

# Neustart nach Corona

DRG-Forum Digital  
Berlin 18.03.2021

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband

# Gang der Handlung

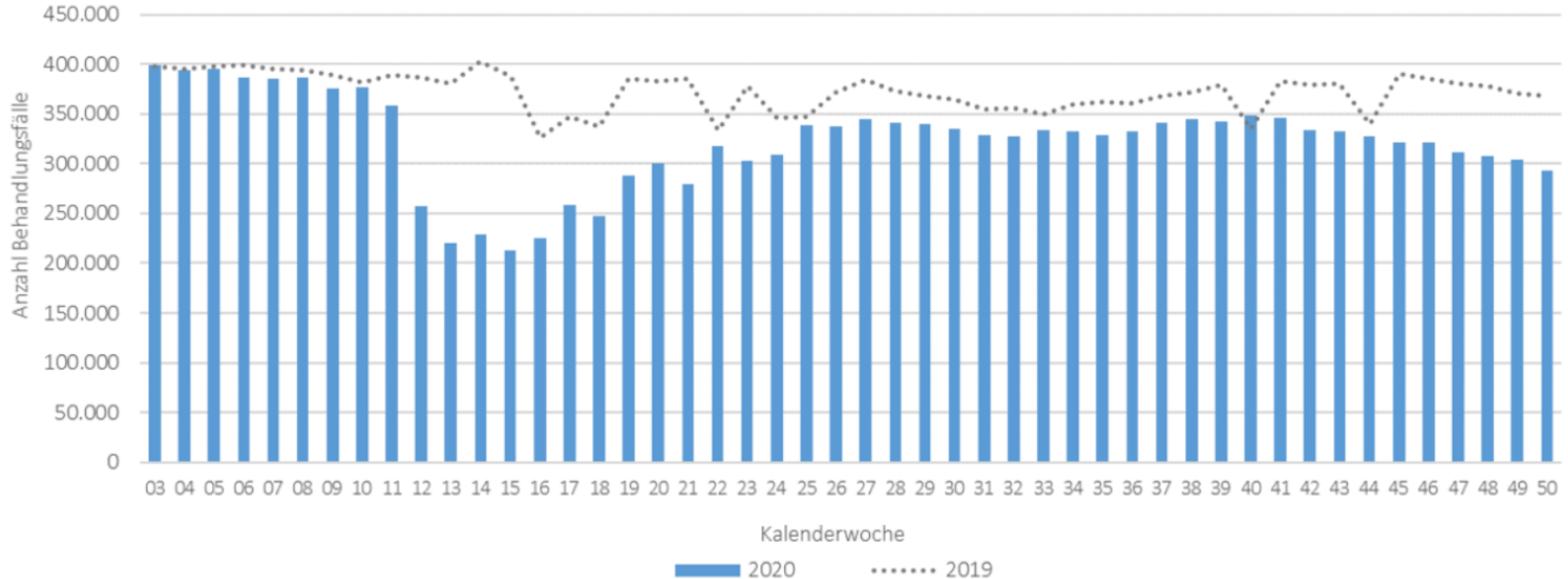
1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonal
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Leistungsentwicklung 2020 vs. 2019

Fallzahlen: - 13 %, 1. Welle: - 30 %, danach - 10 %



Spitzenverband



Quelle: Prof. Busse (auf Basis von Daten des InEK), Präsentation vom 15.03.2021 – Spreestadt-Forum

# Leistungsentwicklung in 2020

## ▶ Fallzahlen:

- in 2020 deutlich weniger stationäre Fälle (ca. – 13 %)
- Bettenauslastung auf Allzeittiefpunkt: 67,3 % (68,6 % auf Intensivstationen)
- Rückgang insbesondere bei „kleinen Krakenhäusern“ mit weniger als 300 Betten
  - Bettenauslastung hier 62,1 %.
  - zugleich geringe Rolle bei COVID-19-Versorgung; hoher Anteil wegverlegter Fälle

## ▶ Ambulantisierung:

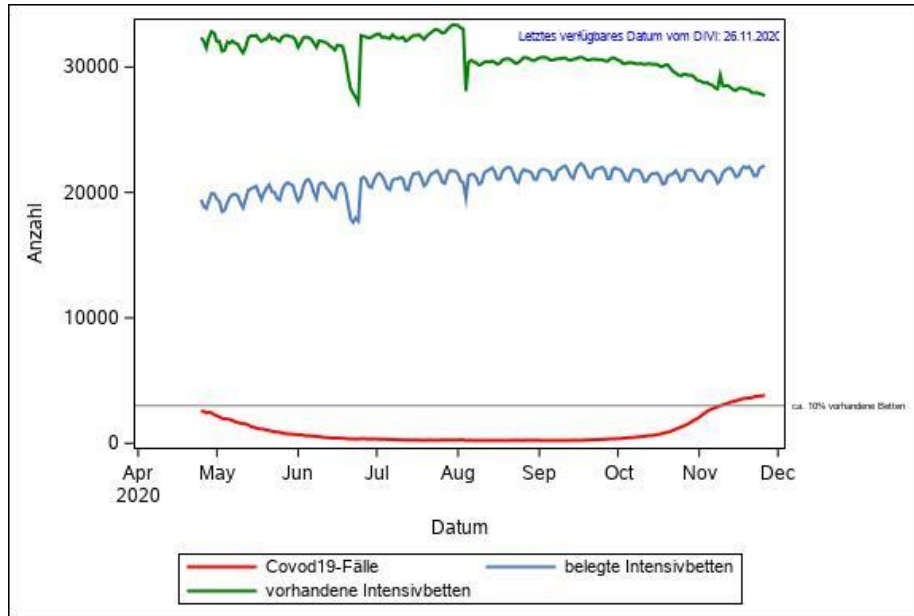
- insbesondere Einbruch bei ambulant-sensitiven Indikationen

# Covid-19-Fallzahlen und Intensivbetten

## DIVI-Intensivregister



Spitzenverband

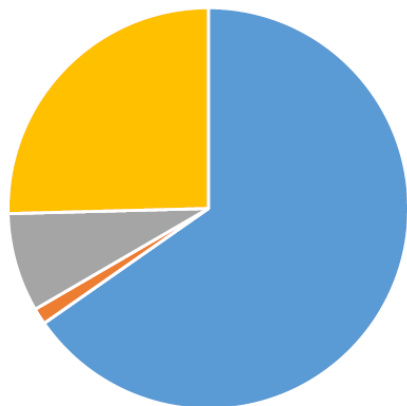


- ▶ Empfehlung: Bleiben Sie – wenn möglich – zu Hause und gehen Sie nicht ins Krankenhaus!
- ▶ bisher keine Ausschöpfung der Kapazitätsgrenze der Intensivbetten
  - durchschnittlich weniger als 2 % der Gesamtbetten und 4 % der Intensivbetten für COVID-19-Versorgung benötigt
- ▶ Historischer Lockdown kombiniert mit starkem Rückgang der Krankenhausleistungen

Quelle: Tagesreport des DIVI-IntensivRegisters:  
<https://www.divi.de/register/tagesreport> (Nov 2020)

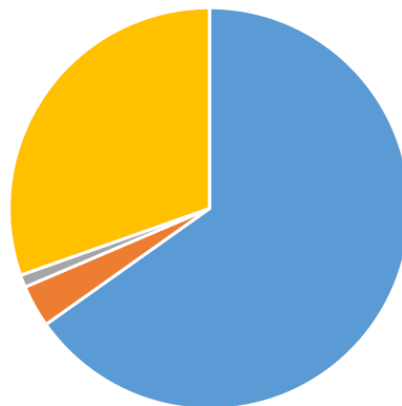
# Bettenauslastung 2020

Bettenbelegung DRG-Häuser  
2020



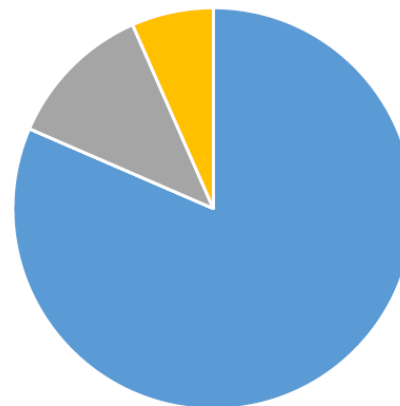
■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung Intensiv in  
DRG-Häusern 2020



