

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

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf, 14.11.2012

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Vereinbarungen DRG-System 2013



1. DRG-Katalog **R**
2. Abrechnungsregeln **R**
3. Besondere Einrichtungen
4. Richtwerte für die Finanzierung von Ausbildungsstätten **S**
5. Investitionsbewertungsrelationen (1. Katalog)
6. Bundesbasisfallwert
7. Forschungsauftrag Mengenentwicklung
8. DRG-Begleitforschung **R**
9. DKR **R**

Vereinbarungen Psych-Entgeltsystem



10. PEPP-Katalog **M**
11. PEPP-Abrechnungsregeln **M**
12. Datenübermittlung Modellvorhaben
13. Vereinbarung PIA-Dokumentation **R**
14. Vereinbarung für psychosomatische PIAs
15. Psych-Kodierrichtlinien **R**
16. Psych-Begleitforschung **R**

Begleitende Vereinbarungen



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

Weitere Vereinbarungen



DTA-Vereinbarungen

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

Vereinbarungen Transplantationsgesetz

- 28. DSO-Budget **R**
- 29. Finanzierung Transplantationsbeauftragte
- 30. Eurotransplant-Budget

DRG 2013



- è Stabile Kalkulationsgrundlage
(Thema für 2013: Kalkulationsboykott der Privaten)

- è Stabile Gruppenzahl

- è Professionelle Weiterentwicklung

Konflikt 1: BSG-Entscheidung zur Wiedereinweisung
Konflikt 2: Bluterentgelte

BSG-Urteil vom 12.06.2012 zu § 2 Abs. 3 FPV (Komplikationsregelung)



Text der FPV:

„Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation [...] innerhalb der oberen Grenzverweildauer [...] wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung [...] vorzunehmen. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung wird nicht vorgenommen bei unvermeidbaren Nebenwirkungen von Chemotherapien und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Behandlungen.“

Das BSG hat nunmehr entschieden, dass hierunter auch typische Nebenwirkungen und Komplikationen zu verstehen sind. Das war immer die Kassenposition.

„Protokollnotiz“



Erklärung der Vertragspartner zur Fallzusammenführung wegen Komplikationen nach § 2 Abs. 3 FPV:

„[...] Die Selbstverwaltungspartner stimmen darin überein, dass nach Vorliegen der Urteilsbegründung des BSG zeitnah Gespräche mit dem Ziel einer Neufassung des § 2 Abs. 3 FPV aufzunehmen sind.“

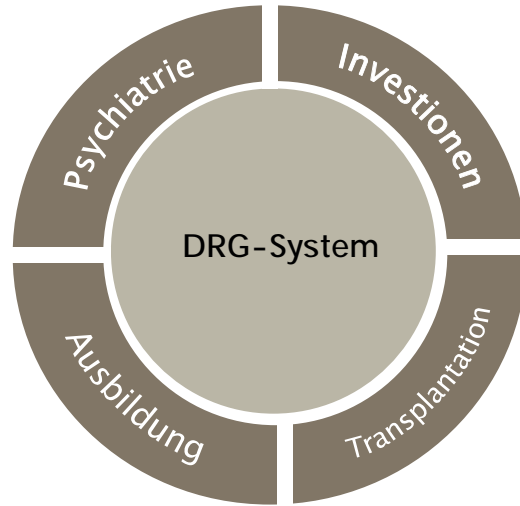
Kompromiss zu Bluterentgelten



	Bluter ZE2013-97	ZE2013-98
Indikation	ICD grün	ICD rot
Budget	extrabudgetär	intradbudgetär
Definition	OPS-Liste	
Schwellenwert		15.000 Euro
Bezeichnung	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

