

DRG-System 2023

DRG-Forum
Berlin 30.03.2023

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Agenda

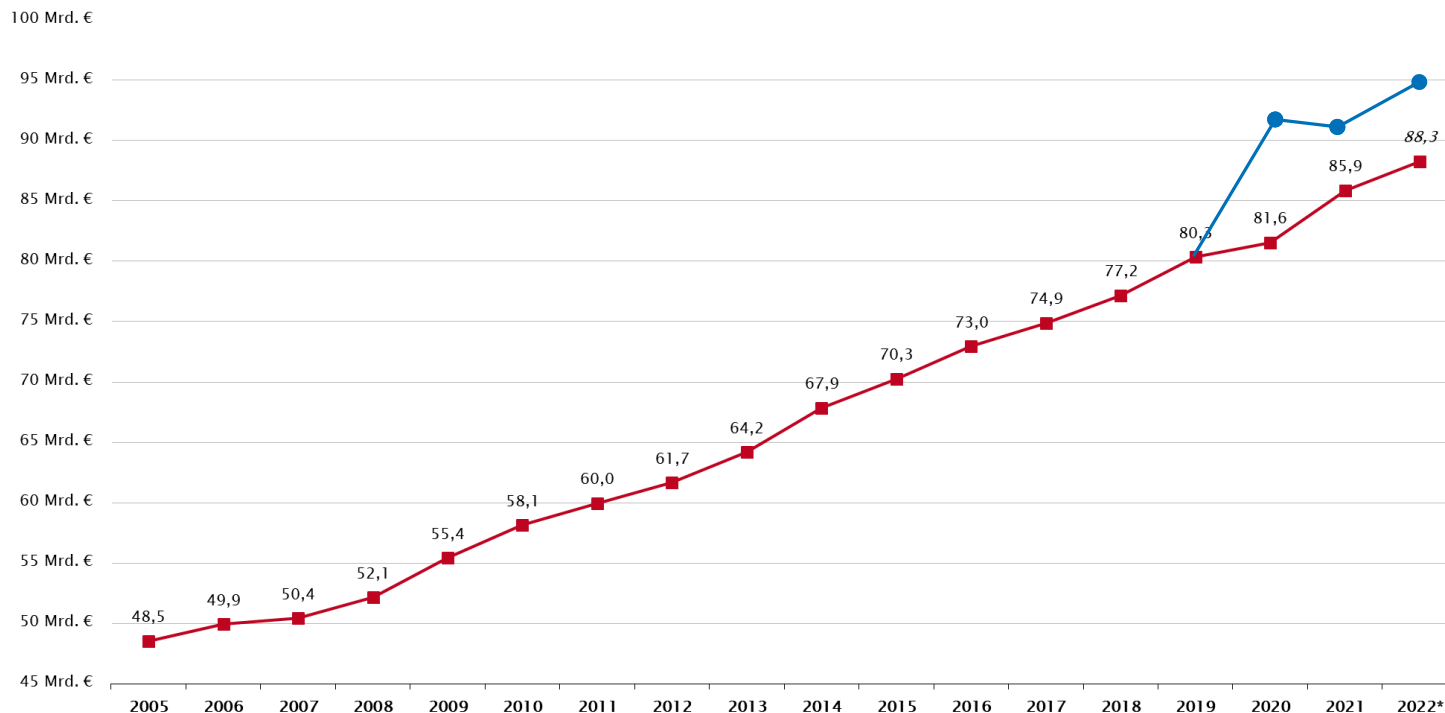
1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Ambulante Krankenhausbehandlung
4. Fazit

Neue Welt: Überall kann(!) das BMG, wenn das BMF grünes Licht gibt.

§ 23 KHG Verordnungsermächtigung

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** mit Zustimmung des Bundesrates
1. die in § 21 Absatz 2 Satz 4, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 sowie § 22 Absatz 1 Satz 2 genannten Fristen jeweils um bis zu sechs Monate verlängern,
 2. die Höhe des Betrages nach § 21 Absatz 5 Satz 1 und der Pauschale nach § 21 Absatz 3 und des Zuschlags nach § 21 Absatz 6 abweichend regeln.
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a entsprechend der Entwicklung der Zahl von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
 2. den in § 21 Absatz 2a Satz 2 genannten Prozentsatz abweichend regeln,
 3. einen von § 21 Absatz 1a Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser und einen von § 21 Absatz 2a Satz 4 abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2a Satz 1 vorsehen, der spätestens am 31. März 2022 endet, sowie von § 21 Absatz 9a abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausesbezogenen Aufstellungen vorsehen,
 4. von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen, einschließlich der Regelung weiterer Zeiträume für die Durchführung dieser Ausgleichs,
 5. einen von § 22 Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitraum regeln und
 6. vorsehen, dass die Übermittlung der Daten nach § 24 Absatz 2 Satz 1 auch für das Jahr 2022 erfolgt.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21a Absatz 1 Satz 1 entsprechend der Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



95 Mrd. €

inkl. Bundesmittel
(Freihaltepauschalen und
Versorgungsaufschläge)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, *KV45

Reform mit oder ohne Wumms

- ▶ Politik-Prio seit 2022:
 - Verteidigungs-Zeitenwende
 - Energiekosten
 - Verkehrswende
 - Klimawende
 - Pflegeversicherung

- ▶ Krankenhäuser schaffen es nicht mehr in die Top 5 – die GKV auch nicht.

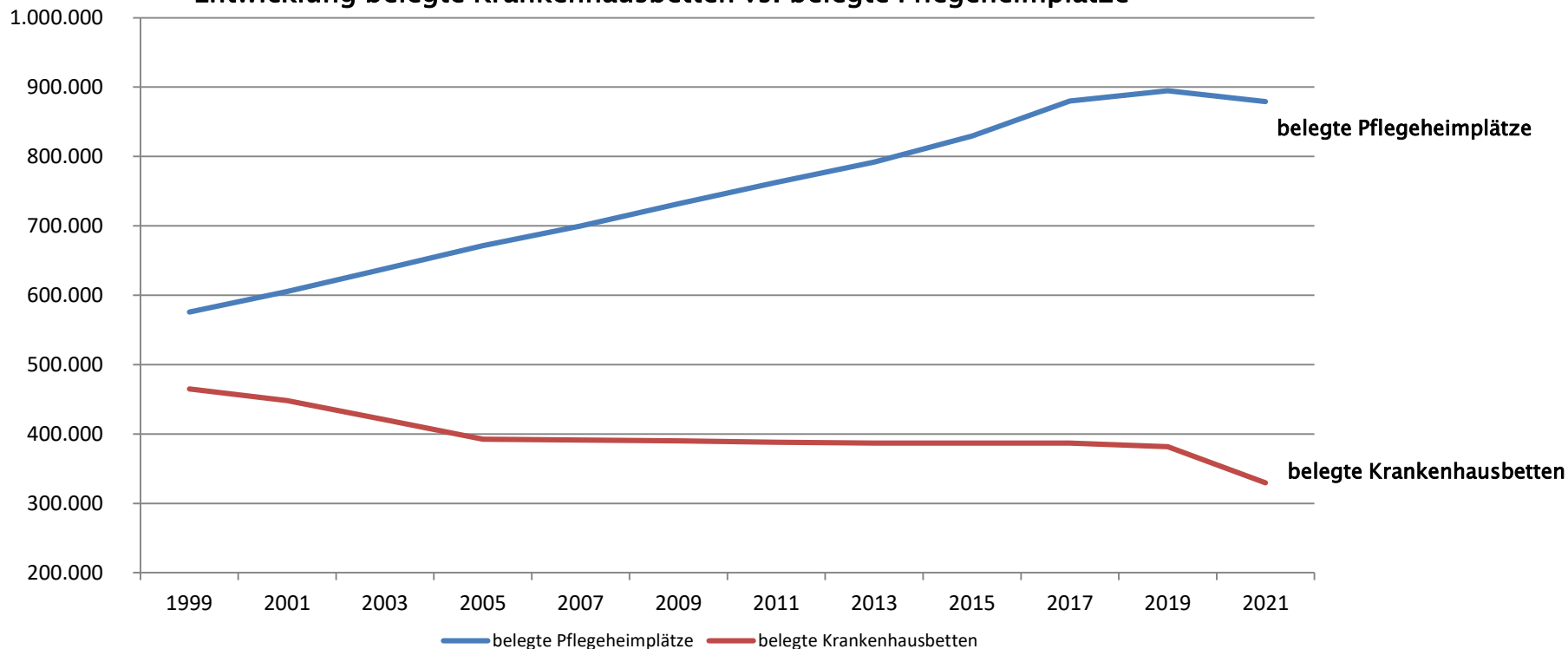
Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



