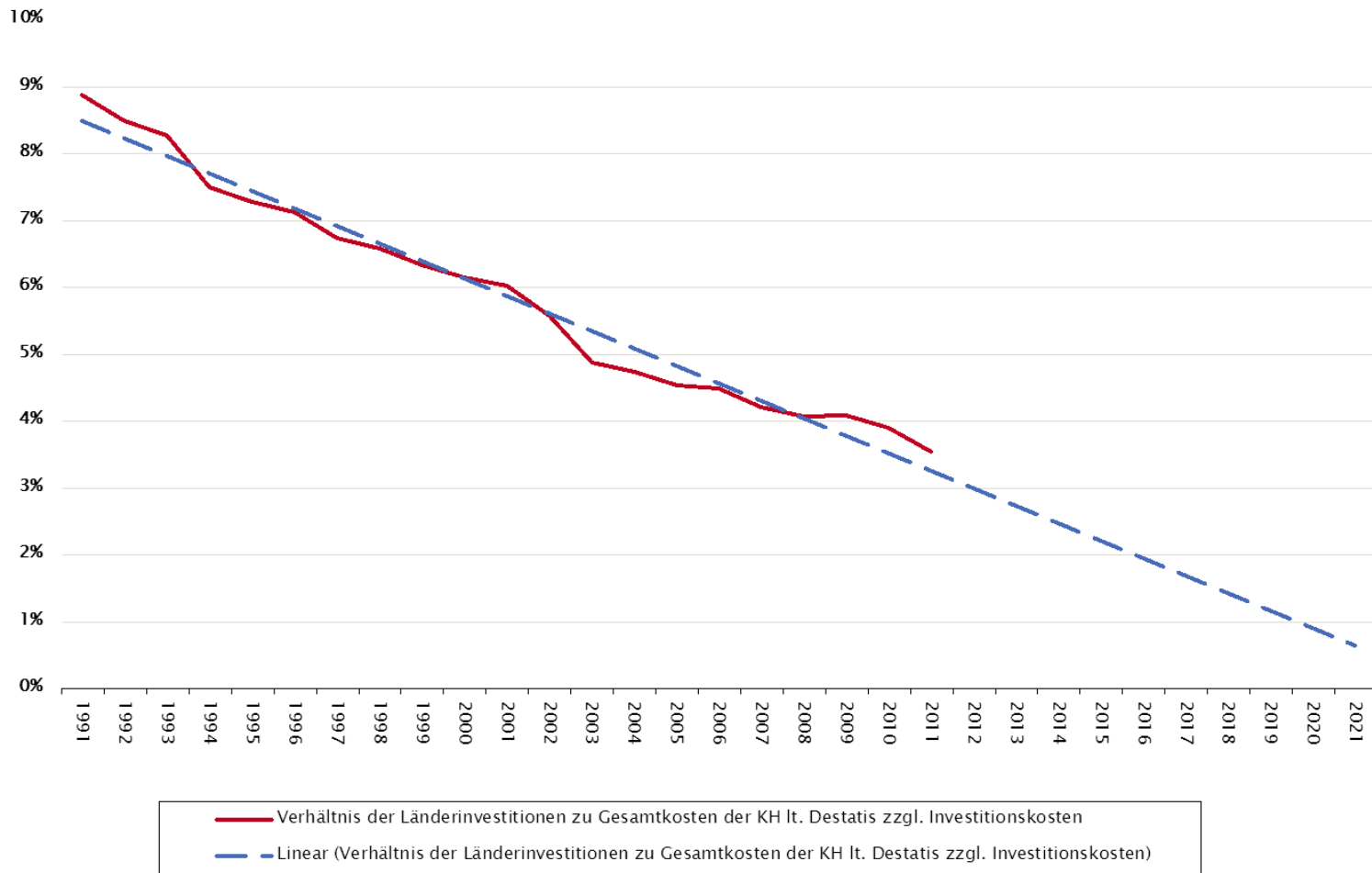
## 2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen

- ▶ Die Grundprinzipien der Planung sind inzwischen 40 Jahre alt.
- ▶ Investitionsfinanzierung der Länder geht gen Null.