ICD-10 GM 2013	Diagnose	Kompromiss SpG 14.09.2012
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	
D65.1	Disseminierte intravasculäre Gerinnung (DIC, DIC)	
D65.2	Erworbene Fibrinolyseerhöhung	
D65.8	Defibrinationsyndrom, nicht näher bezeichnet	
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel (Hämophilie A)	
D67	Hereditärer Faktor-V-Mangel (Hämophilie B)	
D68.0	Willebrandt-Ungleich-Syndrom	
D68.1	Hereditärer Faktor-III-Mangel (Hämophilie C)	
D68.20	Hereditärer Mangel an bestimmten Gerinnungsfaktoren	
D68.21	Angeborener Faktor-I-Mangel	
D68.22	Angeborener Faktor-V-Mangel	
D68.23	Angeborener Faktor-VIII-Mangel	
D68.24	Angeborener Faktor-X-Mangel (Stuart-Prower-Erkrankung)	
D68.25	Angeborener Faktor-III-Mangel	
D68.26	Angeborener Faktor-VIII-Mangel	
D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulation	
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermeidung von Antikörpern gegen Faktor VIII (Hämophilie A)	
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermeidung von Antikörpern gegen Faktor VIII (Hämophilie B)	
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper	
D68.4	Erworbene Mangel an Gerinnungsfaktoren	
D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien	
D69.0	Angiopathien, nicht näher bezeichnet	
D69.0	Purpura anaphylatoxibildend	
D69.1	Quadrupel-Thrombozytopenie	
D69.2	Sonstige sekundäre Thrombozytopenische Purpura	
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura	
D69.40	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.41	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.51	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I	
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II	
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet	
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	
D69.8	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen	
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet	
D69.9	Wiskott-Aldrich-Syndrom	
D69.9	Thrombotische Thrombozytopenische Thrombolytische Purpura (TTP)	
M31.1	Thrombotische Thrombozytopenische Thrombolytische Purpura (Mischkreatin)	

Arrondierung des DRG-Systems



Matrix Ausbildungsberufe



	Ausbildungstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung		
	Ergotherapeut, Ergotherapeutin	Dialassistent, Dialassistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenschweflerin, Krankenschweflerin, Krankenschwefler	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebamme, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege
Baden-Württemberg													
Bayern													
Berlin													
Brandenburg													
Bremen													
Hamburg													
Hessen													
Mecklenburg-Vorpommern													
Niedersachsen													
Nordrhein-Westfalen													
Rheinland-Pfalz													
Saarland													
Sachsen													
Sachsen-Anhalt													
Schleswig-Holstein													
Thüringen													
Deutschland gesamt													

Kalkulationswerte 2013 nur für zwei Berufsgruppen



	Kalkulationsergebnisse Ausbildungstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung					
	Ernährungs- Ergotherapeutin	Dilatassistent, Dilatassistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträgerin, Krankenträger	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebamme, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträgerin, Krankenträger
Baden-Württemberg					u	u							u		u	
Bayern					u	u							u		u	
Berlin																
Brandenburg																
Bremen																
Hamburg																
Hessen																
Mecklenburg-Vorpommern																
Niedersachsen					u	u							u		u	
Nordrhein-Westfalen					u	u							u		u	
Rheinland-Pfalz																
Saarland																
Sachsen																
Sachsen-Anhalt																
Schleswig-Holstein																
Thüringen																
Deutschland gesamt					u	u							u		u	

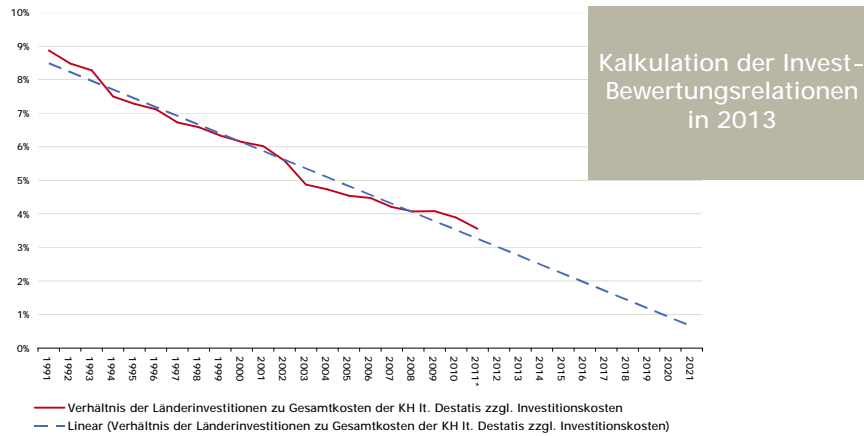
- ↻ Stichprobe nach oben verzerrt
- ↻ Kalkulationsergebnisse nicht vereinbarungsfähig