Spitzenverband

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

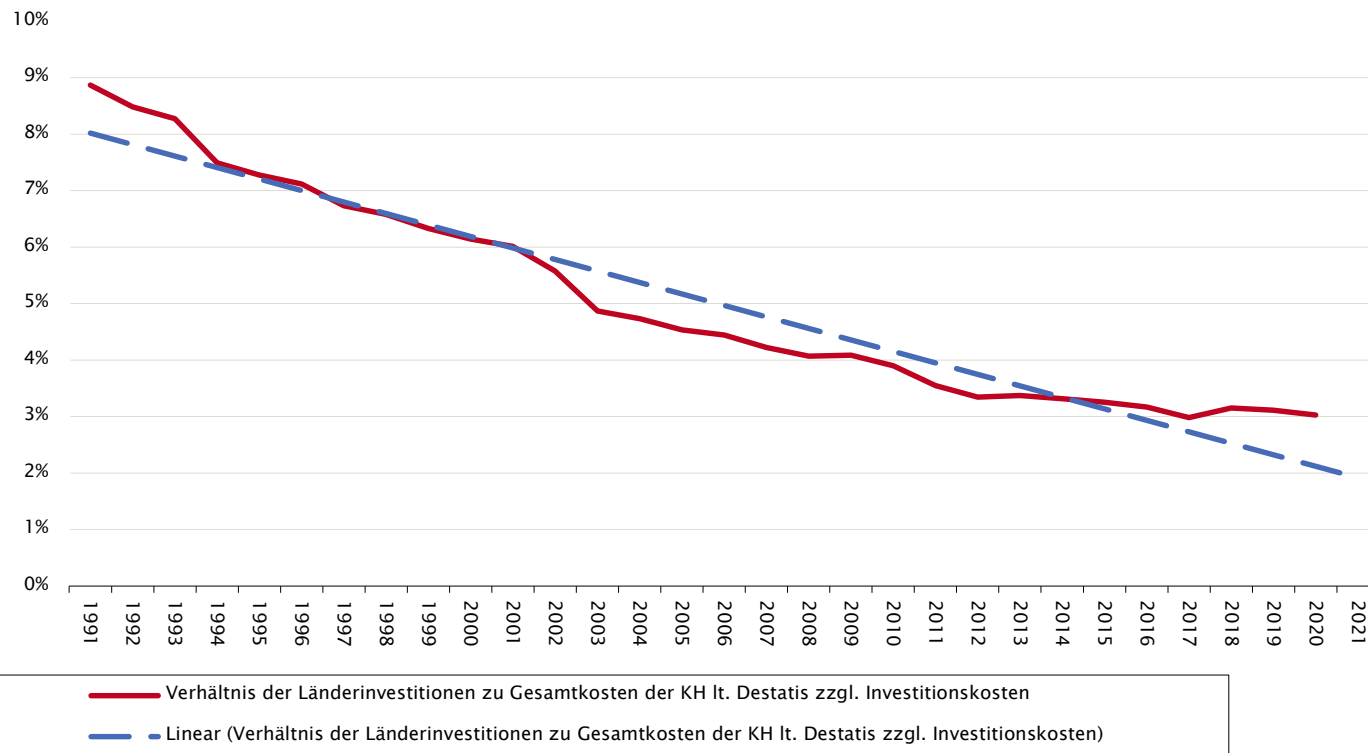


Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser

Krankenhausplanung funktioniert nicht (mehr)

- ▶ Alle wissen, dass Länder kein Interesse an kapazitätsbegrenzender Planung haben.
- ▶ Aber noch größer ist das Problem, dass die Planung nicht mehr funktioniert, auch wenn es die Länder (gegen ihre Interessen) wollten.
- ▶ Das Drei-Häuser-Beispiel:
 - An der östlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus von Sana.
 - An der westlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus des Roten Kreuzes.
 - Ein Haus in der Mitte wäre sinnvoll (wegen Fallzahl und Erreichbarkeit).
 - Aber: Kein Land hätte die Rechtsmittel, dies durchzusetzen.
- ▶ Krankenhausaktivitäten sind aufgrund von Eigentumsrechten und Freiheit der Berufswahl verfassungsrechtlich geschützt.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Essen–Werden und anderswo

Zwei autonom agierende Krankenhäuser in 20 m Entfernung



Spitzenverband



Die Balance zwischen Konzentrationsgewinn einerseits und Wahlfreiheit andererseits ist in Deutschland nicht ausdiskutiert.

Achtung: Krankenhausplanung ist nicht wie Schulplanung – eher wie Marktregulierung.

Wettbewerb und Trägerautonomie prägten die letzten Jahrzehnte. Was kommt jetzt?

Neuer Ansatz der Regierungskommission: Die Vorhaltefinanzierung soll vor allem dazu dienen, klassische Krankenhausplanung wieder zu ermöglichen.

Stellungnahmen der Regierungskommission



Spitzenverband

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Erste Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung**

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Zweite Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung**

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Grundlegende Reform
der Krankenhausvergütung**

Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Vierte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Reform der Notfall- und Akut-
versorgung in Deutschland
Integrierte Notfallzentren und
Integrierte Leitstellen**

Mögliche weitere Themen der Regierungskommission

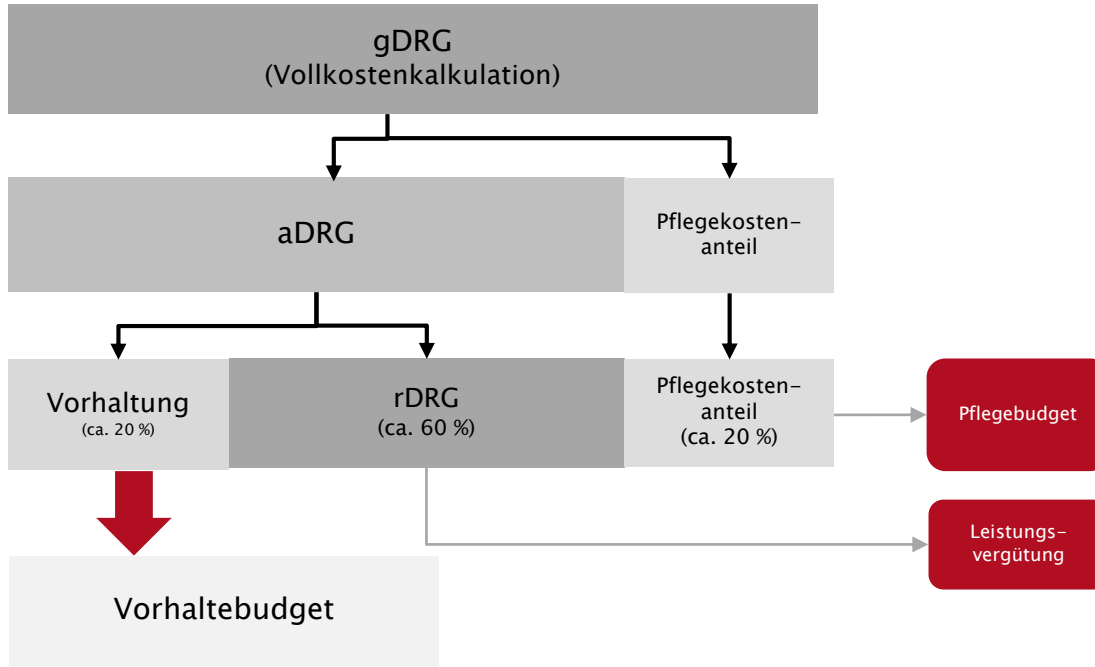
1. Investitionsfinanzierung
2. Qualitätssicherung
3. Rettungswesen
4. Pädiatrie (wg. doppelter Facharztschiene)
5. Psychiatrie (wg. Vorsitzendem)
6. Bürokratie
7. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
 - Vorhaltefinanzierung
 - Level und Leistungsgruppen
 - Erste Auswirkungenanalysen
 - Novum: Level 1i
 - Sektorenübergreifende Bedarfsplanung?

Vorhaltefinanzierung

Schematisch



Vier Modelle zur Vorhaltefinanzierung in der Pädiatrie

Pressekonferenz Lauterbach/Bschor, 08.07.2022



1. Modell A

Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug

2. Modell B

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten

3. Modell C

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl

4. Modell D

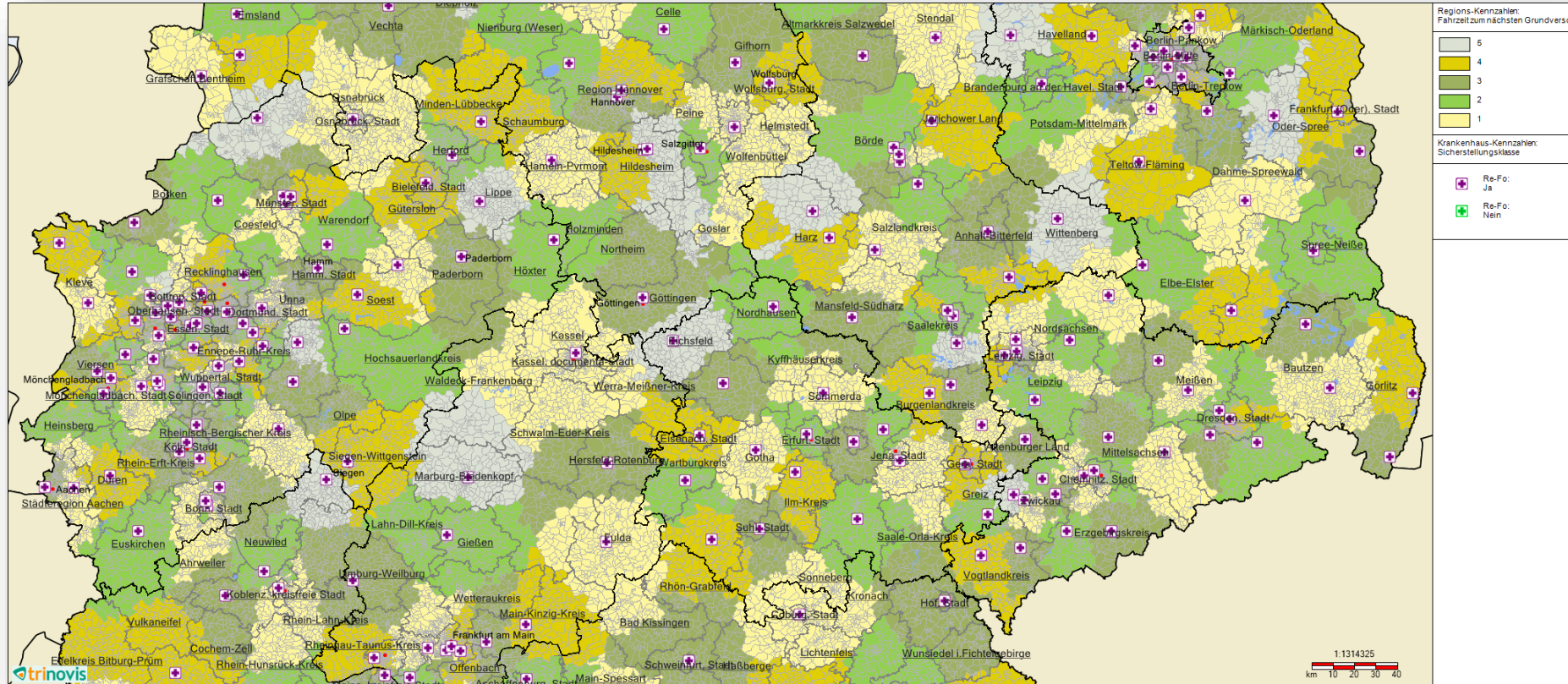
Mischung aus C und D

Pädiatrie – Vorhaltung

Karte Mitte



Spitzenverband



Finanzierungsmodell „Erlösvolumen“ für Kinder- und Jugendmedizin



Spitzenverband

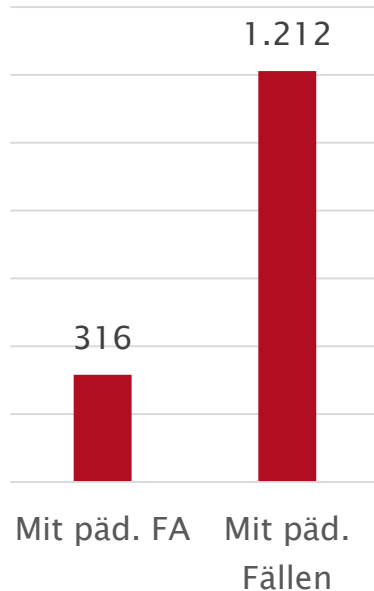
- ▶ Jedes somatische Haus, das im Jahr 2019 pädiatrische Fälle behandelt hat, bekommt garantiert leistungsunabhängig dieses Leistungsvolumen zu aktuellen Preisen vergütet (Gesamtvolumen im Jahr 2023: ca. 2,4 Mrd. Euro).
- ▶ Zusätzliche Förderung in Höhe von 300 Mio. Euro pro Jahr (GKV-Anteil: 270 Mio. Euro)