■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung psych. Häuser  
2020



■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

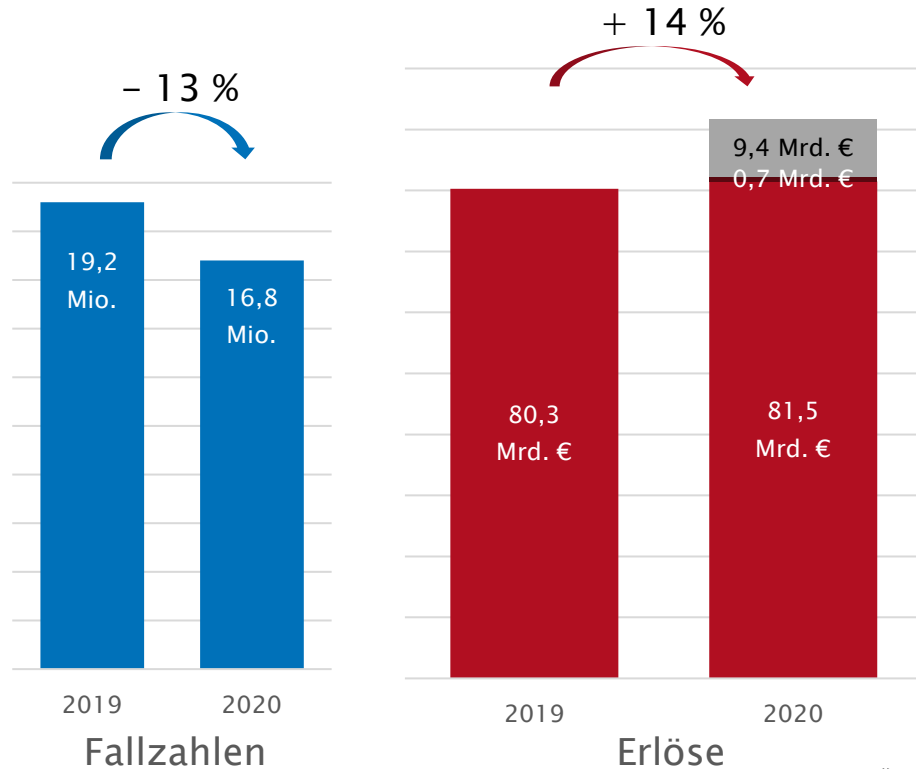
Quelle: Prof. Busse,  
Präsentation vom  
15.03.2021 –  
Spreestadt-Forum

→ Starke Variation nach Größe: bis 149 Betten 61,9%, ab 800 Betten 73,1%



Prof. Busse: „Der Belegungsrückgang in den DRG-Häusern entspricht der kompletten Kapazität der kleinsten 538 Krankenhäuser (bis 149 Betten).“

# 2020: „Das goldene Jahr“ der Krankenhausfinanzierung



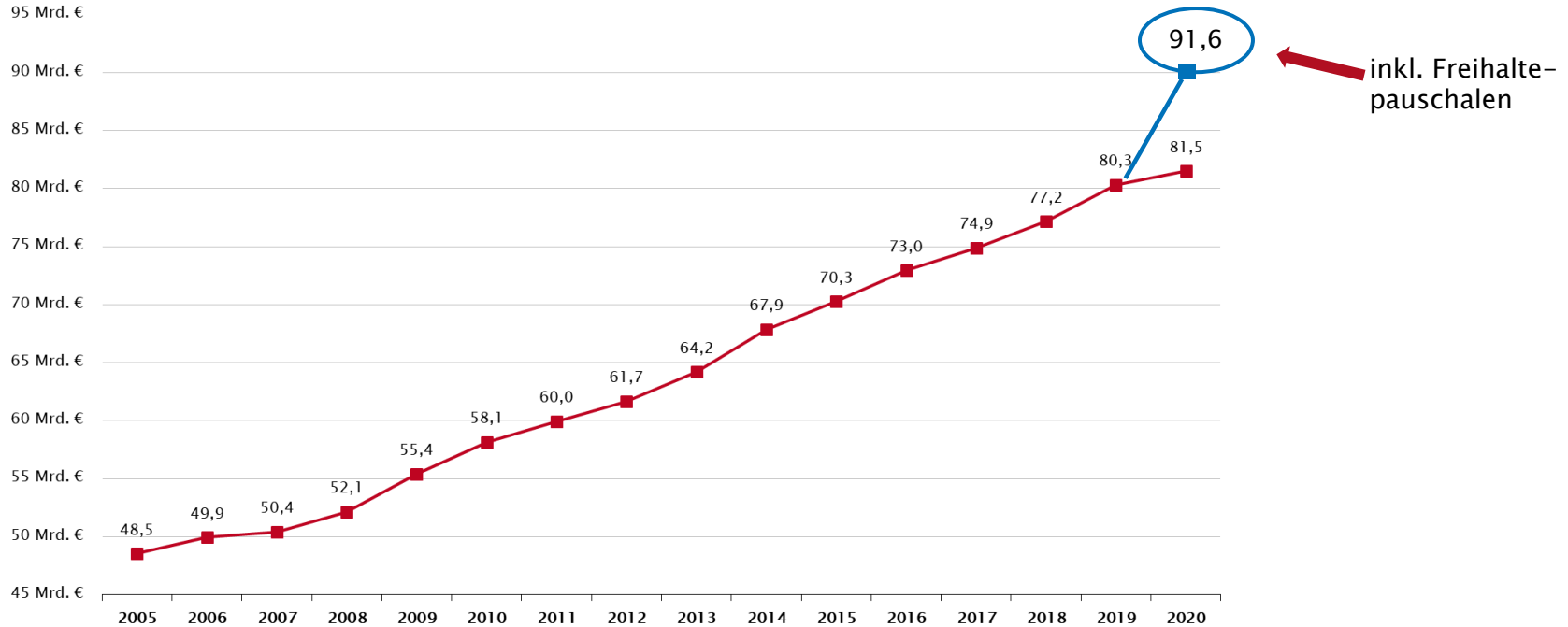
Bund in 2020:  
+ ca. 10 Mrd. Freihaltepauschalen

GKV-Ausgabenanstieg bereits  
jetzt für 2020:  
+ 1,2 Mrd. Euro  
+ Corona-Ausgleiche 2020, die  
noch hinzukommen  
→ **trotz 13 % weniger Fälle!**

**Alarmsignal:**  
GKV hat in 2020 ein Minus  
von 6,2 Mrd. Euro!

Quelle: Behandlungsfälle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)  
<https://datenbrowser.inek.org/>; Erlöse: Amtliche Statistik KV 45, Bundesamt für Soziale Sicherung; Einnahmen von der GKV 2019, Einnahmen von der GKV 2020: 81,5 Mrd. Euro + 0,7 Mrd. Euro für neue Intensivbetten von der GKV + 9,4 Mrd. Euro Freihaltepauschalen vom Bund