Keine Einigung



	Ausbildungstättentyp A und B										Mehrkosten Ausbildungsvergütung					
	Ernährungs- Ergotherapeutin	Dilatassistent, Dilatassistentin	Hebamme, Entbindungspfleger	Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträgerin, Krankenträger	MTA-Labor	MTA-Radiologie	Logopäde, Logopädin	Orthoptist, Orthoptistin	MTA für Funktionsdiagnostik	Hebamme, Entbindungspfleger	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Krankenträgerin, Krankenträger
Baden-Württemberg																
Bayern																
Berlin																
Brandenburg																
Bremen																
Hamburg																
Hessen																
Mecklenburg-Vorpommern																
Niedersachsen																
Nordrhein-Westfalen																
Rheinland-Pfalz																
Saarland																
Sachsen																
Sachsen-Anhalt																
Schleswig-Holstein																
Thüringen																
Deutschland gesamt																

Erosion der dualen Finanzierung



Gang der Handlung

- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

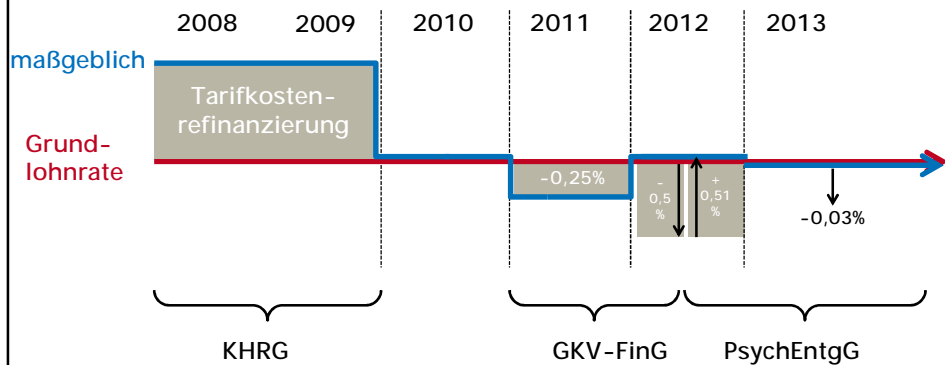
Orientierung: Grundlohn

- è DKG hat lange gegen die Grundlohnrate als maximale Preissteigerungsrate gekämpft und sich für eine Orientierung der Preissteigerung an den tatsächlichen Kostensteigerungen eingesetzt.
- è Nun hat das Statistische Bundesamt am 28.09.2012 den Orientierungswert erstmals veröffentlicht:
 - Überraschung: Der Orientierungswert 2013 liegt mit 2,00 % unterhalb der Grundlohnrate in Höhe von 2,03 %!

Orientierungswert: 2,0 %

- è Chapeau!
- è Amtliches Endergebnis: Es gibt keine Kosten-Erlös-Schere.
- è Richtig wäre: Orientierung an Preissteigerung je Fall.
- è Konjunkturell bedingte GKV-Überschüsse gehören den Versicherten.

„Maßgebliche“ Grundlohnrate als schneidende Obergrenze



Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

19

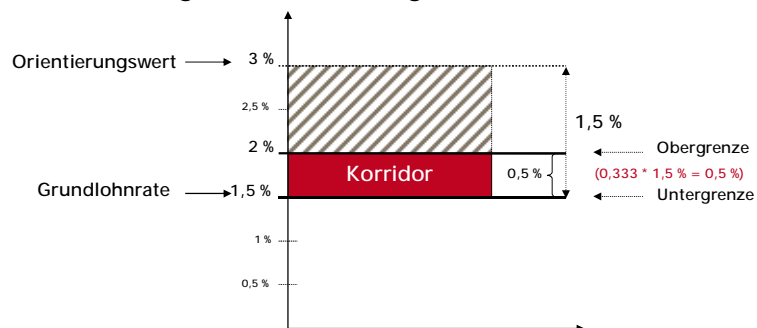
Orientierungswert: Verhandlungskorridor



Somatik - fiktives Beispiel:

☞ Orientierungswert > Grundlohnrate

– Vereinbarung des Veränderungswertes im Korridor

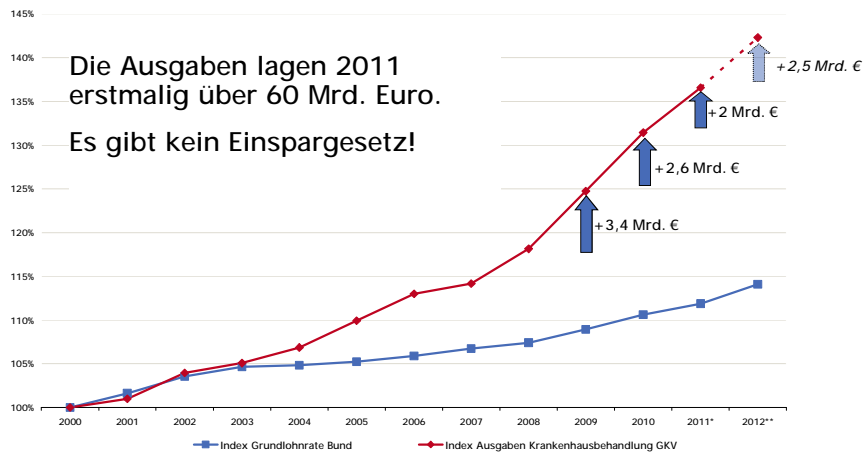


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

20

Kaum gedämpfte Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser

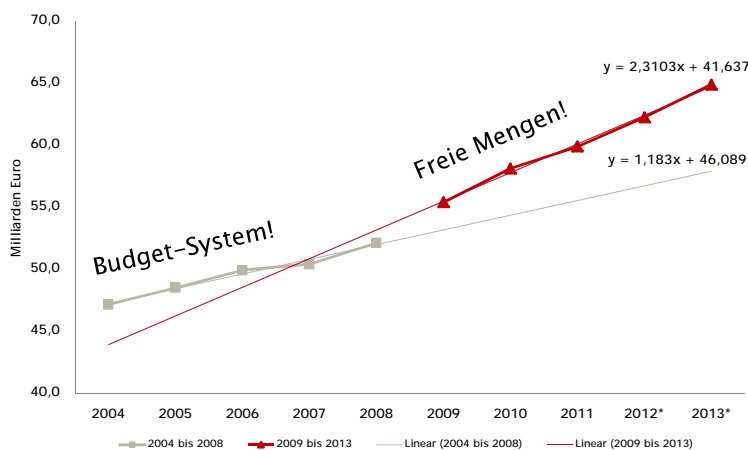


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

21

Das Ende der Budgettierung ist nachweisbar

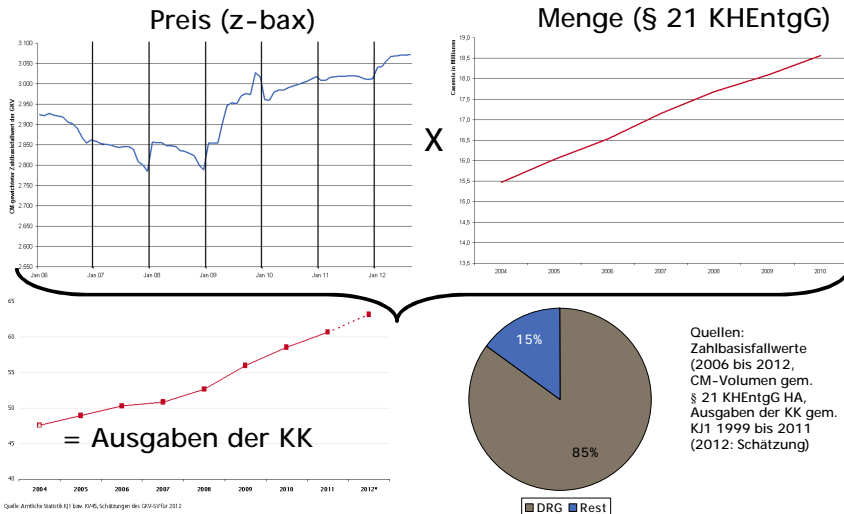


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

22

Preis- und Mengenentwicklung: Erlöse der Krankenhäuser



23

Demographie erklärt Leistungs- steigerung nur zu 40 % (Begleitforschung, RWI-Gutachten)



Kennzahl	Δ (04-08) p. a.		Δ (06-08) p. a.	
	IST	standard.	IST	standard.
CM	-	-	+ 3,3 %	+ 1,0 %
Fallzahl	+ 1,2 %	+ 0,7 %	+ 2,1 %	+ 0,7 %
Belegungstage	- 1,0 %	+ 1,1 %	- 0,3 %	+ 0,5 %

- è Zuwachs des CM 2006 bis 2008 im Durchschnitt: 3,3 %
- è Erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 1,0 %
- è **Gemeinsames Gutachten wird das wohl auch bestätigen.**

Quelle: http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

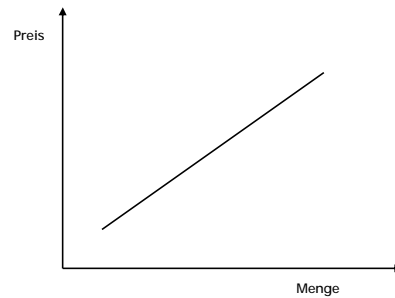
24

Der Preis macht die Menge

è Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, Mehrmengen zu erbringen.