Bewertung

- ▶ Nicht nachhaltige Finanzierung aus GKV-Mitteln; Bundeszuschuss wäre angemessen.
- ▶ Keine Bindung an Bedarfsnotwendigkeit (Bevölkerungsbezug) oder an Fachabteilung für Pädiatrie (Strukturkriterien) führt zu hohen Streuverlusten („Gießkannenprinzip“).

Streuverluste der jährlichen Zusatzförderung von 300 Mio. Euro im Finanzierungsmodell „Erlösvolumen“

Anzahl geförderter Krankenhäuser

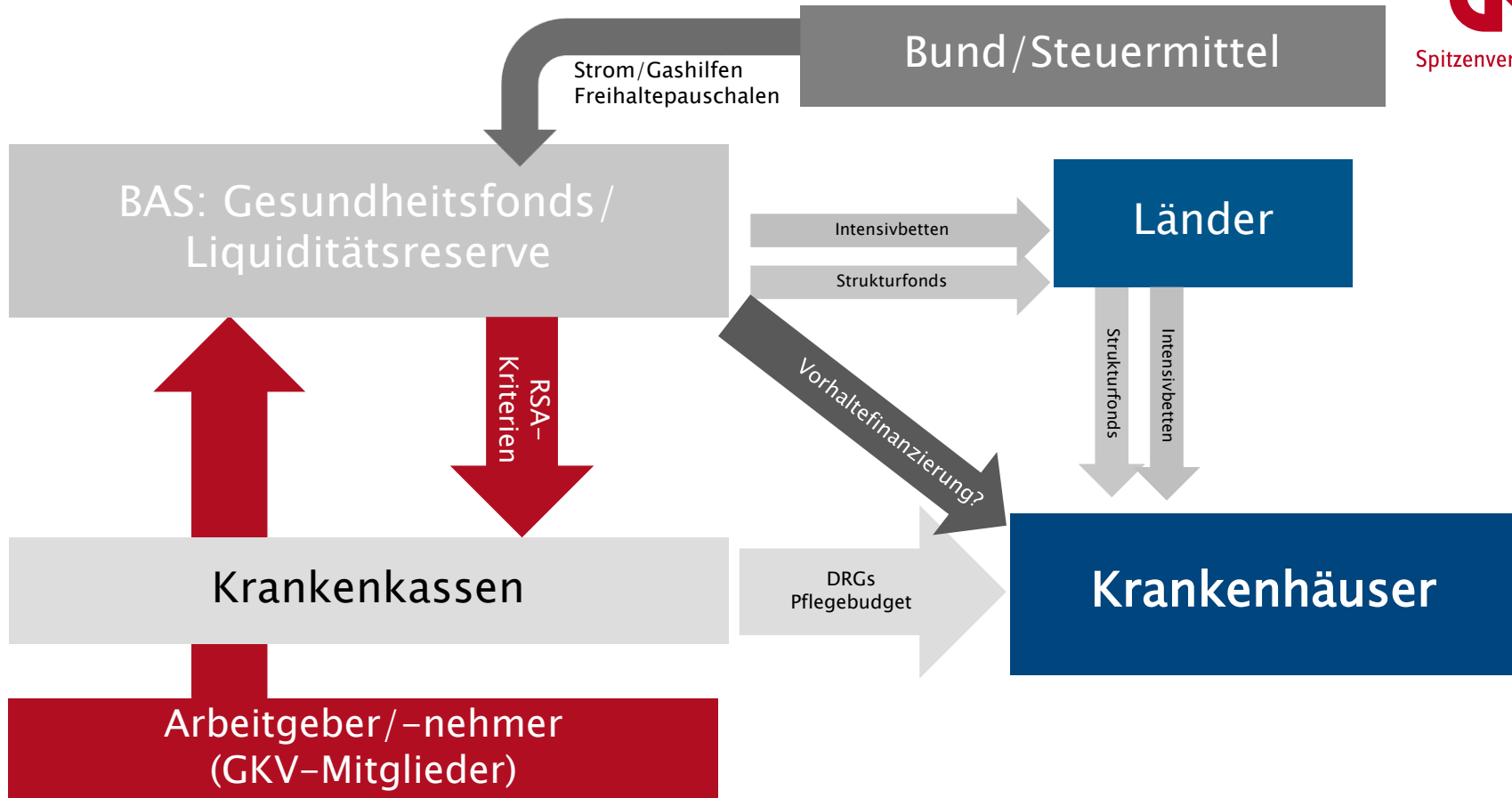


- ▶ Vorhaltung pädiatrischer Fachabteilung ist nicht Voraussetzung für Zusatzförderung im Finanzierungsmodell „Erlösvolumen“.
- ▶ Gleicher Zusatzförderungsbetrag wird an fast 900 weitere Krankenhäuser ausgeschüttet.
- ▶ Qualitativ unzureichende Gelegenheitsversorgung wird belohnt.

Prinzipien einer Vorhaltefinanzierung

- ▶ Die Vorhaltefinanzierung ist die Finanzierung einer definierten, bevölkerungsbezogenen Versorgungsverpflichtung – kein Finanzierungsanspruch.
- ▶ Vorhaltefinanzierung ist vor allem keine Budgetfortschreibung bzw. keine Freihaltepauschale.
- ▶ Die Finanzierung sollte nach einheitlichen bevölkerungsbezogenen Kriterien direkt von der Bundesebene erfolgen.
- ▶ Absolutes No Go: Beitragsgelder als Einnahmen der Länderhaushalte zur eigenen Verfügung – quasi als Ersatz für die fehlende Investitionsfinanzierung.
- ▶ Vorhaltefinanzierung steigt in dem Maße, wie die Fallpauschalfinanzierung sinkt.
- ▶ Anmerkung: Die Vorhaltefinanzierung erfreut sich allgemeiner Beliebtheit, weil völlig unklar ist, wie sie funktioniert.

Finanzstrom (Optionen)



Koalitionsvertrag – Krankenhausvergütung

„Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird Empfehlungen vorlegen [...] für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) **differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt**. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“

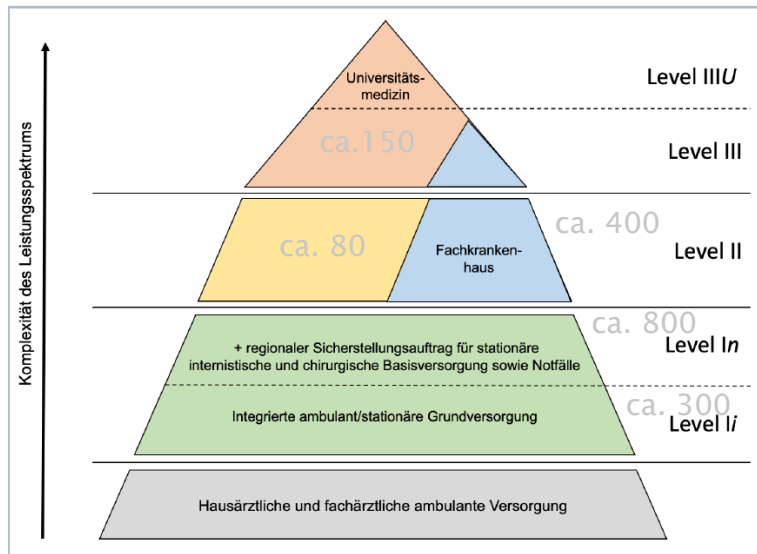
- ▶ Die DRG-Abschaffung steht nicht im Koalitionsvertrag. Aber man spürt den Stimmungswechsel:
 - Bei steigenden Fallzahlen wollen alle Fallpauschalen.
 - Bei sinkenden Fallzahl wollen alle feste Budgets.

Versorgungsstufen (Level) und Leistungsgruppen



Spitzenverband

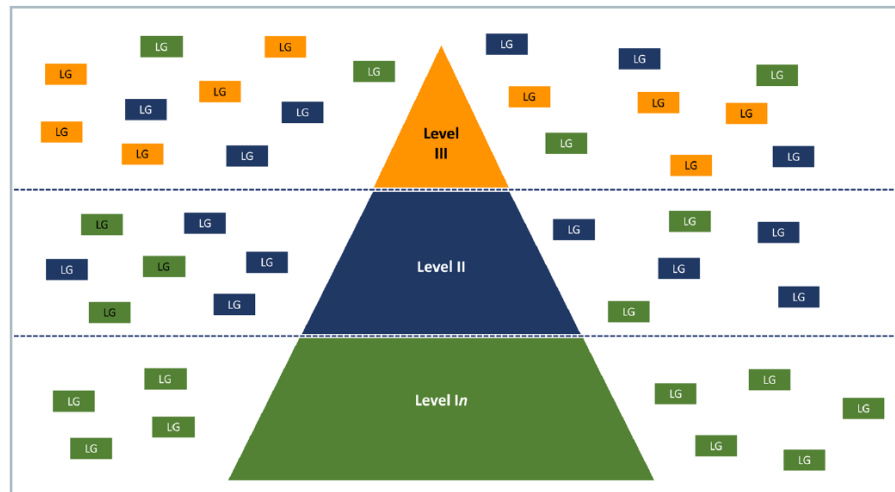
› **Abbildung 3:**
Das Versorgungsstufenmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

Besetzung der Level aktuell unerheblich
Reine Angebotsperspektive als Sackgasse

› **Abbildung 4:**
Leistungsgruppen und Krankenhaus-Versorgungslevel



Im Rahmen einer deutlich engeren Kooperation der Kliniken sollten insbesondere Level-I- und -III-Kliniken eng miteinander vernetzt sein und regionale Versorgungsmodelle mit bilateraler Patientenverlegung etablieren.