# GKV-Ausgabenentwicklung und Freihaltepauschalen



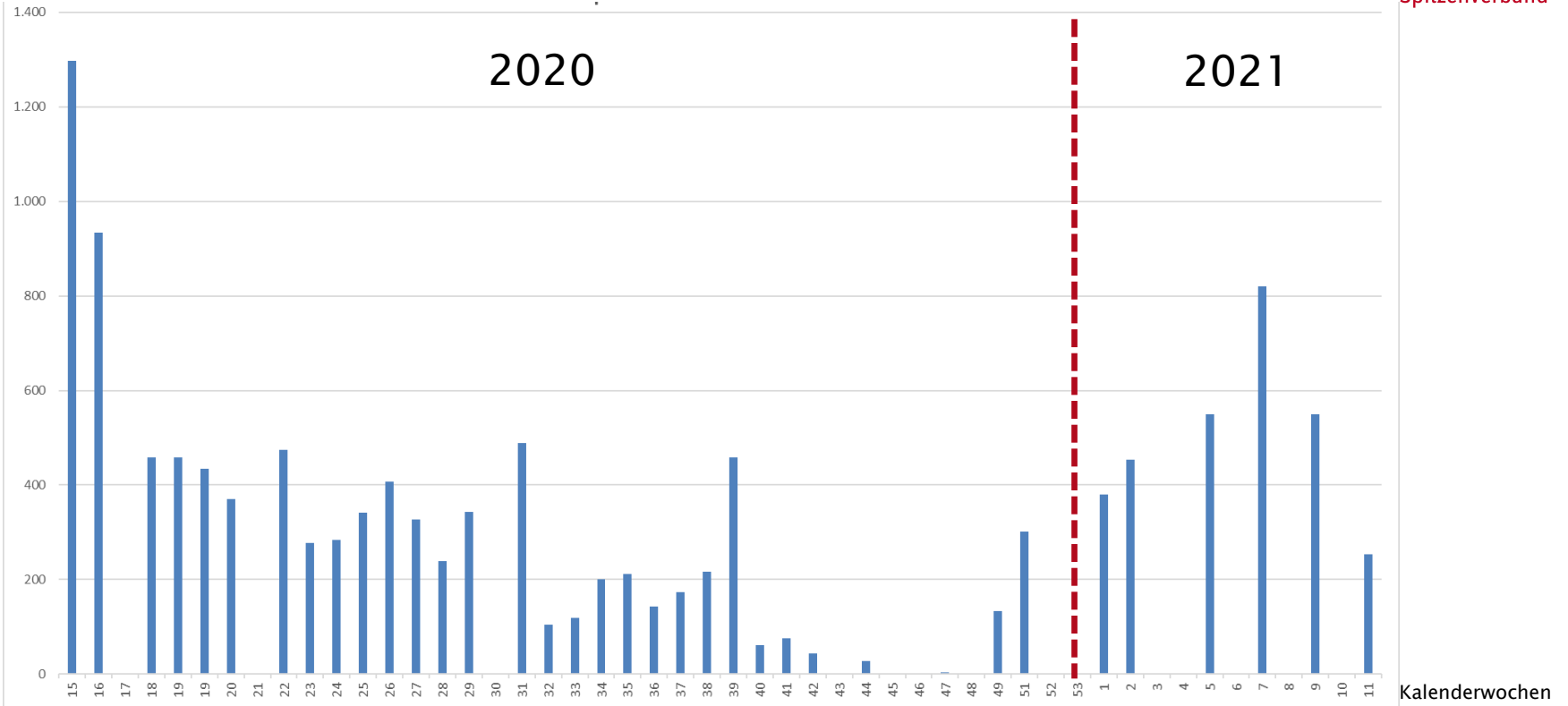
Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45 für 2020



# BAS –Freihaltepauschalen (in Mio. Euro)



Spitzenverband



Quelle: Zahlen des BAS, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de>

# Freihaltepauschalen

## Gesetze und Verordnungen – enge Taktung „auf Sicht“

### Erste Welle:

- ▶ COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 → 560 Euro bis 30.09.2020
- ▶ Verordnung vom 03.07.2020 → Differenzierung der Freihaltepauschale

### Zweite Welle:

- ▶ 3. Bevölkerungsschutzgesetz vom 18.11.2020 → Freihaltepauschalen bis 31.01.2021
- ▶ Verordnung vom 22.12.2020 → Ausweitung/Inzidenzanpassung
- ▶ Verordnung vom 26.01.2021 → Ausweitung auf Spezialversorger/Verlängerung bis 28.02.2021
- ▶ Verordnung vom 24.02.2021 → Verlängerung bis zum 11.04.2021
- ▶ Aktueller Verordnungsentwurf → Verlängerung bis 31.05.2021

# Gezielte Freihaltepauschalen in der 2. Welle

Geld fließt an Krankenhäuser mit erweiterter bzw. umfassender Notfallstufe (2 oder 3)

## Liste der Notfallkrankenhäuser (Prognose)

Standort ID	IK	Land	Name des Krankenhauses	Beatmungs-Score: 3 = über 50.000 Stunden, 2 = über 20.000 Stunden, 1 = über 10.000 Stunden von Fällen mit über 48 Stunden Beatmung	Prognose Notfallstufe: 3 = umfassende Stufe, 2 = erweiterte Stufe, 1 = Basisstufe, 0 = keine Notfallteilnahme oder ausschließlich Teilnahme an einem Modul
772234	260510940	NRW	AGAPLESION Bethesda Krankenhaus Wuppertal	3	2
772671	260330134	NDS	Allgemeines Krankenhaus Celle	3	3
771736	260914050	BY	Klinikum der Universität München – Standort Großhadern	3	3
773233	260610075	HE	Klinikum Frankfurt Höchst	3	3

**431 Standorte**  
nehmen an der  
umfassenden und  
erweiterten Stufe  
teil.

(und 629 Standorte  
an der Basisstufe)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/KH\\_Corona\\_Prognose\\_der\\_Notfallstufen\\_Stand\\_05.02.2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/KH_Corona_Prognose_der_Notfallstufen_Stand_05.02.2021.pdf)

# Regelungen der aktuellen Rechtsverordnung (Entwurf)

## Insbesondere Freihaltepauschalen und Corona-Ausgleich 2021

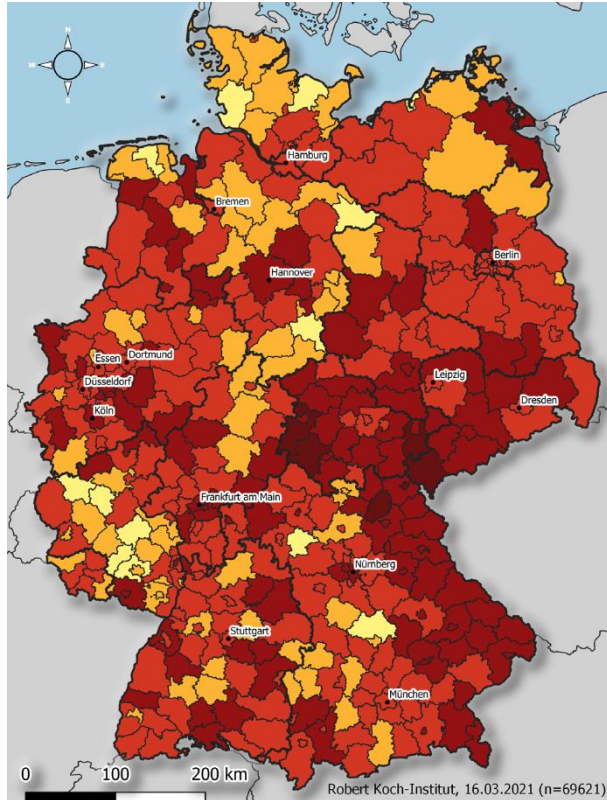
### Umsetzung der Empfehlungen des Expertenbeirates

- ▶ Verlängerung der Freihaltepauschalen bis 31.05.2021 (bisher: 11.04.2021)  
→ Bewertung: o. K.
- ▶ Verlängerung der Regelung „Reha-Akutversorgung“ bis 31.05.2021 (bisher: 11.04.2021)  
→ Bewertung: Regelung völlig unnötig.
- ▶ Veränderung der Bestimmungskriterien von Krankenhäusern:  
Inzidenzen: Statt bisher 70 nun 50 von 100.000 Einwohner  
→ Bewertung: o. K.