è Empirisch belegbarer Zusammenhang im DRG-Preissystem.

è Nicht überraschend: Grundlagen der Ökonomie gelten auch im Krankenhausbereich!



Was macht die Menge zum Problem?

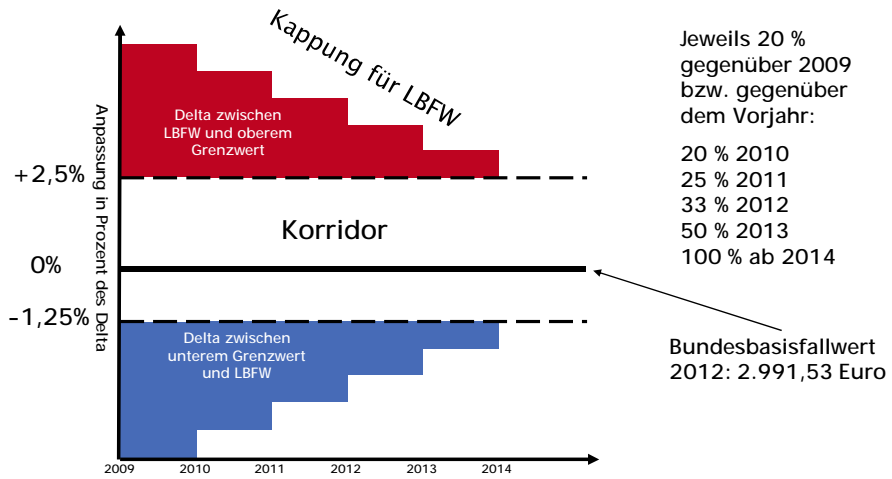
è Gefahren für die Patienten

- Behandlung ohne Nutzen
- angebotsinduzierte Nachfrage (Behandlung mit teilweise Nutzen)

è Ausgabensteigerung

- zukünftig weitere (unspezifische) Spargesetze (Recht des Stärkeren)
- fehlende Mittel für notwendige Behandlungen

Bundesbasisfallwertkonvergenz 2010 bis 2014

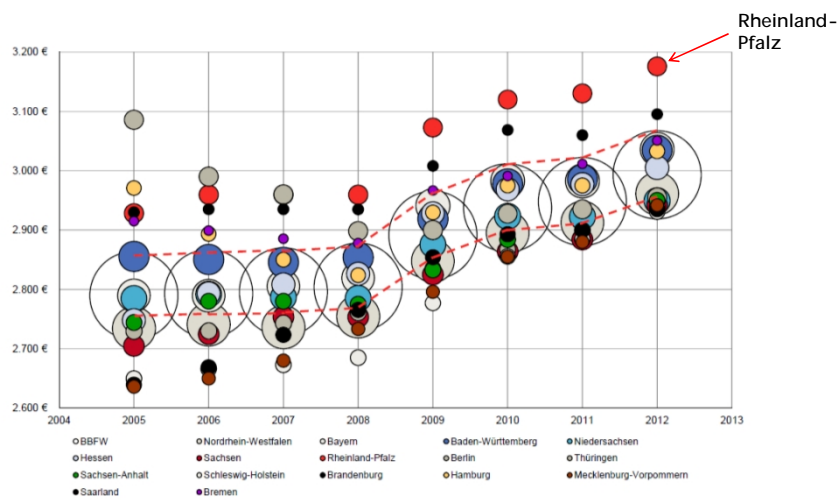


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

27

Entwicklung der Landesbasisfallwerte



Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

28

Bundesbasisfallwert 2013



è § 10 Abs. 9 KHEntgG:

- Die Vereinbarung des Bundesbasisfallwerts erfolgt bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres.
- Die Berechnungsgrundlage für den Bundesbasisfallwert 2013 sind die bis zum 31.07.2012 an das InEK gemeldeten Landesbasisfallwertvereinbarungen 2012. Das Ergebnis wird um den Veränderungswert 2013 (2,00 %) erhöht.