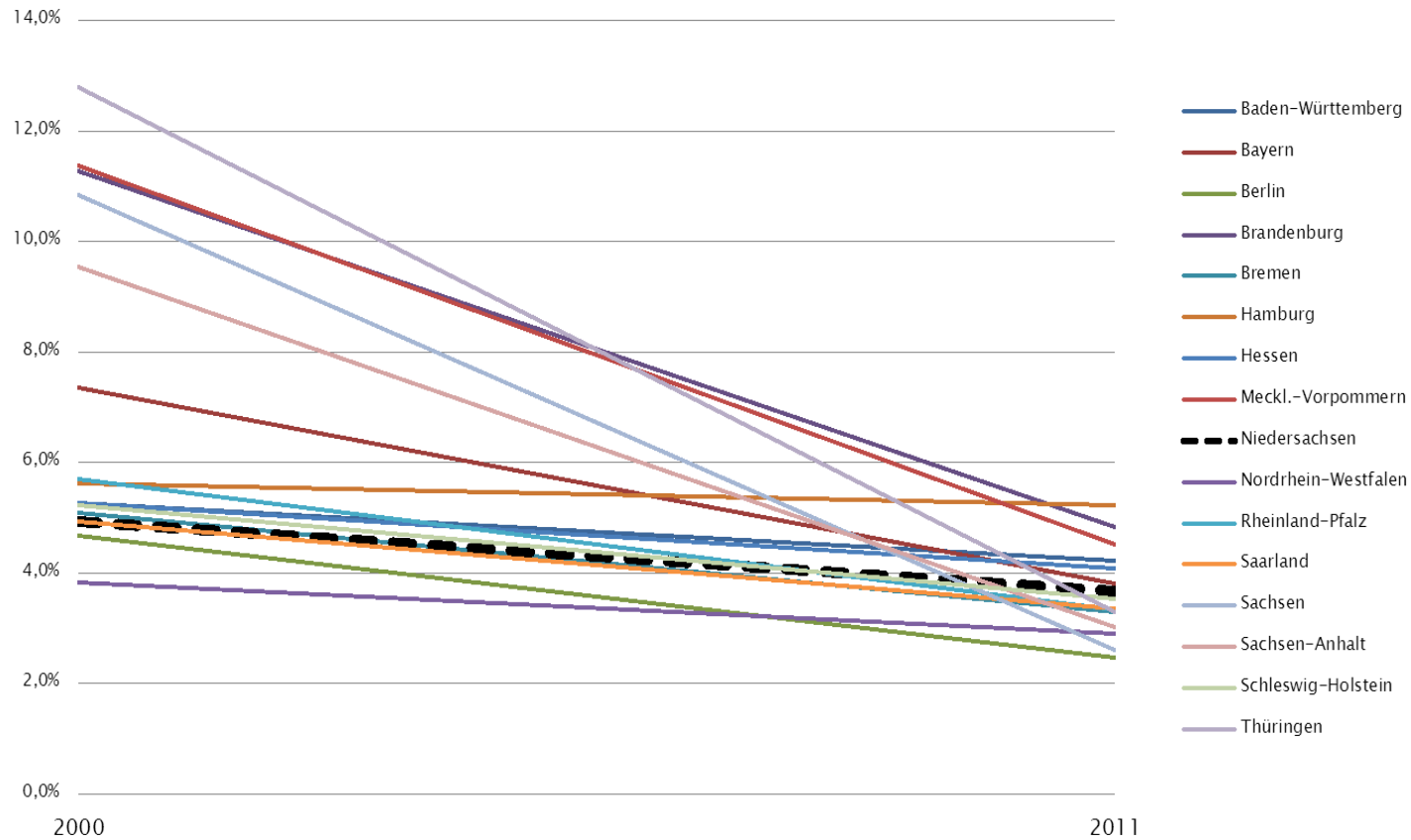
- ▶ Am Ende dieses Jahrzehnts wird es keine nennenswerte Investitionsfinanzierung durch die Länder geben.