# Starke Inzidenzunterschiede



Spitzenverband



Übermittelte  
Fälle der  
letzten  
**7**  
Tage

## COVID19-AKTIVITÄT

Stand: 16.03.2021

Fälle pro 100.000 Einwohner

- keine Fälle übermittelt [n/a]
- >0,0 - 5,0 [n/a]
- >5,0 - 25,0 [13]
- >25,0 - 50,0 [72]
- >50,0 - 100,0 [203]
- >100,0 - 250,0 [118]
- >250,0 - 500,0 [6]
- > 500,0 - 1000,0 [n/a]

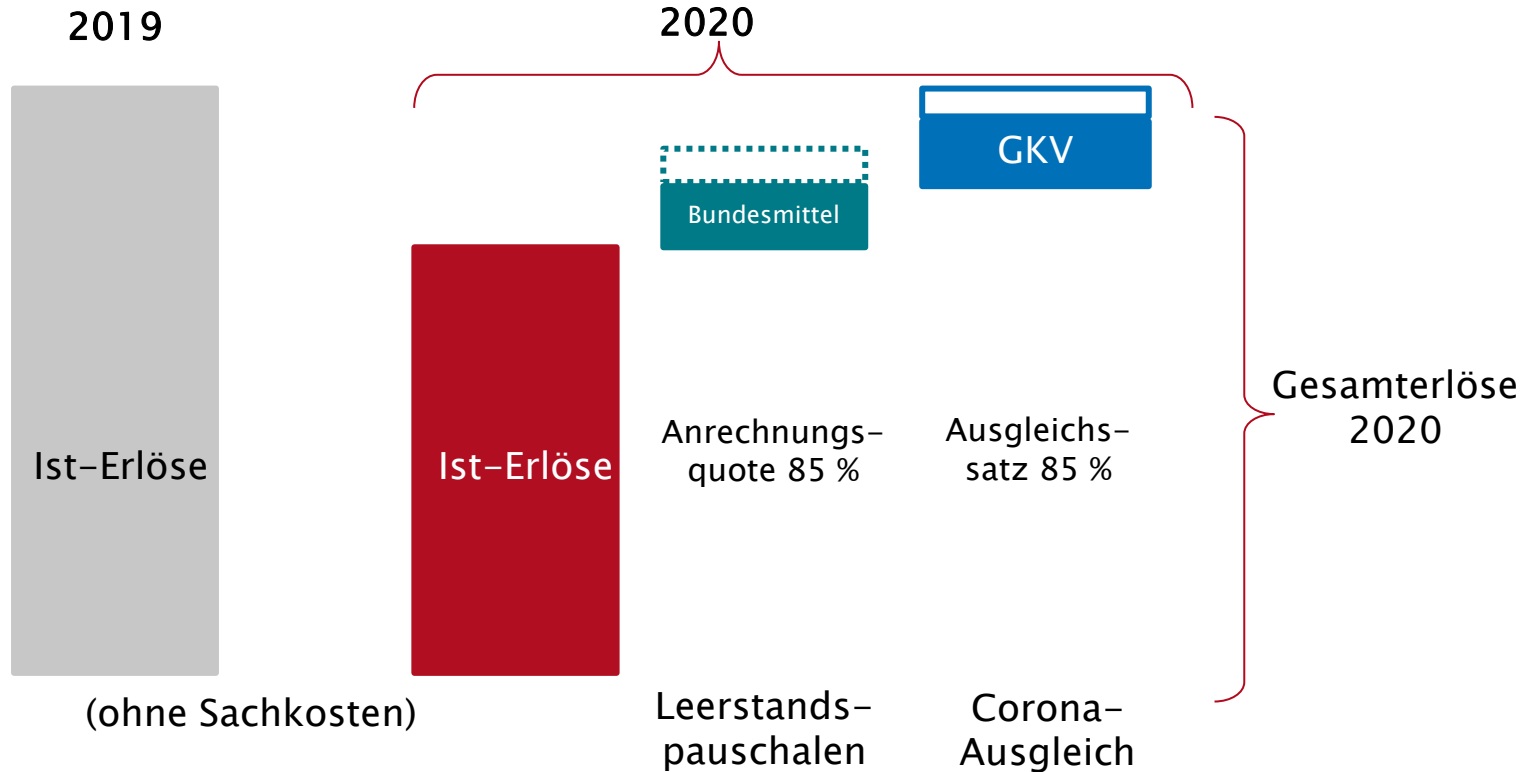
	Landkreis	Anzahl	Inzidenz
1	LK Greiz	478	490,8
2	LK Vogtlandkreis	694	307,1
3	LK Schmalkalden-Meiningen	377	301,8
4	SK Hof	134	292,4
5	LK Kulmbach	196	273,9
6	LK Wartburgkreis	323	271,5
7	LK Saale-Orla-Kreis	200	249,0
8	LK Wunsiedel i. Fichtelgebirge	163	224,3
9	SK Suhl	79	214,7
10	LK Schwäbisch Hall	413	209,9
11	LK Schwandorf	308	208,3
12	LK Kronach	139	208,3
13	SK Rosenheim	130	204,6
14	LK Cham	256	200,0
15	SK Amberg	84	199,0

ROBERT KOCH INSTITUT

Quelle: Täglicher Lagebericht des RKI  
zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 16.03.2021

# Corona-Ausgleich 2020

Weitgehende Erlössicherung durch die GKV für das Jahr 2020



# Corona–Ausgleich 2021 – viel Analogie zu 2020

## Aktuelle Rechtsverordnung (Entwurf)

- ▶ Bundesebene vereinbart bis zum 30.11.2021 (Schiedsstelle bis 31.12.2021):
  - Ausgleichssatz zwischen 75 % und 95 %
  - Erlösbasis 2019 ist um LBFW–Steigerungen 2020/2021 zu erhöhen.
  - Freihaltepauschalen sind zu berücksichtigen (anteilig).
  - Variable Sachkosten sind nicht zu berücksichtigen (InEK erstellt Kataloge).
  - Pflegebudget bleibt außen vor.
  - Basis 2019: 95 % der Erlöse als Ausgangsbasis bei Ermittlung des Erlösrückgangs
  - Rückzahlungsverpflichtung bei Überzahlung
- ▶ Versuchte Täuschung:  
„Je Erlösrückgang in Höhe von 0,1 Prozentpunkten liegen die Mehrausgaben für alle Kostenträger in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich.“
- ▶ Es geht um einen Milliardenbetrag!!!