è Die Vereinbarung des Bundesbasisfallwerts 2013 ist aktuell strittig, da Refinanzierung von Tarifsteigerungen (+ 0,51 % in 2012) nicht im Gesetz steht.

è Grundsätzliche Überarbeitung notwendig.

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Überraschung, Überraschung ...



Überraschung 1:

è Tagessätze auf Basis einer Fallgruppierung

Überraschung 2:

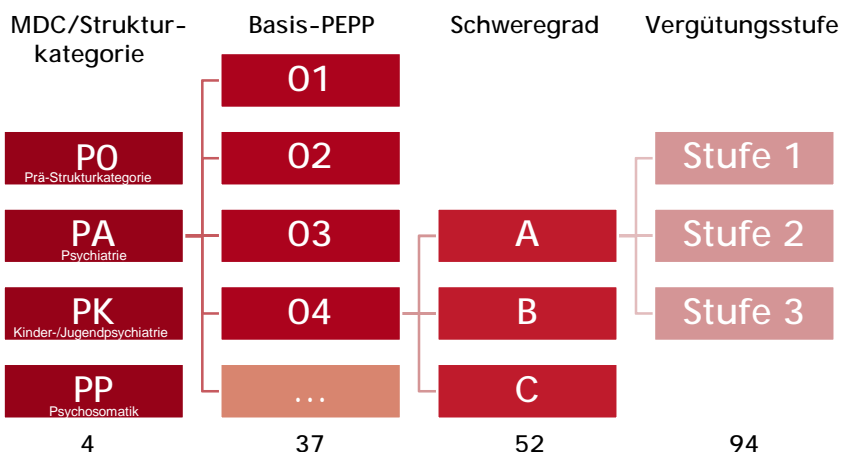
è degressive Tagessätze

Überraschung 3:

è Therapieeinheiten (TE) spielen keine Rolle

Systematik des PEPP-Katalogs

Vollstationäre PEPPs



Bsp. PA04A - Affektive, neurotische Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender ND oder mit komplizierender Konstellation

Überblick PEPP-Katalog



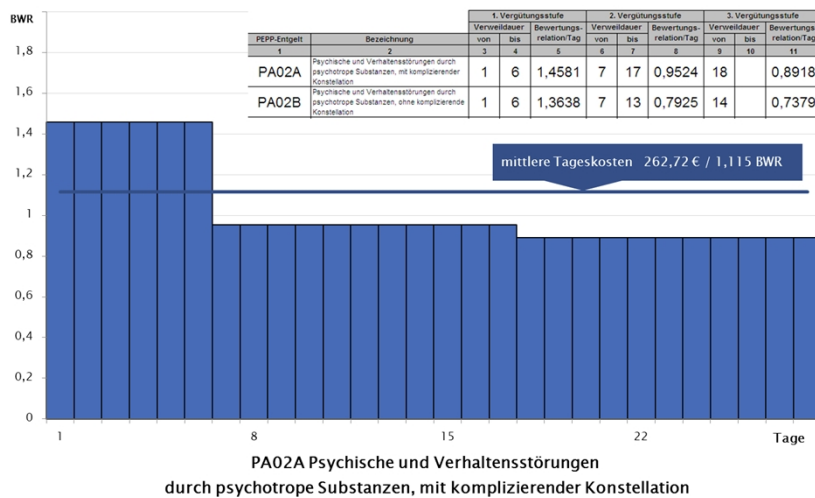
	Prä-SK	Psychiatrie	Psycho-somatik	KJP	Fehler PEPP	Gesamt
Vollstat.						
bewertet	7	14	6	7		34
unbewertet	1	5	6	6	3	21
Teilstat.						
bewertet		4	2	1		7
unbewertet		5	6	2		13
Gesamt	8	28	20	16	3	75

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

33

Degression der Tagessätze

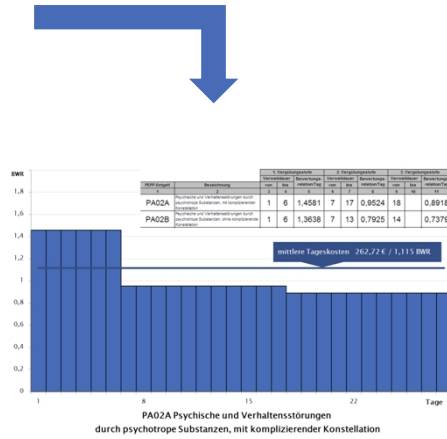
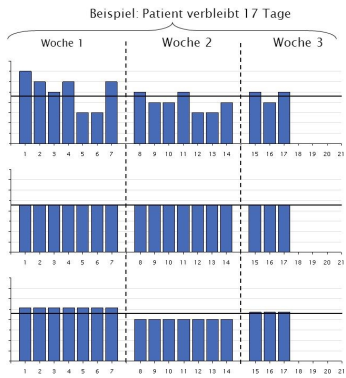