# Rückläufige Investitionen der Bundesländer



# Alle Länder sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KH lt. Destatis zzgl. Investitionskosten



# 3. Strukturereinigung einleiten

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner  
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner  
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

# 75 % der kleinen Häuser liegen in verdichteten Räumen

Krankenhausgröße	1. Kreisfreie Großstädte	2. Städtische Kreise	3. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	4. Dünn besiedelte ländliche Kreise	Summe
XXL	56%	24%	9%	11%	100%
XL	33%	33%	19%	15%	100%
L	30%	42%	17%	11%	100%
M	19%	39%	22%	20%	100%
S	12%	42%	19%	26%	100%
Gesamt	30%	36%	17%	17%	100%

Quelle: GKV-SV 2013, BBSR 2011

- ▶ Über 50 % der kleinen Krankenhäuser liegen im urbanen Raum,
- ▶ ca. 75 % in verdichteten Räumen!



# Liebe Krankenhausträger!



Die Länder werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Die Kassen werden eure Krankenhäuser nicht schließen!

Schließen müsst ihr eure Krankenhäuser schon selber!

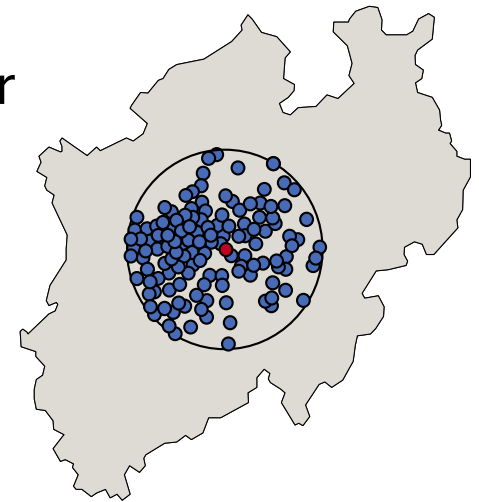


# Marktaustrittshilfen

- ▶ Krankenhausträger, die nicht mehr bedarfsnotwendige Häuser schließen (in der Regel umwidmen), sollten finanziell unterstützt werden.
- ▶ Das Finanzvolumen aus Mehrleistungsabschlägen sollte gezielt für die Sicherstellung bestimmter Häuser in ländlichen Regionen und zur gezielten Finanzierung von Marktaustritten eingesetzt werden.
- ▶ Ergänzend können Mittel aus einem Bund-Länder-Fonds hinzugezogen werden.

## 4. Durch Direktverträge Qualitätsanreize setzen

- ▶ Für planbare stationäre Leistungen sollte insbesondere in Ballungsräumen ein Ausschreibungsmodell Anreize setzen, die Versorgungsqualität zu erhöhen.
- ▶ Qualität, Menge und Preis sollten verpflichtender Bestandteil der Ausschreibung sein.
- ▶ Es käme erstmalig zu einer umfassenderen Verbindung von Qualität und Vergütung.
- ▶ **Ziel: Krankenhäuser mit schlechter Qualität sollen vom Markt verschwinden.**



Krankenhäuser mit Knie-TEPs  
50 km Umkreis von Essen  
Quelle: Leber, Malzahn, Wolff:  
Elektiv wird selektiv

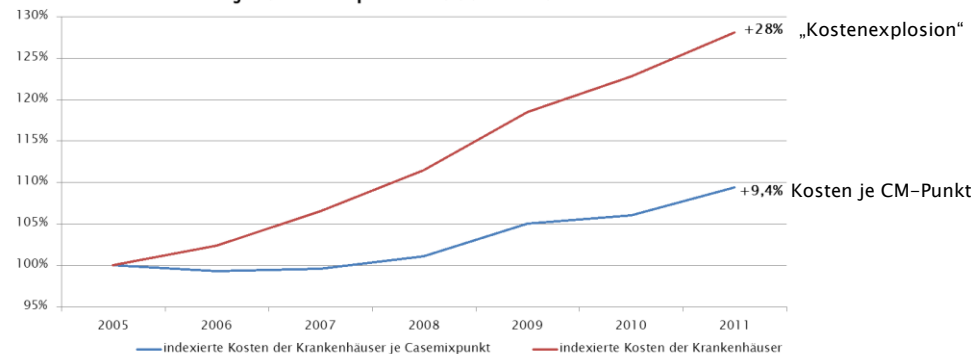
## 5. DRG–Erfolgsgeschichte fortschreiben