# Corona-Mehrkosten

## Aktueller Verhandlungsstand

- ▶ Die Selbstkostenregelung sehen DKG und GKV gleichermaßen kritisch.
- ▶ Gemeinsame Gesetzesinitiative für einen Änderungsantrag zum GVWG:
  - bundeseinheitliches Pauschalensystem
  - Einstufung der Krankenhäuser nach Betroffenheit (evtl. je Quartal)
  - „Ausreißer-Regelung“
  - vorläufige Abschlüsse und Schlussabrechnung im Frühjahr 2022
- ▶ Prolongation der Abschlüsse vom 1. ins 2. Quartal
- ▶ Verhandlung der Pauschalen nach GVWG-Verabschiedung im Sommer 2021



# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Einigung auf aG-DRG-Katalog 2021

- ▶ Debatte wegen 1,6 Mrd. Euro Mehrkosten bei Pflegebudget
- ▶ Vermutung: Es wurden nicht 30.000 Pflegekräfte eingestellt, aber ziemlich viele Pflegekräfte neu zugeordnet.
- ▶ Ein Teil der Kostensteigerung lässt sich durch Tarifierhöhung und Einstellungen erklären.
- ▶ Einigung auf Eckpunkte (Oktober 2020):
  - 200 Mio. Euro aus den aG-DRGs rausgenommen.
  - Orientierung an Berufsgruppenabgrenzung der PpUG
  - Empfehlung für die Verhandlungen vor Ort
  - Überarbeitung diesbezüglicher Vereinbarungen
  - Anpassung der InEK-Kalkulation
  - Empfehlung für vorläufigen Pflegeentgeltwert 2021

# Verzögerte Budgetverhandlungen wegen Pflexit

- ▶ Auf Bundesebene:
  - 18.12.2020: Abgrenzungsvereinbarung für 2021 sowie Empfehlung für 2020
  - Anlagen der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung werden momentan angepasst.
  
- ▶ Auf Ortsebene:
  - Pflegebudgetverhandlungen – nicht nur wegen Corona – extrem in Verzug
  - Nur bei Anerkennung der Bundesempfehlungen kommen die Verhandlungen voran.
  - Selektives Umsetzen der Bundesempfehlungen nicht akzeptabel
  
- ▶ Pflexit ist und bleibt ein systematischer Fehler!

# DRG-Weiterentwicklung

## 1. Gesundheitspolitischer Erfahrungssatz:

Wenn die Fälle steigen, sind die Krankenhäuser für Fallpauschalen.  
Wenn die Fälle sinken, sind die Krankenhäuser für feste Budgets.

## 2. Das Lieblingsmodell:

Auskömmliches und bedingungsloses Grundeinkommen und ein paar Extras

## 3. Vielfältige Reformvorschläge vgl. Schwerpunktheft f&w 11/2020



## Krankenhausvergütung Moderat modifizieren

Eine Reform des DRG-Systems ist alles andere als trivial. Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt indes richtig. Die großen Veränderungen werden aber eher bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft und nicht bei der Vergütung anstehen.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

Das Jahr 2020 wird möglicherweise als das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung in die Geschichte eingehen. Neben der Kassenfinanzierung, die trotz historischen Leistungsrückgangs kaum hinter dem Vorjahr zurückbleiben dürfte, hat der Bund den Krankenhäusern er-

nell der Zeitpunkt gekommen, an dem sich die prekäre Situation der Staatsfinanzen in Kostendämpfung niederschlägt. In der Regel werden diese Maßnahmen mit zukunftsweisenden Strukturreformen gekoppelt: Die Krise ist die Mutter aller Reformen. Die Kran-

ketten und umfangreiche Testung außerhalb des Krankenhauses entschieden wird – nicht im Krankenhaus. Die Anweisung, bei Symptomen nicht in eine Klinik zu gehen, sondern so lange wie möglich in häuslicher Isolation zu bleiben, war wahrscheinlich der entschei-



Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Krankenhausvergütung: Moderat modifizieren  
in: f&w 11|2020, Seite 993 ff.  
Bibliomed Verlag, Melsungen

# DRG-Entwicklung „Moderat modifizieren“

1. These 1:  
„Die Grundidee, Leistungen zu finanzieren, bleibt richtig.“
  
2. These 2:  
„Der wirklich große Reformbedarf besteht bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft – nicht beim Vergütungssystem.“
  
3. These 3:  
„Die wichtigsten Modifikationen des DRG-Systems sollten sein:
  - Berücksichtigung von Vorhaltekosten
  - Differenzierte Vergütung von Versorgungsstufen
  - Adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen
  - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“

# Vorhaltekosten finanzieren – alles andere als trivial

1. Mangelnde Finanzierung von Vorhaltekosten ist eine Folge erodierter Länderfinanzierung.
2. Vorhaltefinanzierung braucht klare Zuständigkeiten von Häusern für Bevölkerungsgruppen.
3. Die vorzuhaltende Leistung muss definiert und quantifiziert werden.
4. Jenseits der DRGs muss ein Finanzierungsweg gefunden werden.
5. Die DRG–Leistungsvergütung muss komplementär abgesenkt werden.

Übungsaufgabe: Wie würden Sie 10 Mrd. Euro Bundesmittel zwecks Vorhaltefinanzierung verteilen, ohne dabei rückwärts gewandte Größen wie Betten, Personal oder Casemix zu nutzen?

# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonal
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit



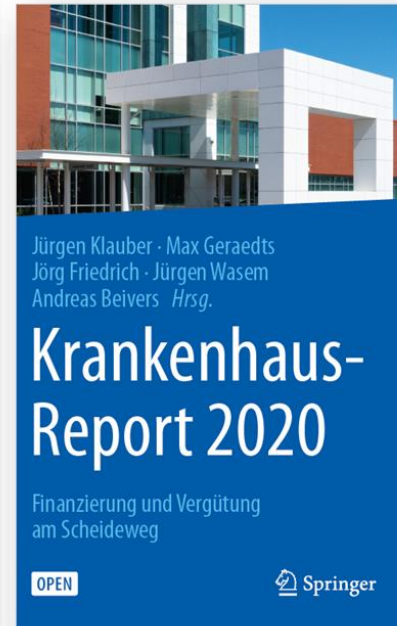
# Krankenhaus-Report 2020

## Schwerpunkt: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg



Spitzenverband

	83	7
<h2>Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonal- untergrenzen und DRG-Pflege-Split</h2>		
<i>Wulf-Dietrich Leber und Charlotte Vogt</i>		
7.1	Vergütung pflegerischer Leistungen im Finanzierungssystem für Krankenhäuser – 85	
7.2	Abbildung der Pflege im DRG-System – 86	
7.2.1	DRG: Gruppenbildung nach Maßgabe ärztlicher Kategorienbildung – 86	
7.2.2	PKMS: Zusatzentgelt für aufwendige Pflegefälle – 87	
7.2.3	Zusatzentgelte für Pflegegrade – 88	
7.3	Flankierende Maßnahmen – 88	
7.3.1	Externe stationäre Qualitätssicherung – Pflege: Dekubitusprophylaxe – 88	
7.3.2	Pflegestellen-Förderprogramme – 89	



in: J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_7)