Quelle:
Regierungskommission,
3. Stellungnahme
vom 06.12.2022

128 Leistungsgruppen

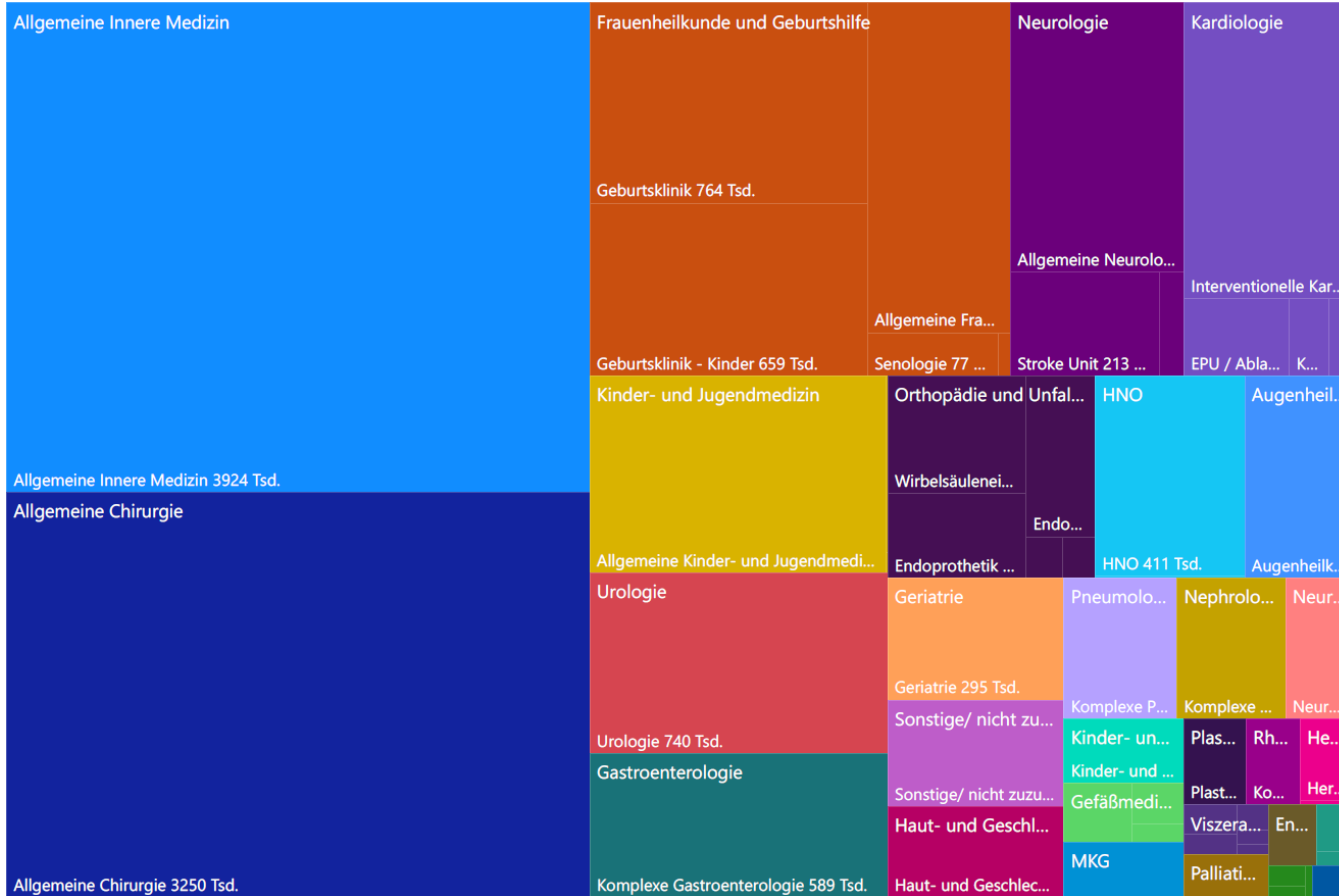


Spitzenverband

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte	LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level	Vorhalte
INNERE MEDIZIN				GYNÄKOLOGIE, GEBURTEN, NEUGEBORENE				HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN			
1.0	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40	3.0	Basisbehandlung Frauenheilkunde	1	40	6.0	Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	40
1.1	Angiologie	2	40	3.1	Allgemeine Frauenheilkunde	2	40	6.1	Allgemeine Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	40
1.2	Endokrinologie und Diabetologie	2	40	3.1.1	Karzinome außer Mamma-Ca	2	40	6.2	Komplexe Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	40
1.3	Gastroenterologie	2	40	3.1.2	Senologie/Mamma-Ca	2	40	6.3	Dermatatoonkologie	3/FA	40
1.4	Hämatologie und Onkologie	2	40	3.2	Geburten	2	60	HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE			
1.4.1	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40	3.2.1	Perinataler Schwerpunkt	2	60	7.0	Basisbehandlung HNO	1	40
1.4.2	Leukämie und Lymphome	2	40	3.2.2	Perinatalzentrum Level 1	2	60	7.1	Allgemeine HNO	2	40
1.4.3	Stammzelltransplantation	3	40	3.2.3	Perinatalzentrum Level 2	3	60	7.2	Komplexe HNO	3	40
1.5	Infektiologie	2	40	KINDER- UND JUGENDMEDIZIN				7.2.1	Cochleaimplantate	3	40
1.6	Kardiologie	2/FA	40	4.0	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1	40	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE			
1.6.1	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40	4.1	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	2	40	8.1	MKG	3	40
1.6.2	EPU / Ablation	2/FA	40	4.2	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3	40	NEUROCHIRURGIE			
1.6.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.2.1	Kinderonkologie	3	40	9.1	Neurochirurgie	2	40
1.6.4	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.2.2	Kinder-Hämatologie & -Onkologie - Stammzelltransplantationen	3	40	9.1.1	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
1.7	Nephrologie	2	40	4.2.3	(Kinder- und Jugend-)Hämostasecologie	3	40	9.1.2	Stereotaxie	2	40
1.7.1	Nierenersatztherapie	2	40	4.3.1	Kinder- und Jugendkardiologie	2	40	NEUROLOGIE			
1.8	Pneumologie	2/FA	40	4.3.2	Kinderherzchirurgie	2	40	10.2	Basisbehandlung Neurologie	1	40
1.9	Rheumatologie	2/FA	40	4.4	Kinder- und Jugend-Pneumologie und -Allergologie	3	40	10.3	Neuro-Pflege Neurologie	2	40
CHIRURGIE				4.3	Kinder- und Jugend-Nephrologie	2	40	UROLOGIE			
2.0	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40	4.3.1	Nierenersatztherapie im Kindesalter	2	40	11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
2.1	Gefäßchirurgie	2	40	4.4	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	2	40	11.1	Allgemeine Urologie	2	40
2.1.1	Bauaortenaneurysma	3	40	4.5	Kinder- und Jugend-Infektiologie	2	40	11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
2.1.2	Carotis operativ/interventionell	2	40	4.6.1	Kinder und Jugendliche Basis-Notfall	1	60	NOTFALLMEDIZIN >18 Jahre			
2.1.3	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2	40	4.6.2	Kinder und Jugendliche erweiterte	2	60	12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
2.2	Herzchirurgie	3/FA	40	4.6.3	Kinder und Jugendliche umfassende	3	60	12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
2.2.1	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40	4.7.1	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe I	3	60	12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
2.2.2	Minimalinvasive Herzklappenintervention	3/FA	40	4.7.2	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	2	60	INTENSIVMEDIZIN >18 Jahre			
2.2.3	Kardiale Devices	2/FA	40	4.8	Neonatologie	2	60	13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin >24 h	3	60
2.3	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40	4.8.1	Perinatalzentrum Level 1 gem. C	3	60	13.1	Erweiterte Intensivmedizin >24 h	2	60
2.4	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40	4.8.2	Perinatalzentrum Level 2 gem. C	2	60	13.2	Umfassende Intensivmedizin	1	40
2.4.1	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40	4.8.3	Perinataler Schwerpunkt	2	60	TRANSPLANTATION			
2.4.2	Endoprothetik Knie	2/FA	40	4.9	Neuropädiatrie	3	60	17.1	Darmtransplantation	3	40
2.4.3	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40	4.10	Allgemeine Kinderchirurgie	3	60	17.2	Herztransplantation	3	40
2.4.4	Revision Knieendoprothese	2/FA	40	4.11	Spezielle Kinderchirurgie	2	40	17.3	Lebertransplantation	3	40
2.4.5	Wirbelsäuleneingriffe	2	40	4.11.1	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -Trauma	2	60	17.4	Lungentransplantation	3	40
2.4.6	Handchirurgie	2	40	4.11.2	Kinder- und Jugend-Urologie	2	60	17.5	Nierentransplantation	3	40
2.4.7	Schädel-Hirn-Trauma	2	40	4.11.3	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	2	40	17.6	Pankreastransplantation	3	40
2.4.8	Polytrauma	2	60	4.11.4	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40	ORGAN- UND GEBIRGSTRANSPLANTATION			
2.5	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40	4.12	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40	18.1	Organ- und Gebirgstransplantation	1	40
2.5.1	Schwere Verbrennungen	3/FA	60	4.13	(Kinder- und Jugend-) Palliativmedizin	2	40	TRANSPLANTATION			
2.6	Thoraxchirurgie	2/FA	40	4.14	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatology	2	40	19.1	Darmtransplantation	3	40
2.7	Viszeralchirurgie	2	40	4.15	Pädiatrische Stoffwechselfeldizin	2	40	19.2	Herztransplantation	3	40
2.7.1	Bariatrische Chirurgie	2	40	4.17	Sozialpädiatrie	2	40	19.3	Lebertransplantation	3	40
2.7.2	Große Lebereingriffe	3	40	4.18	Pädiatrische Psychosomatik	2	40	19.4	Lungentransplantation	3	40
2.7.3	Große Ösophaguseingriffe	3	40	AUGENHEILKUNDE				19.5	Nierentransplantation	3	40
2.7.4	Große Pankreaseingriffe	3	40	5.0	Basisbehandlung Augenheilkunde	1	40	19.6	Pankreastransplantation	3	40
2.7.5	Tiefe Rektumeingriffe	2	40	5.1	Allgemeine Augenheilkunde	2	40	TRANSPLANTATION			
				5.2	Komplexe Augenheilkunde	3	40	20.1	Darmtransplantation	3	40