- ▶ DRG–Erfolge:
  - leistungsgerechte Vergütung
  - enormer Transparenzgewinn
  - Steigerung der Wirtschaftlichkeit
  
- ▶ aber: Wegen überhöhter Preise und fehlender Mengensteuerung ungebremstes Ausgabenwachstum und keine Strukturbereinigung
  
- ▶ Eine kommende Reform sollte
  - Fehlentwicklungen bei Preissetzung und Leistungssteuerung beseitigen und
  - **keinesfalls** das Fallpauschalensystem zur Disposition stellen. Die DRG–Systematik muss stattdessen weiterentwickelt werden (Stichwort: qualitätsorientierte Vergütung).

## 6. Preisentwicklung fair gestalten

- ▶ Eine faire Preisentwicklung müsste neben der Kostenentwicklung auch die Produktivitätsentwicklung berücksichtigen.
- ▶ Sinken die Kosten je Fall, dann bedarf es auch keiner Steigerung der Preise für Fallpauschalen.
- ▶ Das Statistische Bundesamt müsste bei der Ermittlung des Orientierungswertes die **Kosten je Casemixpunkt** zugrunde legen.

Kosten der Krankenhäuser und Kosten der Krankenhäuser je Casemixpunkt 2005 bis 2011



Quelle: destatis und Daten nach § 21 KHEntgG - eigene Berechnungen

# Faire Krankenhausvergütung

- ▶ DKG–Position (vgl. das Krankenhaus 4.2013, S. 359):  
  
„Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können.“
- ▶ Ja, die Kostensteigerung je Blinddarmoperation sollten bezahlt werden. Aber bitte die Kostensteigerung je Fall (genauer: je Casemixpunkt)!!!

# Orientierungswert: 2 : 0 für die Grundlohnrate!

- ▶ Dritte Regelung vor erster Verhandlung (BMG-Festlegung, DKG-GKV-Verhandlung mit Korridor, DKG-GKV bis O-Wert)
- ▶ Grundlohnrate lag leicht über O-Wert
  - 2012: O-Wert: 2,00 % < GLS: 2,03 % => O-Wert
  - 2013: O-Wert: 2,02 % < GLS: 2,81 % => **max (O-Wert, GLS)**
- ▶ Warum sollen die Preise um die Grundlohnrate erhöht werden, wenn die Kosten je Erlöspunkt nicht steigen.
- ▶ Achtung: Neutrale, empirische Ermittlung durch das Statistische Bundesamt ist richtig. Das statistische Bundesamt rechnet nicht falsch – es berechnet das Falsche.