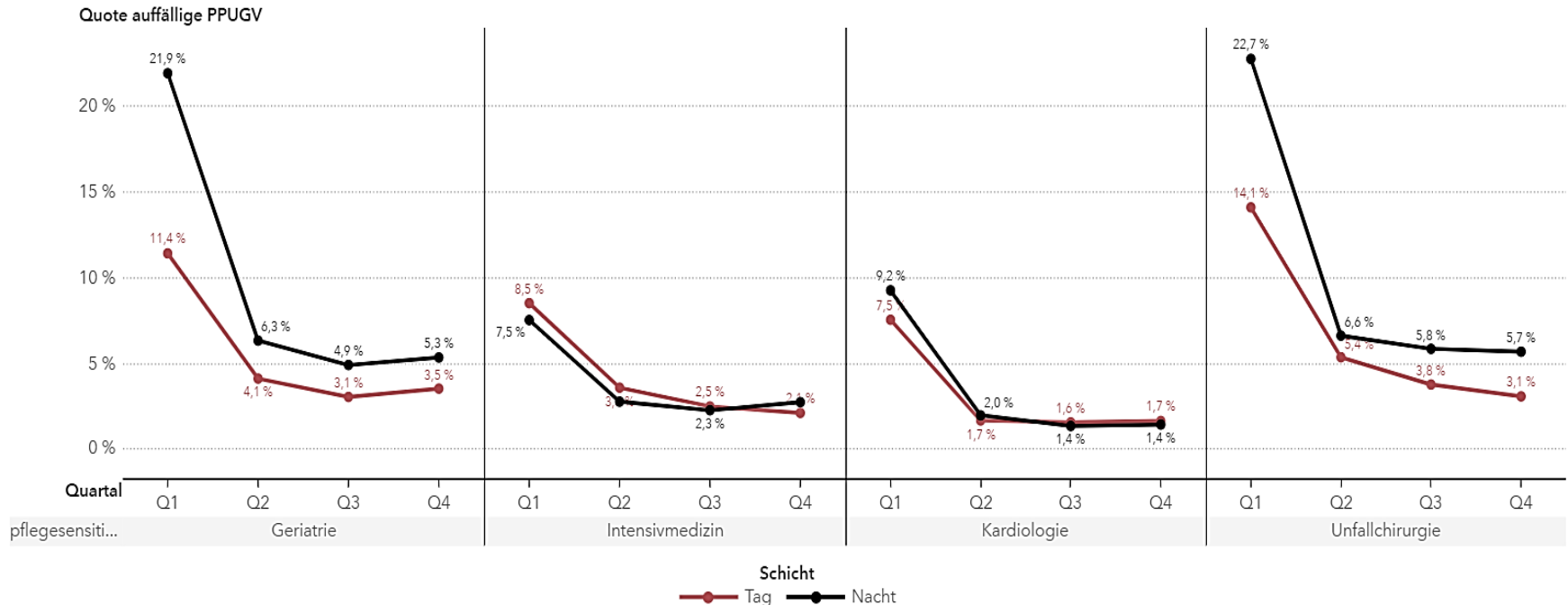
# Umsetzung der PpUG in 2019

## Anteil nicht eingehaltener PpUG im Monatsdurchschnitt



Spitzenverband

- ▶ In den Bereichen Geriatrie und Unfallchirurgie wurden die PpUG in der Nachtschicht häufiger „gerissen“.



# Pflegepersonaluntergrenzen–Verordnungen (PpUGV)

vom 09.11.2020 in Kraft ab 14.11.2020



Spitzenverband

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 13. November 2020 2357

## Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 9. November 2020

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der zuletzt durch Artikel 12 Nummer 15 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

### § 1

#### Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –.

1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder

Neue pflegesensitive Bereiche ab 01.02.2021:

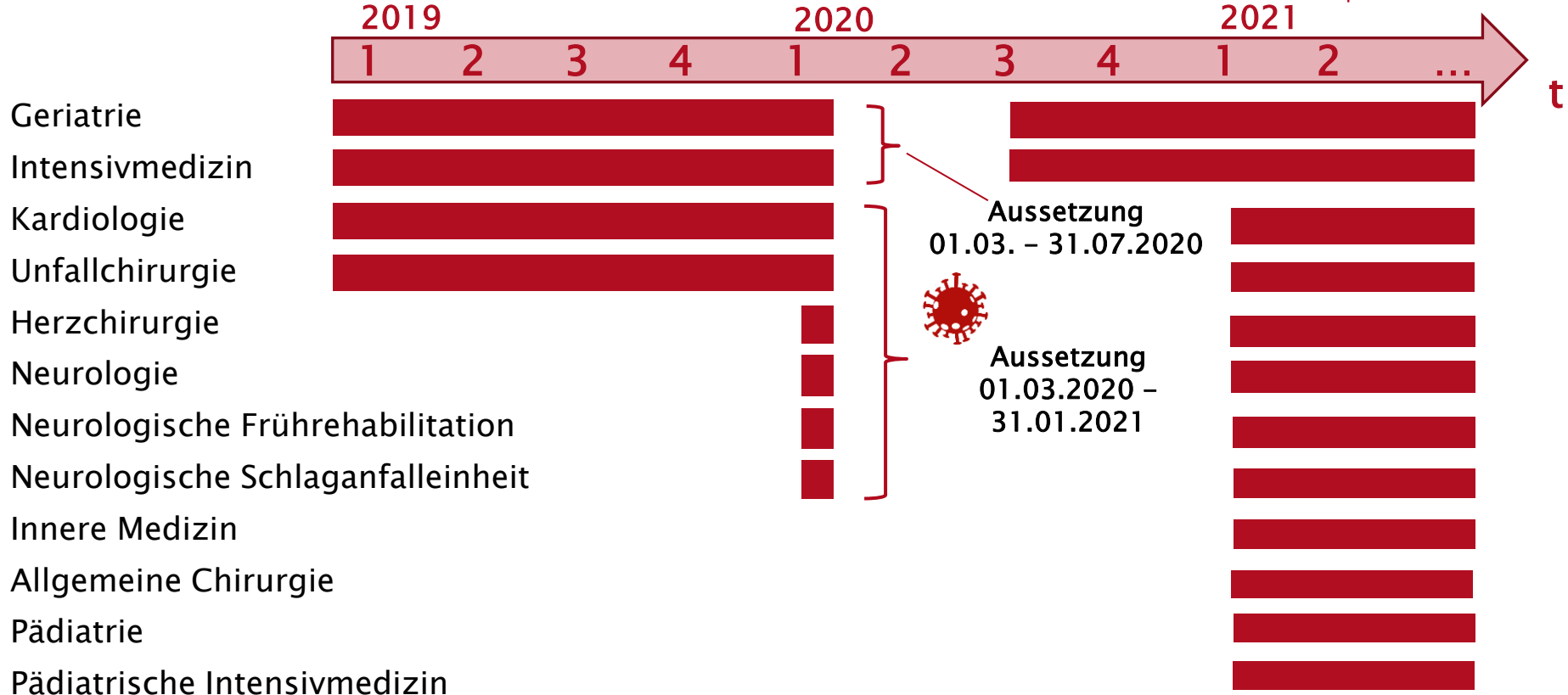
- ▶ Innere Medizin
- ▶ Allgemeine Chirurgie
- ▶ Pädiatrie
- ▶ Pädiatrische Intensivmedizin

# Weiterentwicklung der PpUG

## Übersicht pflegesensitive Bereiche



Spitzenverband



# Ausnahmetatbestände

Keine Sanktionen bei pandemiebedingter Nichteinhaltung



Spitzenverband

## § 7

### **Ausnahmetatbestände**

Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen in den folgenden Fällen nicht eingehalten werden:

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder
2. bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.

# Anti-PpUG-Positionierung der DKG

- ▶ DKG propagiert ihre „Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Pflegepersonal-ausstattung“ (20.03.2019).
- ▶ Ziel: Abschaffung stations- und schichtbezogener PpUG
- ▶ Entwicklung eines Pflegepersonal-bemessungsinstruments auf Ganzhausebene
- ▶ Nachweisen der Einhaltung der Untergrenze im Jahresdurchschnitt
- ▶ Sanktionen bei Unterschreiten der Untergrenze, aber drei Jahre sanktionsfreie Übergangsphase

Service

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

---

PRESSE

## DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik

20. März 2019

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat auf seiner gestrigen Sitzung zwei grundlegende Beschlüsse zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung getroffen. „Wir sind uns alle bewusst, dass wir im Bereich der Personalbesetzung neue Wege gehen müssen. Zudem brauchen wir den Mut, uns aktiv in die Veränderung der Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung einzubringen“, erklärte der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß.

Die DKG will in einem Schulterschluss mit Deutschem Pflegerat, Pflegekammern und Gewerkschaften ein Personalbemessungsinstrument entwickeln, das eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert und die bürokratischen und fehlerstimmenden Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig macht. Dabei orientiert sich die DKG an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern. Das Instrument definiert den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). „Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, so Gaß.

Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche Interessen vereinigen können, wenn sich die Veränderungen konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren, transparent ausgestaltet werden und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen geben. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind bereit, sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen. Gleichzeitig muss aber auch die destruktive Politik der Strukturberseinerung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

# Pflegepersonalbedarfsermittlung PPR 2.0–Vorschlag ungeeignet

- ▶ Intention: Abschaffung der PpUG
- ▶ Unklare Anwendung/Standardisierung fehlt Prospektive oder retrospektive Einstufung?
- ▶ Keine Berücksichtigung des Qualifikationsmixes
- ▶ Bürokratie- und Schulungsaufwand (u. a. fehlende Digitalisierung)
- ▶ Pflegefachlicher Fortschritt nicht ausreichend berücksichtigt (Rückschritt)
- ▶ Gefahr der Übercodierung/Fehlende Überprüfung (Ziel Budgetsicherung)
- ▶ Fehlende Bereiche (Intensivmedizin, Nachtschicht)
- ▶ Fehlende Transparenz für Bürger und Kostenträger
- ▶ Fehlende qualitätssichernde Impulse (kein Echtzeitmonitoring der Stationsbesetzung)

# Wie weiter?

- ▶ Spahn:
  - Interimslösung PPR 2.0 nicht erforderlich
  - PpUG garantieren Patientenschutz.
  - Pflegebudget garantiert Refinanzierung.
- ▶ Auftrag: Fahrplan bis 2025 zur Ermittlung des Pflegebedarfs
- ▶ Achtung! Verwendungszusammenhang unklar:
  - Ermittlung des Pflegebudgets
  - Risikoadjustierung der PpuG
  - nur so?
- ▶ Gespräche noch nicht abgeschlossen. GKV-Position:
  - analytisch und zugleich empirisch vorgehen
  - einheitliche Pflegenomenklatur schaffen



# Digitale Pflegedokumentation

- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden! Die Antwort auf Bürokratisierung lautet immer: Digitalisierung.
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen.



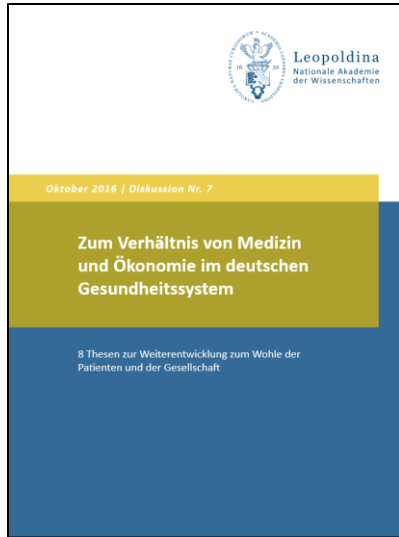
# Verbesserung des Digitalisierungsgrades bis 2025

- ▶ Anschubfinanzierung durch den Krankenhauszukunftsfonds
- ▶ Förderfähige Vorhaben gemäß § 19 Nrn. 2 bis 6 der Verordnung:
  - Patientenportale für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement
  - strukturierte elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen
  - klinische Entscheidungsunterstützungssysteme
  - digitales Medikationsmanagement
  - digitale Prozesse zur Anforderung von Leistungen
- ▶ Ab 2025 müssen Krankenhäuser digitale Dienste zu diesen Themen bereitstellen und den Grad ihrer Nutzung nachweisen.
- ▶ DKG und GKV-Spitzenverband vereinbaren den Modus zur Ermittlung eines Rechnungsabschlags von bis zu zwei Prozent für jeden voll- oder teilstationären Fall bei Nichterfüllung der in der Förderrichtlinie definierten MUSS-Vorgaben.

# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Gutachten zur Krankenhausstruktur



Leopoldina



Bertelsmann



Lohfert & Lohfert



Sachverständigenrat

# Landesplanung ist „Fake-News“

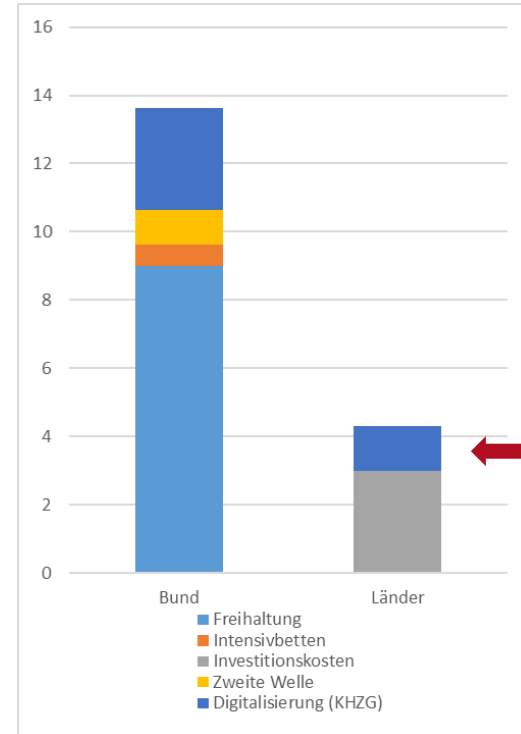
- ▶ Planung nach Leistungsgruppen ist schwierig, aber möglich.
- ▶ Hauptproblem: Die Ansprüche der Krankenhausträger sind kartell- und eigentumsrechtlich geschützt.
- ▶ Was passiert, wenn in Bochum nur drei statt fünf Abteilungen einer Fachrichtung bedarfsnotwendig sind? Nichts!
- ▶ Das Land kann nicht mit Entzug der Investitionsmittel drohen, weil das eh zu wenig ist.
- ▶ Schlussfolgerung: Der Plan – egal welcher – ist nicht durchsetzbar.
- ▶ Also bleibt nur eins: Mit Strukturanforderungen dafür sorgen, dass nur qualitativ gute Leistungen erbracht werden – und nicht zu viele.
  - Der angeblich „kalte Strukturwandel“ ist „wohltemperiert“.

# Der Bund steigt ein!

1. Das finanzielle Engagement des Bundes ist in 2020 viermal so stark wie jenes der Länder.
2. Zweite Welle: Der Bund setzt bundesweit gültige Regeln durch (Inzidenz, Notfallstufen)
3. Der Finanzminister kontrolliert (vgl. Formulierung zur Verordnungsermächtigung § 23 KHG):

*„Das BMG kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrates ...“*

4. Ist das der Einstieg in eine dauerhafte Krankenhausfinanzierung durch den Bund?




KHZG-Block:  
eher Krank-  
haus-träger?