Quelle:
Regierungskommission,
3. Stellungnahme
vom 06.12.2022

Fallzahl nach Leistungsbereich und Leistungsgruppe

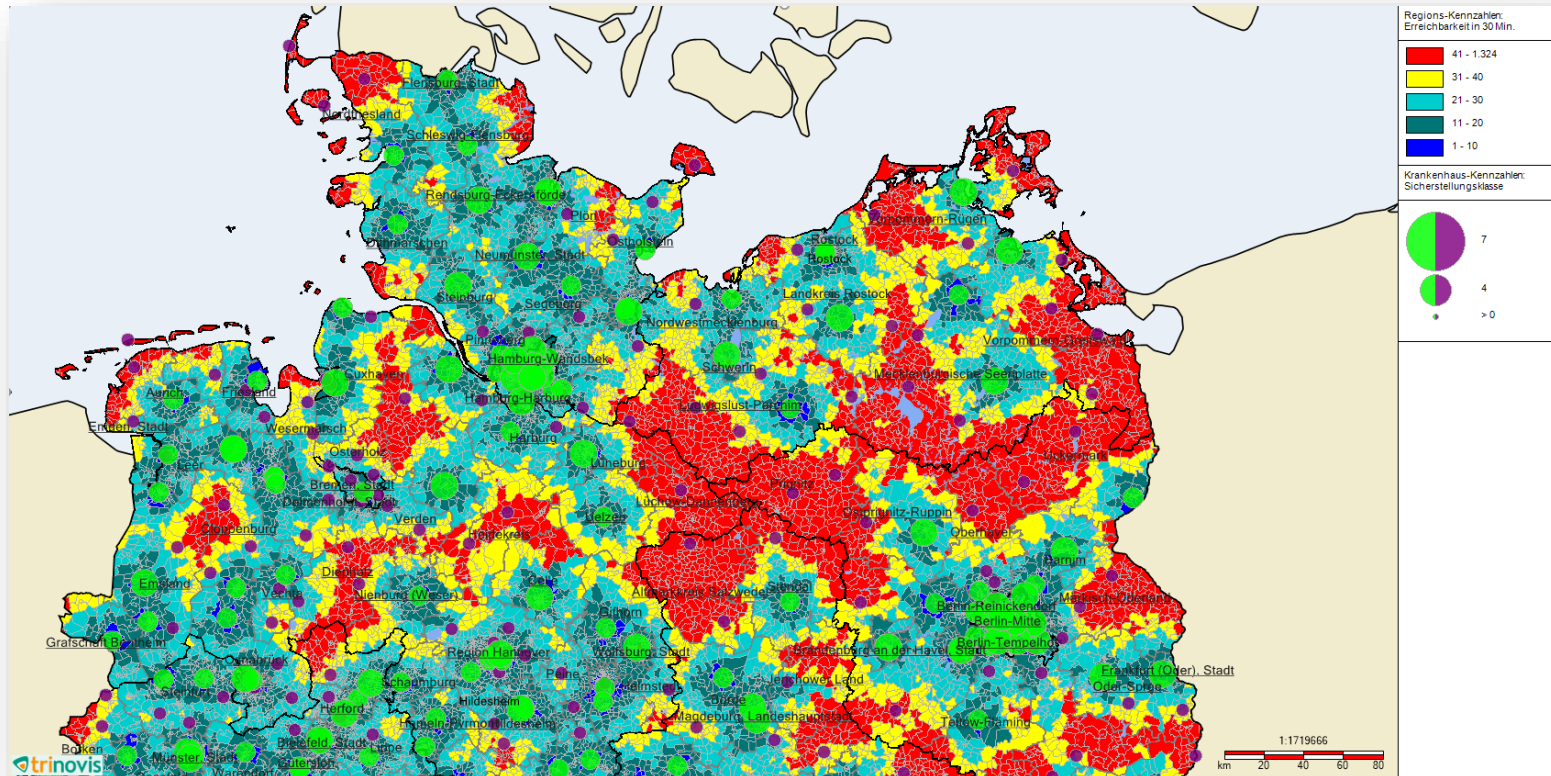


Krankenhausstandorte nach Notfallstufen

Nord rot: mehr als 40 min Entfernung von KH mit Notfallstufe 2, 3 (grün)