# 7. Verhandlungen auf Landesebene stärken



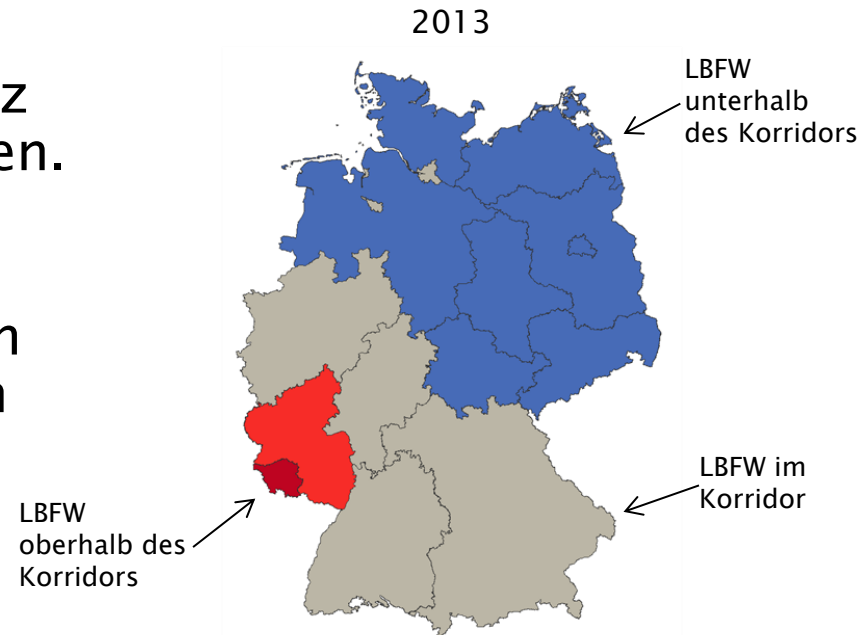
Spitzenverband

▶ Die Bundesbasisfallwertkonvergenz überlagert die LBFW-Verhandlungen.

▶ Verhandlungen verlieren ihren Sinn (gilt für Länder, die an der unteren Korridororgrenze liegen)!

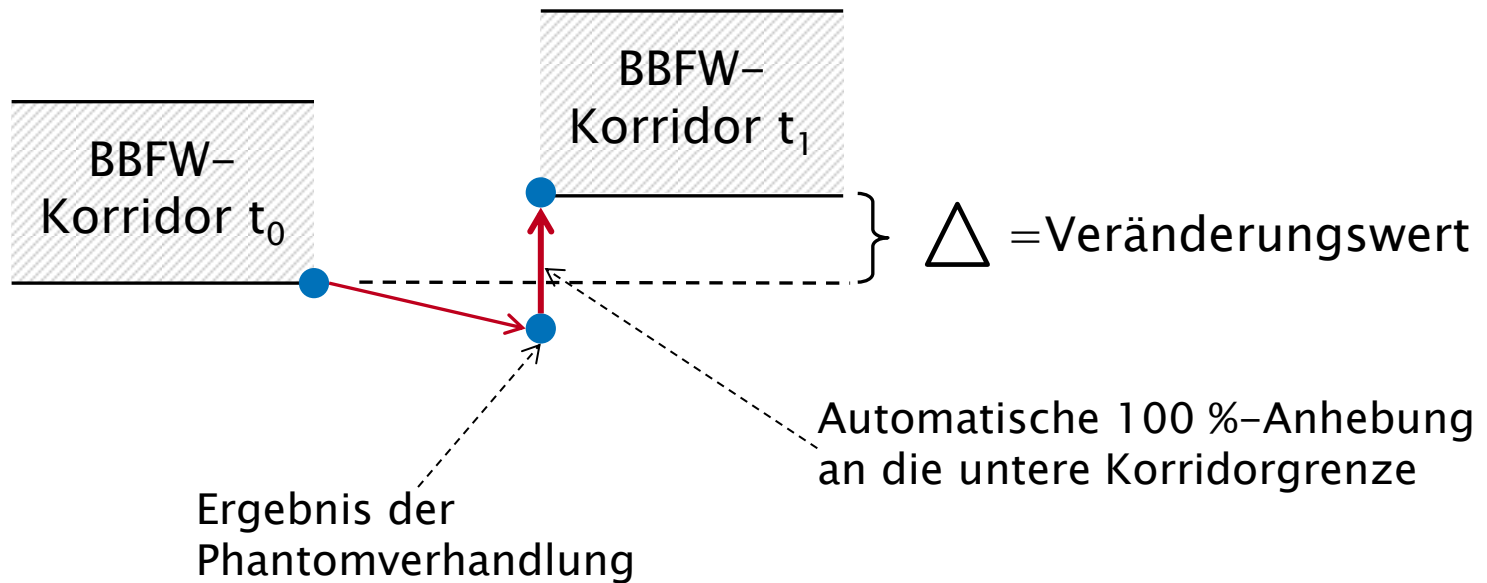
▶ „Phantomverhandlungen“ in 50 % der Bundesländer (hier: blau markiert)!

▶ Die Konvergenz an den bundeseinheitlichen Korridor muss so ausgestaltet sein, dass Verhandlungsanreize auf Landesebene auch nach 2014 bestehen.