Orientierungswert von Dr. Wulf-Dietrich Leber




## Statt Land Bund

Orientierungswerte / 04.02.2021



Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband

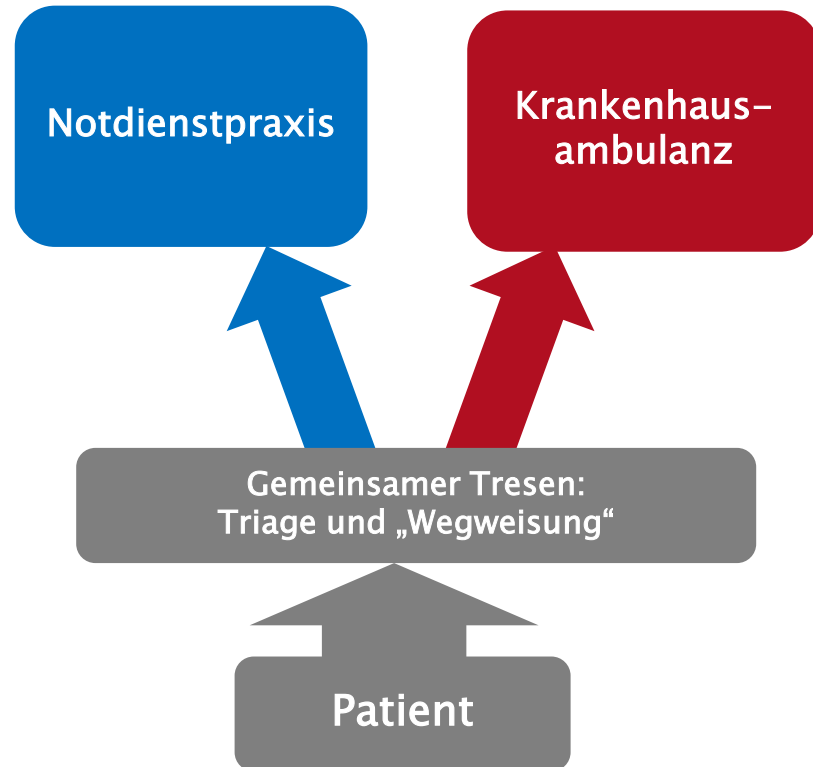
 Man weiß ja dieser Tag nicht, was in Zeiten von Corona lediglich eine Pandemieerscheinung ist und wo sich am Horizont bereits eine neue Normalität andeutet. Wir alle hoffen auf der einen Seite, dass uns Oper, Kino, Restaurant wieder erfreuen werden wie zuvor. Aber wir haben auf der anderen Seite die Ahnung, dass nie wieder so viele Leute wie vor Corona gleichzeitig ins Büro gehen und nie wieder so viele Flugzeuge mit Menschen besetzt sein werden, die zu einem innerdeutschen Meeting jetten, das mit gleicher Effizienz auch als Videokonferenz durchgeführt werden könnte.

   Bei der Krankenhausfinanzierung hat im Corona-Jahr 2020 eine Wende stattgefunden, bei der sich ebenfalls die Frage stellt, ob es eine Pandemieerscheinung bleibt oder aber neue Normalität sein wird. Es geht um einen Vorgang, der möglicherweise alte Denkschemata nachhaltig erschüttern könnte: Der Bund steigt ein! Als es ernst wurde, war von den Ländern, die ja eigentlich für Gefahrenabwehr zuständig sind, wenig zu sehen. Den Aufbau zusätzlicher Intensivbetten, die Finanzierung der Leerstandspauschalen und vieles mehr übernahm der Bund – sogar die Digitalisierung der Krankenhäuser. Rechnet man all dies zusammen, ergibt sich eine Größenordnung von über 12 Milliarden Euro – ungefähr das Vierfache des Betrages, den die Länder für die Investitionsfinanzierung aufbringen. Die neue Finanzierungsregel lautet „Statt Land: Bund“ – wobei allerdings nicht vergessen

<https://www.bibliomedmanager.de>

# Kümmertlich: Reform der Notfallversorgung im Entwurf GVWG

- ▶ GKV-Position:  
Gemeinsamen Tressen umsetzen
- ▶ Die SVR-Idee eines rechtlich unabhängigen Notfallzentrums wird nicht funktionieren.
- ▶ Aber:
  - Jedes Krankenhaus mit Notfallambulanz sollte eine KV-Notarztpraxis haben.
  - KV und Krankenhaus haben einen gemeinsamen Tressen zur Ersteinschätzung.





# GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung



## Strukturierung der Krankenhauslandschaft:

### Corona verstärkt den Handlungsdruck

- 1 Aus der Corona-Pandemie lernen
- 2 Potenziale der Digitalisierung heben

### Krankenhausstruktur

- 3 Krankenhausstrukturen zukunftsweisend gestalten
- 4 Versorgung auf dem Lande sichern
- 5 Vergütungssystem weiterentwickeln

### Qualitätssicherung

- 6 Pflegesituation verbessern
- 7 Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen

### Krankenhausausgaben

- 8 GKV-Ausgaben klar abgrenzen
- 9 Korrektes Abrechnen durchsetzen

### Ambulante Krankenhausleistungen

- 10 Ambulantes Potenzial nutzen
- 11 Ambulante Psychiatrie bedarfsgerechter gestalten
- 12 Notfallversorgung umfassend reformieren

# Gang der Handlung

1. Corona
2. DRG-Entwicklung
3. Pflegepersonaluntergrenzen
4. Krankenhauslandschaft
5. Fazit

# Fazit

1. Corona ist ein Schicksalsschlag für die Menschheit. In 2020 hat Corona keine Überforderung für Krankenhäuser gebracht, sondern großzügig finanzierten Leerstand.
2. Weitere Hilfen werden sich auf die COVID-19-Versorger konzentrieren.
3. Der Pflexit war ein Fehler. Jetzt zeigen sich die Umsetzungsschwierigkeiten.
4. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen. Die Problemlösung heißt Digitalisierung.
5. DRGs sollten moderat modifiziert werden. Vorhaltefinanzierung ist nicht trivial.
6. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Strukturierung der Kliniklandschaft.
7. Die Reform der Notfallversorgung wird in der nächsten Legislatur anzugehen sein.

# Vorstandsbeschlüsse 2020 im Bereich Krankenhäuser

## Bedingt durch die Corona-Pandemie



Spitzenverband

Datum	Thema
16.03.	Nachweise zu Pflegepersonaluntergrenzen: Corona-Regelung
02.04.	Krankenhäuser: Ausgleichszahlungsvereinbarung (§ 21 Abs. 7 KHG)
02.04.	Abrechnungsprüfung: Ergänzungsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung
24.04.	Corona-Gesetzgebung: Krankenhausbehandlung in Reha-Einrichtungen (Vereinbarung nach § 22 Abs. 2 KHG)
04.05.	Pflegepersonaluntergrenzen: Vereinbarungen zu Nachweisen und Sanktionen
07.07.	Krankenhäuser: Anpassung der Ausgleichszahlungsvereinbarung (§ 21 Abs. 7 KHG)
21.09.	Pflegepersonaluntergrenzen: Anpassung der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung
05.10.	Pflegepersonaluntergrenzen: Übermittlung der Wirtschaftsprüfertestate für das Jahr 2019
12.10.	Vereinbarung zur Finanzierung der coronabedingten Mehrkosten im Krankenhaus (insbesondere persönliche Schutzausrüstung (PSA)) im 4. Quartal 2020
29.10.	Corona-Testung im Krankenhaus: Änderungsvereinbarung
30.11.	Krankenhaus-Abrechnungsprüfung: Anpassung der Ergänzungsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung
30.11.	Vereinbarung zur Dokumentation von Remdesivir und Statistik nach § 26b KHG
14.12.	Krankenhäuser: 2. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung
14.12.	Krankenhäuser: Ausgleichszahlungsvereinbarung für vom Land bestimmte Krankenhäuser (§ 21 Abs. 7 KHG)
14.12.	Krankenhäuser: Corona-Ausgleichsvereinbarung 2020
14.12.	2. Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung

# Alles Gute für Georg Baum!



# Spekulationen über die Welt nach Corona

1. 2019 kommt nicht wieder:
  - Es wird nie wieder so viele innerdeutsche Flüge geben.
  - Es werden nie wieder so viele Menschen im Büro arbeiten.
  - Es wird nie wieder so viel Krankenhausfälle geben.
2. Es ist jetzt jedem klar, dass man Echtzeittransparenz à la DIVI-Register braucht.
3. Das BMG wird die Krankenhausversorgung weit stärker prägen als bisher.
4. Die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Strukturierung wird keiner mehr mit dem Verweis auf Länderkompetenzen stoppen können.
5. Die große Bettenlüge wird enttarnt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

[www.GKV-Spitzenverband.de](http://www.GKV-Spitzenverband.de)

[Wulf-Dietrich-Leber.de](http://Wulf-Dietrich-Leber.de)