Spitzenverband

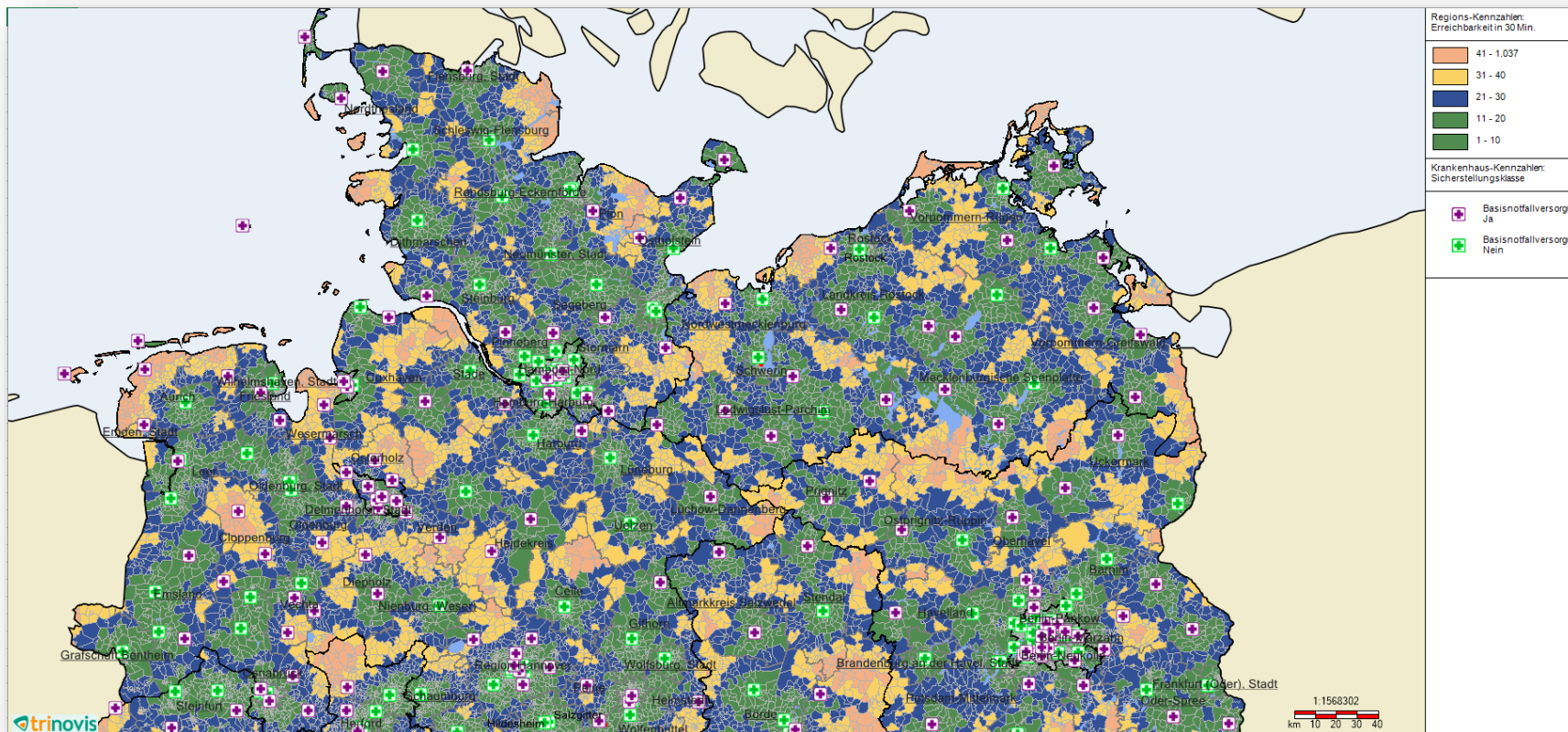


Entfernung zu KH mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Nord



Spitzenverband

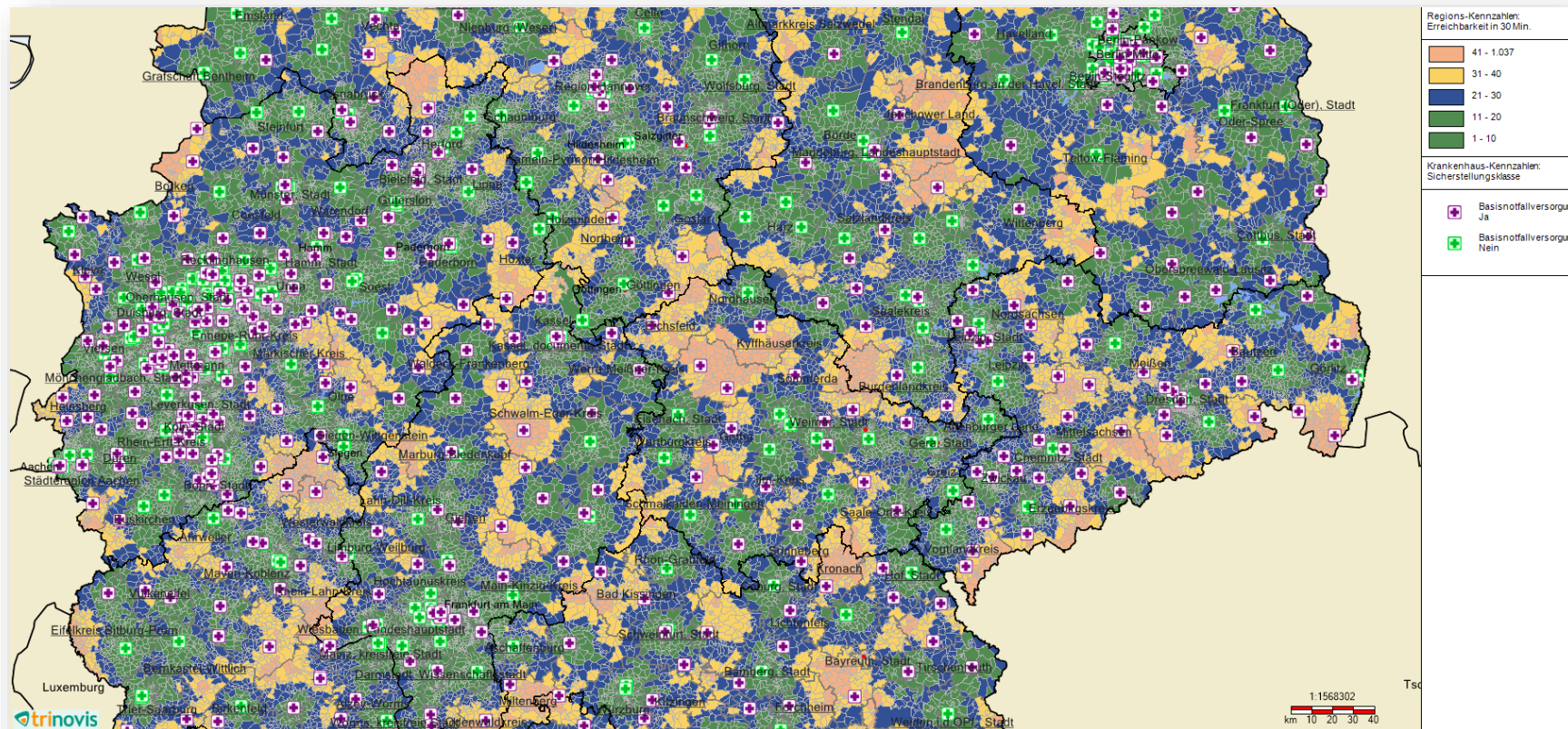


Entfernung zu KH mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Mitte



Spitzenverband

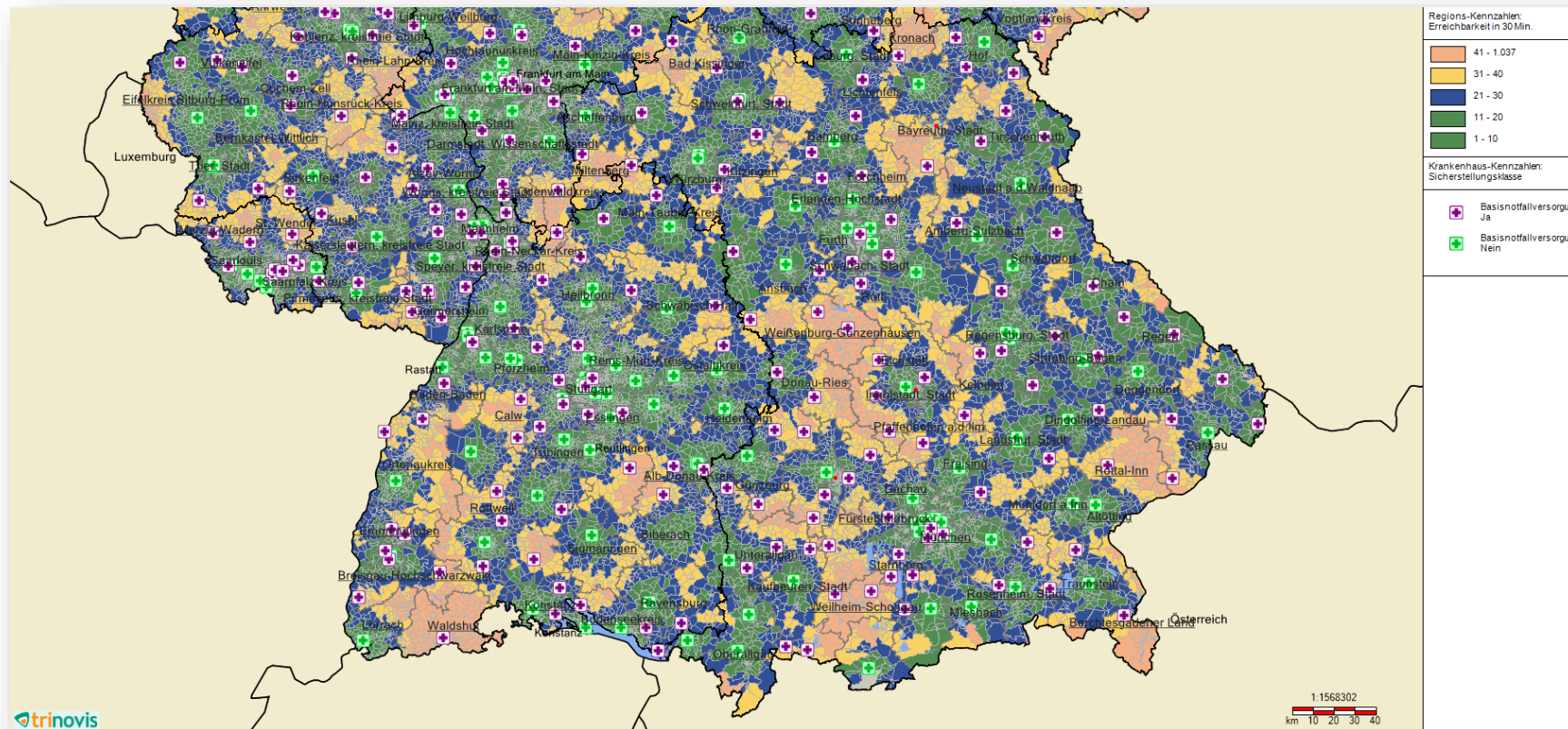


Entfernung zu KH mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Süd



Spitzenverband

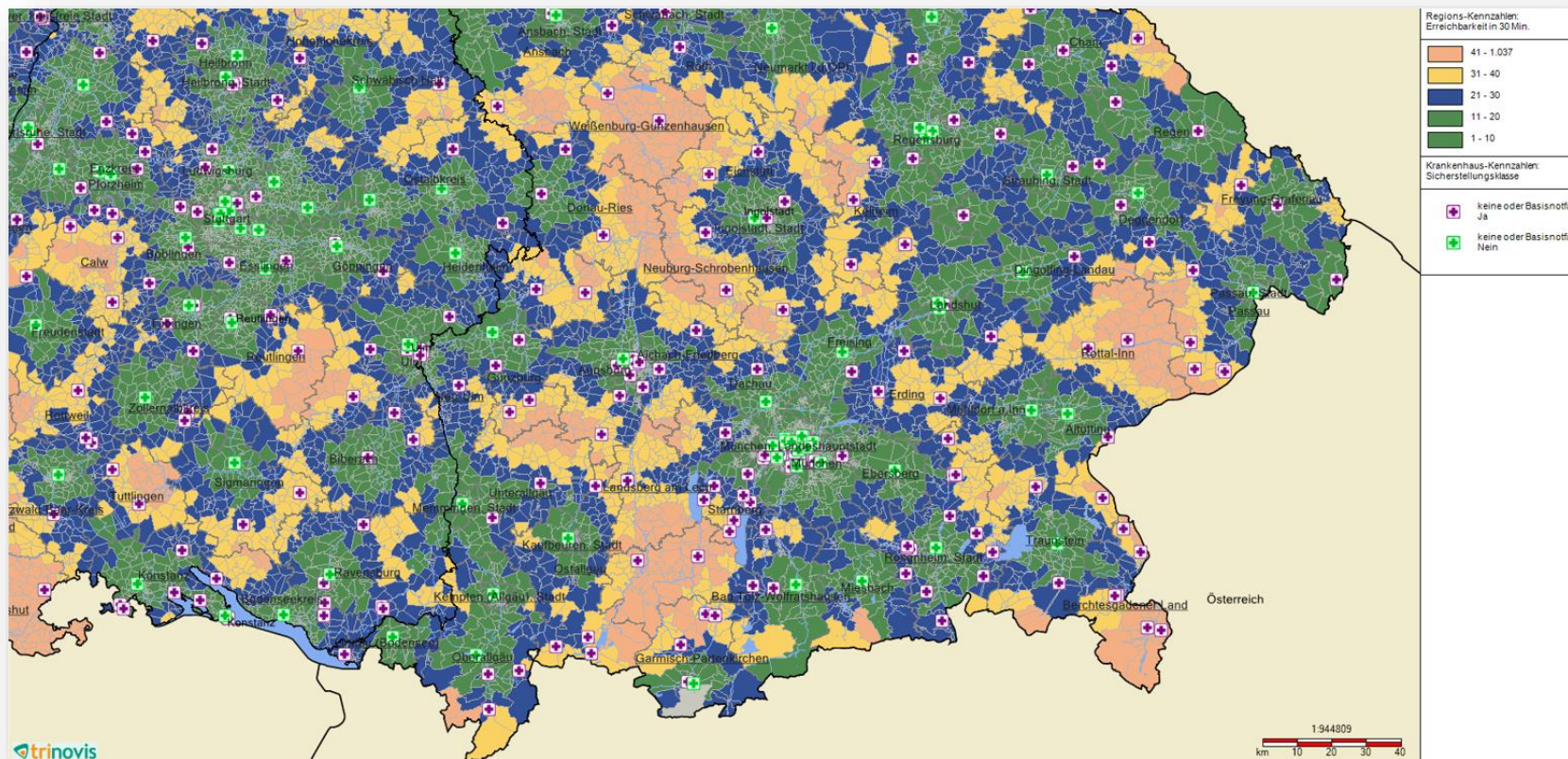


Entfernung zu KH mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Bayern – Süd



Spitzenverband



Erste Auswirkungenanalysen zum Level-Konzept

1. Viele veröffentlichten Auswirkungenanalysen sind Desinformation.
2. Die bisherigen Analysen folgen einer „Fallbeil-Logik“: Wer die Kriterien nicht allesamt erfüllt, fällt dem Kahlschlag zum Opfer.
3. Berücksichtigt man hingegen die Anpassungsreaktionen durch Standortverlagerungen, Aufrüstung und Patientenwanderung, dann ergibt sich ein viel harmloseres Bild.
4. Beispiel Mindestmengen: Bei einer neuen Mindestmenge von 50 und zwei nahe gelegenen Krankenhäusern mit Mengen von 30 und 40, würde nach Abteilungsschließung in einem der Häuser das andere locker die Mindestmenge überschreiten. Nicht zwei, sondern nur ein Haus würde ausgeschlossen.
5. Nach jeder Schließung muss neu simuliert werden. Es bedarf einer rekursiven Simulation.