# Phantomverhandlungen



- LBFW an der unteren Korridorgrenze



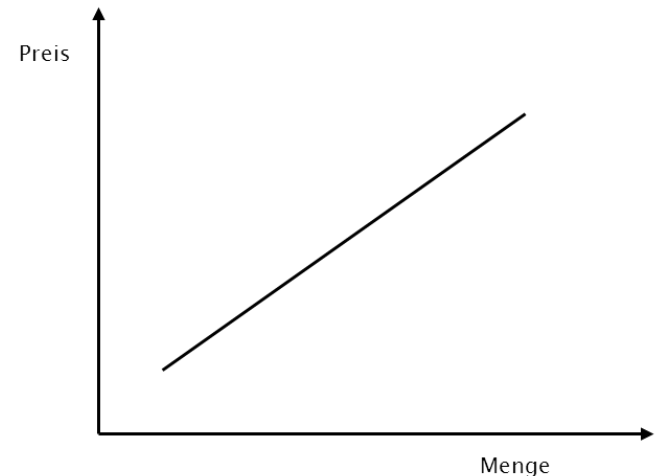
Spitzenverband

# Kosten der BFW–Konvergenz

- ▶ In den Jahren 2010 bis 2013 basiswirksame Ausgabensteigerungen aufgrund der Konvergenz in Höhe von 60 bis 80 Mio. Euro jährlich
  
- ▶ In 2014 wird es noch viel teurer:
  - 1. Jahr mit 100 % Angleichung an den Korridor
  - hohe Grundlohnrate (2,81 %) und damit hohe Korridor Grenzen, die die LFW nach oben ziehen
  - Ausgaben in Höhe von ca. 280 Mio. Euro erwartet

# 8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen

- ▶ Je höher der Preis, desto höher der Anreiz aus wirtschaftlichen Gründen medizinisch zweifelhafte Eingriffe vorzunehmen.
- ▶ „Fairer“ Preis kann überhitzte Mengenentwicklung vermeiden.
- ▶ Zentraler Ansatz gegen die Mengenausweitung sind **Mehrleistungsabschläge** und eine **Vermeidung überhöhter Landesbasisfallwerte**.
- ▶ Für die Versicherten muss klar sein: Als Patient werde ich nur operiert, wenn dies medizinisch indiziert ist, Beiträge werden nur für medizinisch notwendige Leistungen verwendet.

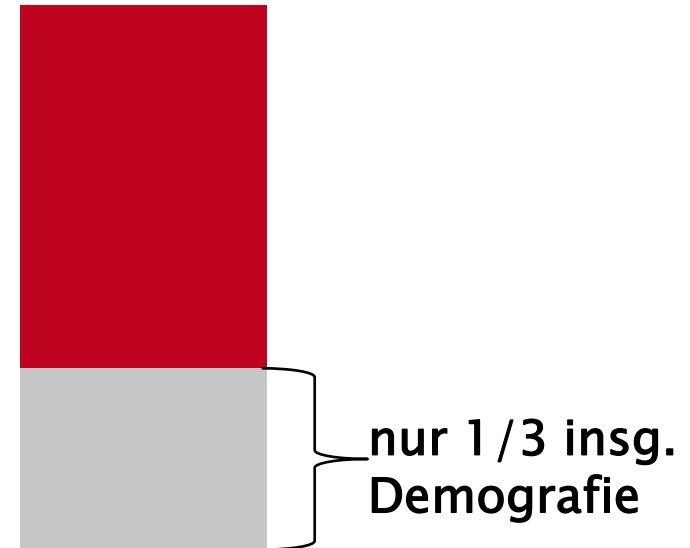


# Sinnvolle Verteilung der finanziellen Mittel notwendig!



# Mengensteigerungen im Krankenhaus

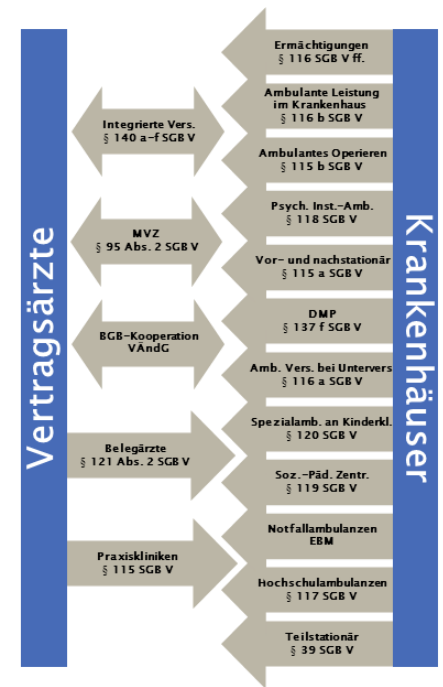
- Begleitforschung dritter Zyklus
  - CM-Zuwachs 2008 bis 2010 im Durchschnitt: 2,6 %
  - erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 0,9 %
  
- RWI-Mengengutachten bestätigt spezielle Problembereiche (Muskel-Skelettsystem, Herz-Kreislaufsystem).



→ Gemeinsames Gutachten wird das wohl auch bestätigen.

# 9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten

- ▶ Eine Entwicklung hin zur ambulanten Leistungserbringung ist grundsätzlich begrüßenswert.
- ▶ Problematisch: Paragrafendschmelze mit widersprüchlichen Vergütungsstrukturen.
- ▶ Um Über- und Fehlversorgung sowie eine unkontrollierte Mengenentwicklung zu vermeiden, müssen Preise und Mengen verhandelt und eine sachgemäße Bedarfsplanung etabliert werden.



# 10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren

- ▶ Die Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen muss durch eine wirksame Anreizsetzung auf den Weg gebracht werden.
- ▶ Fehlerhaftes Abrechnen darf nicht risikolos sein, sondern muss Konsequenzen haben.
- ▶ Der GKV werden durch fehlerhafte Abrechnungen von Krankenhäusern jährlich ca. 2 Mrd. Euro entzogen.



- ▶ Die Lösung sollte einfach, pauschal und unbürokratisch sein. Die symmetrische Ausgestaltung der 300-Euro-Aufwandspauschale ist ein notwendiger Einstieg.



Spitzenverband

# Schlichtungsausschuss Bund

- ▶ § 17c (3) KHG: Vereinbarung und Geschäftsordnung (31.12.2013)
- ▶ Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen GRUNDSÄTZLICHER Bedeutung
- ▶ keine Einzelfälle (Abgrenzung Schlichtungsausschuss Land)
- ▶ GKV-SV fordert klare Definition von „grundsätzlicher Bedeutung“
- ▶ Klärung von Konflikten bei bislang unregelmäßig – oder unterschiedlich angewandten Regelungen
- ▶ Achtung: Ersetzt nicht die Abrechnungsbestimmungen oder Kodierrichtlinien!





# Vereinbarung Prüfverfahren

- ▶ § 17c (2) KHG: Vereinbarung bundeseinheitlicher Regelungen zur Überprüfung der Krankenhausabrechnung bis 01.04.2014
- ▶ Gesetzgeber beauftragt Selbstverwaltung mit Regelung eines Vorverfahren (vor Einschaltung des MDK)
- ▶ abweichende Regelungen zur 6-Wochen-Prüffrist (MDK) möglich
- ▶ Schwierige Verhandlungen. Schiedsstelle wahrscheinlich.



# Modellhafte Auffälligkeitsprüfung

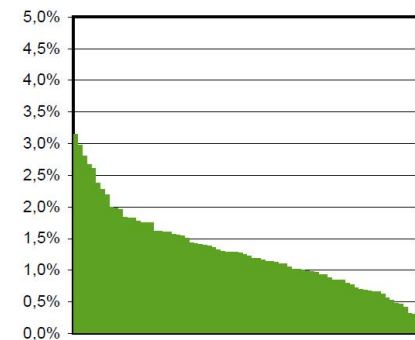
- ▶ § 17c (4a) KHG: Nähere Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung von Auffälligkeitsprüfungen (bis 31.03.14)
- ▶ Selbstverwaltung entwickelt und erprobt modellhaft die Durchführung mit den 21er Daten (bis zum 31.12.2014)
- ▶ Entwicklung eines auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren, eingeschränkt auf sekundäre Fehlbelegung
- ▶ Gemeinsamer Bericht bis zum 31.03.2015