Versorgungsstufen oder Leistungsgruppen?

- ▶ Anmerkung: Beides lohnt nur, wenn es Konsequenzen hat.
- ▶ NRW? Es könnte sein, dass der ganze Hype ein sozialpädagogisches Ende hat: „Schön, dass wir drüber gesprochen haben.“ Ein Fall von Insolvenzverschleppung?
- ▶ Wie bitte funktioniert der Prozess, um in einer Region von 7 existierenden auf 3 notwendige urologische Abteilungen zu kommen.
- ▶ Die NRW-Untergliederung ist nicht mal als Starterlösung akzeptabel.
- ▶ Lasst uns gemeinsam die Auswahlentscheidung in Zürich ansehen!
- ▶ Leistungsgruppen und Level? Beides zusammen macht Sinn.
- ▶ Es funktioniert nur, wenn es bundesweite Kategorien gibt.
- ▶ Wenn ein Land meint, es gäbe eine Ausnahmesituation, möge es diese beschreiben und die Bundesgesetzgebung kann es berücksichtigen.

Entscheidungskompetenzen

- ▶ Dass die Länder die Kompetenz für die Krankenhausplanung haben, steht nicht im Grundgesetz! Krankenhausfinanzierung ist Teil der konkurrierenden Gesetzgebung nach Art 74 GG.
- ▶ Laut KHG haben die Länder die Planungskompetenz, aber im KHG steht auch die Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung – ohne dass das Konsequenzen hätte.
- ▶ Die GKV muss beteiligt werden, wenn über Beitragsgelder entschieden wird.
- ▶ GKV und DKG müssen beteiligt werden, wenn Entscheidungen mit Bezug zur Krankenhausvergütung getroffen werden.
- ▶ Es kommt ein kompliziertes Entscheidungsgeflecht: Bund, Land, G-BA, GKV, DKG, BMG,



Novum: 1i-Krankenhäuser

- ▶ Grundversorger des Levels 1i: integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser verbinden ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung stationär überwacht und gepflegt werden können.
- ▶ Leitung u. a. durch Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Nursing Practitioners).
- ▶ Vergütung erfolgt durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Ärztliche Leistung nach EBM für KV-Ärzte oder erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte.
- ▶ Deutungsvariante 1: Krankenhäuser in Abwicklungsmodell
- ▶ Deutungsvariante 2: Eine neue Rechtsform nahe an der Kurzzeitpflege

Traditionelle sektorenübergreifende Bedarfsplanung oder ein Blick auf die multisektorale Pflegeversorgung?

- ▶ Die Regierungskommission spricht von der Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung.
- ▶ Rückfrage: Welche Sektoren sind gemeint?
- ▶ Wer sich auf die ärztliche Tätigkeit konzentriert, wird an den stationären und ambulanten Sektor denken.
- ▶ Wer die pflegerische Tätigkeit in den Blick nimmt, wird hingegen Pflege im Krankenhaus zusammen mit stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege betrachten.
- ▶ Die multisektorale Pflegeversorgung wurde bislang gesundheitspolitisch weitestgehend ignoriert.
- ▶ Level 1i-Häuser müssen zusammen mit Kurzzeitpflege, Übergangspflege und anderen Pflegeformen gesehen werden.

Agenda

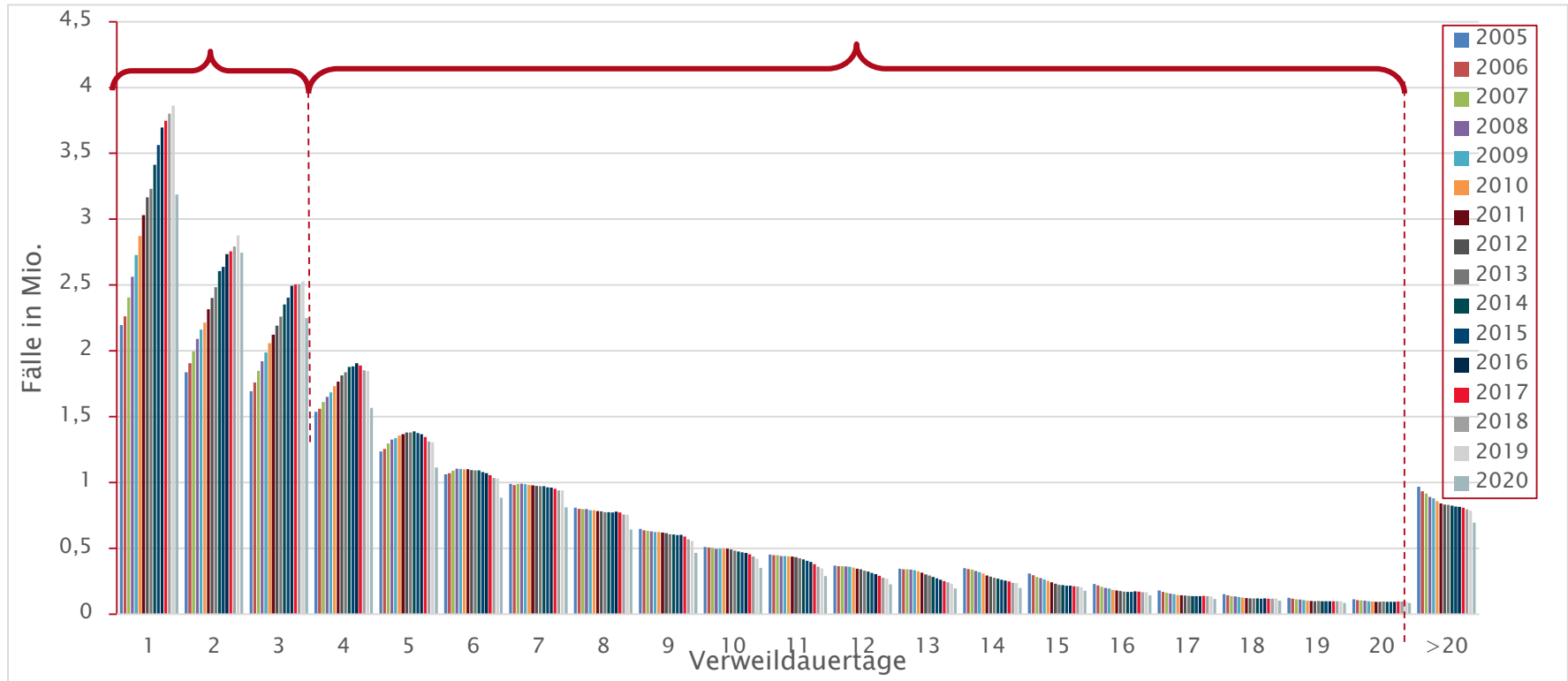
1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Ambulante Krankenhausbehandlung
4. Fazit

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Auftragnehmer

- ▶ IGES Institut GmbH zusammen mit Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (Bewerbergemeinschaft)
 - externe Kooperationen mit
 - ▶ Prof. Dr. Thomas Mansky (Begleitung des Projekts als Senior Expert)
 - ▶ Prof. Nikolas Matthes (Assistant Professor, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA)

Vorschlag: Erweiterung des AOP-Katalogs im Vergleich zu 2019 um **86 %!**



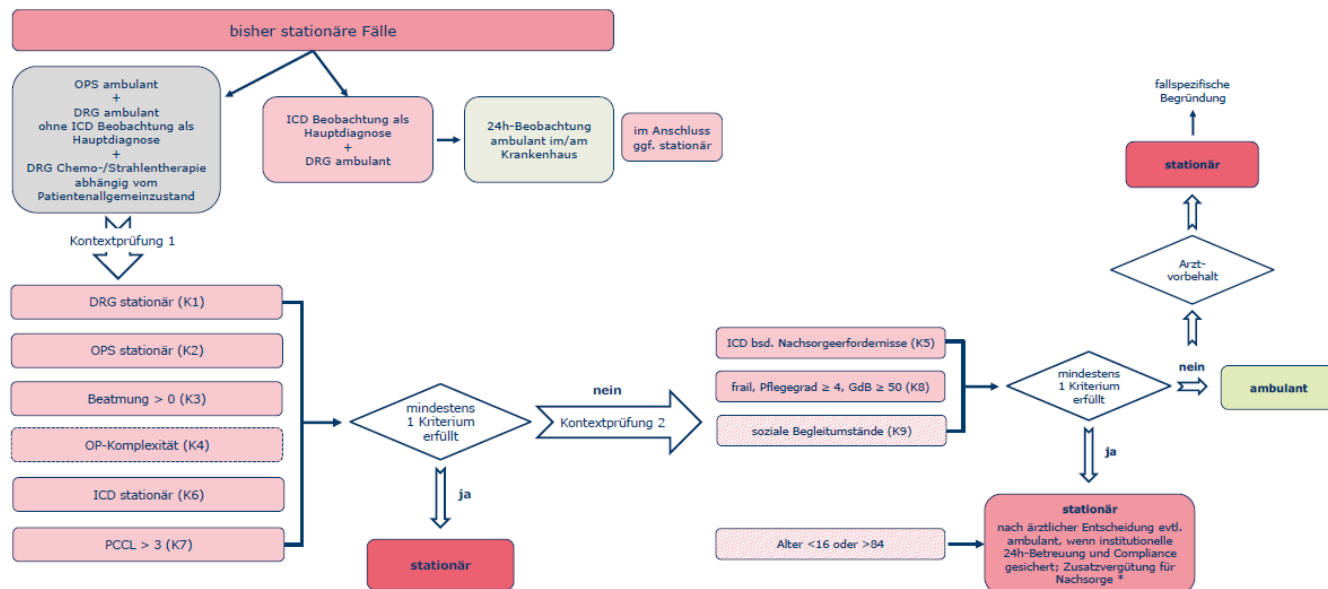
Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Kontextprüfung



Spitzenverband

Abbildung 12: Darstellung der Kontextprüfung als Flussdiagramm



Ex ante lässt sich das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung des AOP-Katalogs nicht exakt abschätzen, da bislang keine empirischen Ergebnisse aus der Kontextprüfung vorliegen.