# 11. Qualität transparent weiterentwickeln

- ▶ Patienten haben Anspruch auf eine umfassende Information über Strukturen sowie Prozess- und Ergebnisqualität.
- ▶ Eine Weiterentwicklung der Transparenz über die Qualität der Versorgung ist notwendig.
- ▶ Jede Qualitätssicherungsregelung läuft ins Leere, wenn die Messung der Qualität unvollständig oder fehlerhaft ist.
- ▶ Akteure, die sich jedoch den verbindlichen Regelungen, etwa des G-BA, entziehen, müssen künftig wirksam sanktioniert werden können.

# 12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen

- ▶ Es sollte ein Qualitätswettbewerb etabliert werden, bei dem sich Qualitätsunterschiede in Erlösdifferenzen widerspiegeln.
- ▶ Voraussetzung dafür ist, dass mehr Qualitätsindikatoren entwickelt werden und die Validität von Qualitätssicherungsdaten verbessert wird.
- ▶ Dies macht die Versorgung besser, es macht allerdings auch die Vergütungssysteme komplexer.
- ▶ **Ziel muss eine leistungsorientierte Vergütung sein, die zu einer Qualitätsorientierung führt.**



# 13. Psychiatrie–Vergütungsreform vorantreiben

- ▶ Der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sollte konsequent fortgesetzt werden.
- ▶ PEPP wurde als lernendes System geschaffen:
  - Das Vergütungssystem ist weiterzuentwickeln.
  - Erkenntnisse aus Modellvorhaben sind zu berücksichtigen.
- ▶ PEPP und Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen werden
  - die Versorgung transparenter werden lassen und, so ist zu hoffen,
  - den bisherigen starken Anreiz zur Hospitalisierung vermindern.

# 14. Nutzen von Innovationen ermitteln

- ▶ Medizinische Innovationen sollen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen.
- ▶ Im Interesse der Patientensicherheit muss in Zukunft ein angemessenes Nutzen-Schaden-Verhältnis medizinischer Innovationen belegt werden.
- ▶ Vor flächendeckender Anwendung sind neue Leistungen daher in Innovationszentren zu erproben.





Spitzenverband

# Gang der Handlung

1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

# Koalitionsverhandlungen 1 / 2

- ▶ „Qualitätsoffensive“
  - neues Qualitätsinstitut
  - Krankenhausplanung
  - Vergütungsanreize
  - Mehrleistungsabschläge/Degression im Landesbasisfallwert
- ▶ Selektivverträge
- ▶ Repräsentativität der Kalkulation
- ▶ Sicherstellungszuschläge
- ▶ Zweitmeinung vor OP



## Koalitionsverhandlungen 2/2

- ▶ Personalkosten (Nachweise der Krankenhäuser)
  - ▶ Konvergenz der Landesbasisfallwerte
  - ▶ Orientierungswert
  - ▶ Universitätsklinika
  - ▶ Investitionsfond
  - ▶ PEPP
  - ▶ ASV
- 
- ▶ Aber Vorsicht: Alle wirklich wichtigen Reformen sind nie in den Koalitionsvereinbarungen angekündigt worden!



Spitzenverband

# Gang der Handlung

1. G-DRG 2014
2. PEPP 2014
3. ASV im G-BA
4. 14 Positionen für 2014
5. Koalitionsverhandlungen
6. Fazit

# Fazit

- ▶ Eine Krankenhausreform in dieser Legislaturperiode ist wahrscheinlich.
- ▶ Strukturbereinigung wird einer der Kernpunkte sein müssen. Marktaustrittshilfen sind dafür notwendig.
- ▶ Die Mengenproblematik ist im Wesentlichen eine Preisproblematik.
- ▶ P4P kommt langsam.  
PEPP kommt langsam.  
ASV kommt langsam.



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit.