→ „Lernendes System“

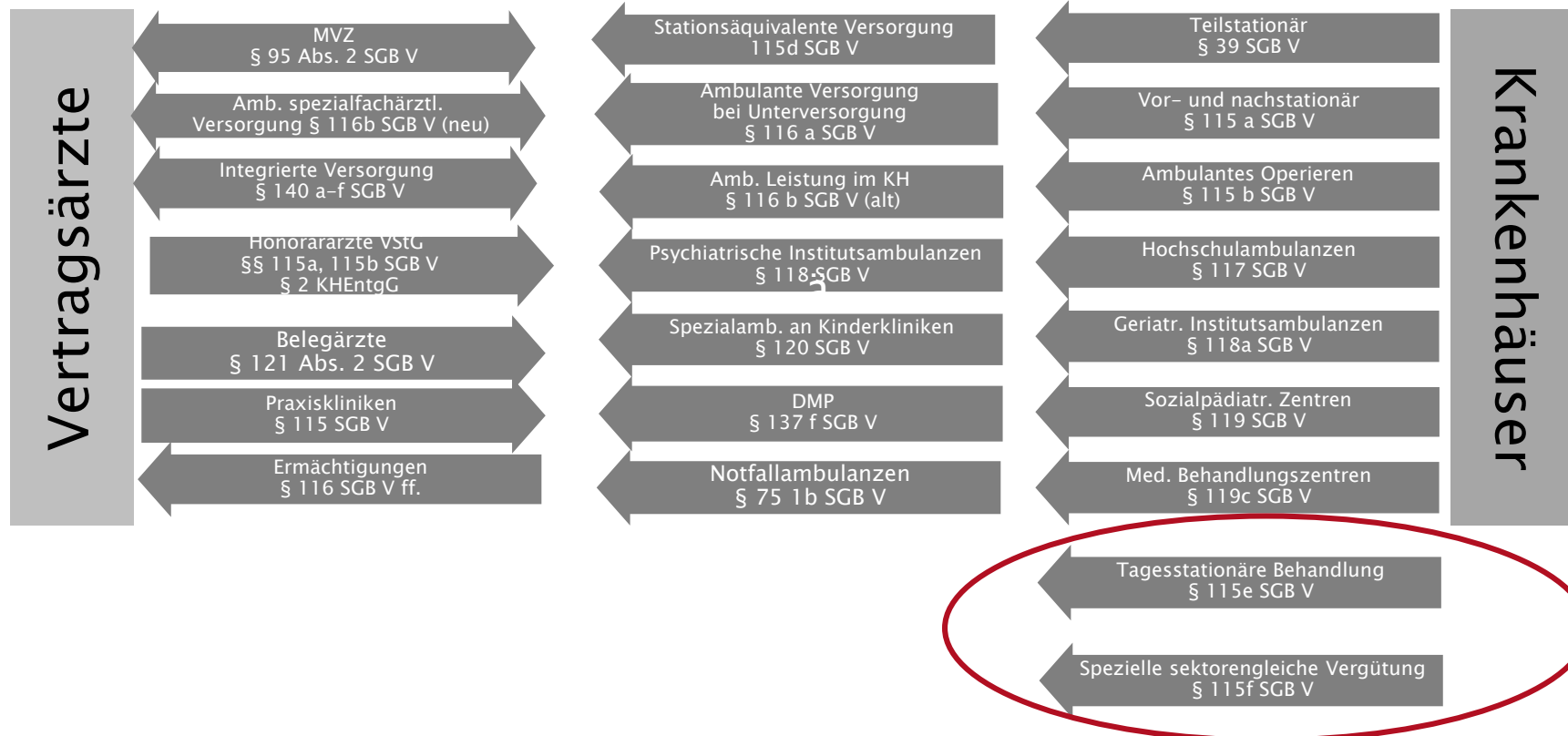
Quelle: IGES

Anmerkung: K6 umfasst bei Tumorbehandlungs-/Strahlentherapie-DRGs (vgl. Kapitel 3.4.2) zusätzlich den Tumorstatus (vgl. Tabelle 48).

* Chirurgische Nachsorge ist durch Heimpflege finanziell und fachlich nicht abgedeckt.

Quelle: IGES Institut, Abschlussbericht „Gutachten nach § 115b Abs.1a SGB V“, S. 232.

Ambulant–stationärer Grenzbereich



- ▶ Neue Form der Krankenhausbehandlung
- ▶ Alle vollstationären Behandlungen können im Einvernehmen mit dem Patienten als tagesstationäre Behandlung durchgeführt werden.
- ▶ Für jede wegfallende Übernachtung erfolgt ein Abschlag von der DRG i. H. v. 0,04 Bewertungsrelationen (~ 150 Euro).

Bewertung des GKV-Spitzenverbandes

- ▶ Die Grenze zwischen ambulant und stationär wird noch unübersichtlicher.
- ▶ Die Einführung für sämtliche somatische DRG-Leistungen zementiert die bestehenden Strukturen in der stationären Versorgung. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Eingrenzung auf „geeignete Leistungen“ findet nicht statt.
- ▶ Aktuelle Ambulantisierungsmaßnahmen, wie die substanzielle Erweiterung des AOP-Katalogs, werden konterkariert.
- ▶ Es gibt keinerlei Kriterien, wann eine Übernachtung im Krankenhaus erforderlich ist – dementsprechend ist auch keine Prüfung möglich.

§ 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung

KHPfIEG



Spitzenverband

- ▶ Einführung einer **speziellen sektorengleichen Vergütung** für ausgewählte Leistungen des AOP-Katalogs („Hybrid-DRG“)
 - Hybrid-DRG erfolgt unabhängig, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.
 - Kalkulation von Hybrid-DRG als individuelle Fallpauschale mit Schweregrad differenzierung
- ▶ Leistungsspektrum: hohe Fallzahl am Krankenhaus, mit hohem Kurzliegeranteil und geringem Komplexitätsgrad

Bewertung des GKV-Spitzenverbandes

- ▶ Auftrag an Selbstverwaltungspartner wird ausdrücklich begrüßt.
- ▶ Aber extrem knappe Fristsetzung!
- ▶ Unsystematischer Eingriff in den aktuellen AOP-Reformprozess, der zu unterschiedlichen Vergütungssystematiken innerhalb der § 115b-Leistungen führt (EBM vs. individuelle Fallpauschale)
- ▶ Kein Konzept für Bereinigung des bestehenden DRG-Systems
- ▶ Leistungserbringer von Hybrid-DRG sind auch Vertragsärzte. Strukturqualitätsanforderungen sind erforderlich.

2. Gestufte Umsetzung von § 115f SGB V aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll

01.07.2023

- ▶ Kleiner Start-Katalog
- ▶ Abrechnung der Fallpauschalen (§ 115f)
- ▶ Vergütung auf Basis Mischkalkulation
- ▶ Keine Anpassung der Budgets
- ▶ Keine Ausgliederung aus DRG-System, keine Grouper-Anpassung
- ▶ Keine Erweiterung von § 115b

01.01.2024

- ▶ § 115b-Erweiterung
- ▶ § 115f-Erweiterung
- ▶ Grouper-Anpassung
- ▶ Ausgliederung aus Budget
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen
- ▶ ...

01.01.2026

- ▶ Vorliegen einer empirischen Datengrundlage ambulanter Kostendaten
- ▶ Kalkulierte Preise auf Basis empirischer Kostendaten (stationär und ambulant)

Keine Einigung auf Hybrid-Katalog

- ▶ KBV, DKG und GKV-Spitzenverband konnten sich nicht fristgerecht zum 31.03.2023 auf einen Hybrid-Katalog einigen.
- ▶ Die vorsichtige Herangehensweise von GKV und DKG war inkompatibel mit den El-Dorado-Phantasien von SpiFa und KBV.
- ▶ Das BMG kann einen Katalog im Rahmen einer Ersatzvornahme festlegen.
- ▶ Achtung: Damit die Hybrid-DRG im DRG-System 2024 berücksichtigt werden können, muss ein 115f-Katalog bis August 2023 vereinbart bzw. festgelegt sein.

Ambulante Krankenhausbehandlung

Ein Zwischenfazit

- ▶ „Ambulant behandeln, stationär kassieren“ ist kein vernünftiges Modell in Zeiten knapper Kassenlage.
- ▶ Wichtig wäre eine konsequente Fortsetzung des AOP-Weges – mit klarer Trennung zwischen Krankenhausfällen und ambulant zu behandelten Fällen.
- ▶ Nichts spricht dagegen, dass die Krankenhäuser mehr ambulant behandeln, aber die Patienten dürfen nicht am Ende doch auf Station laden.
- ▶ Ein Wort zu Dänemark: Die bewachen ihre Sektorengrenze strenger.

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Ambulante Krankenhausbehandlung
4. Fazit

Fazit

1. Der finanzielle Rahmen wird enger – wegen notwendiger Ausgaben zur Verteidigung, geringem Wirtschaftswachstum und pandemiebedingter Staatsverschuldung. Das macht eine Reform wahrscheinlich.
2. Die DRGs bleiben. Sie werden ergänzt um VorhaltekompONENTEN. Vorhaltung ist eine Verpflichtung – kein Finanzierungsanspruch.
3. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben. Level und Leistungsgruppen kommen.
4. Ambulantisierung muss kommen – aber bitte nicht „Ambulant behandeln, stationär kassieren“. Erforderlich sind eine klare Stufung und eine Abgrenzung der Rechtsformen.
5. Die Reform kommt – mit oder ohne Transformationsmilliarden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de