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

34

Entwicklungsprozess Tagespauschalen

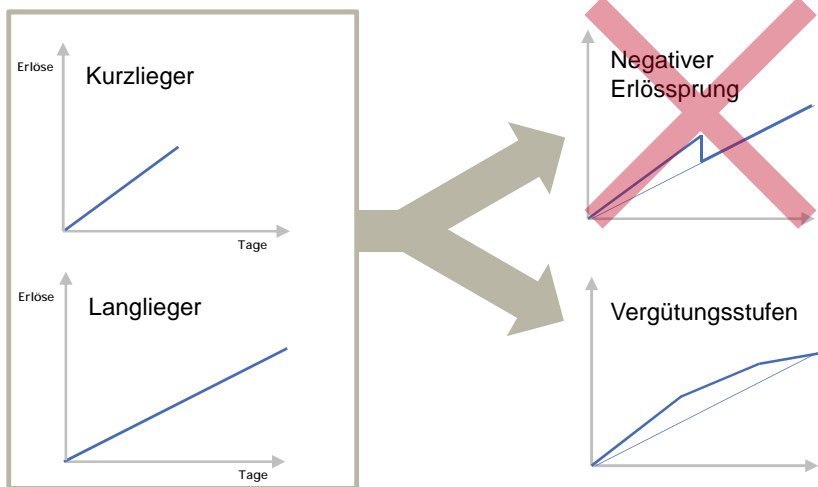


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

35

Degressionslogik 1 Kurz- und Langlieger



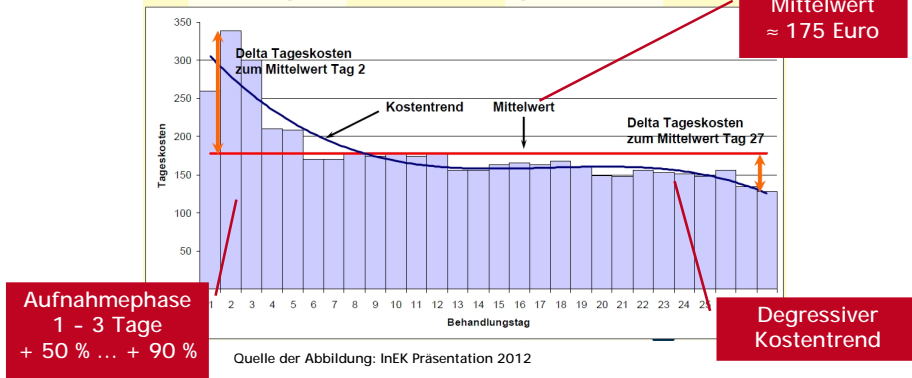
Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

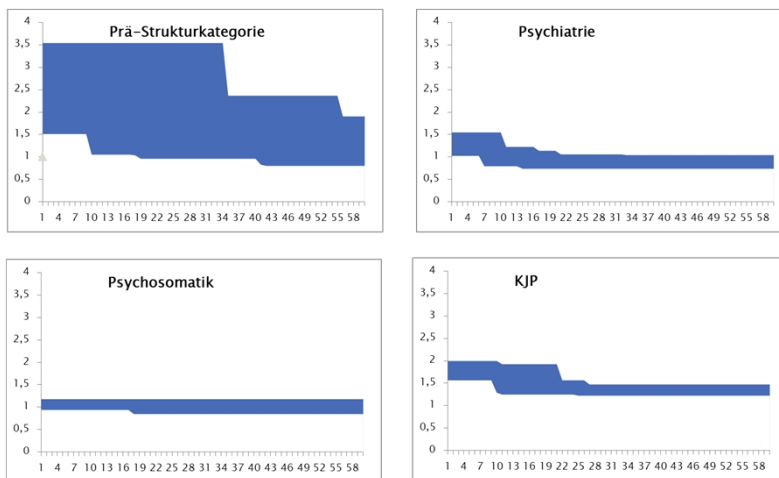
36

Degressionslogik 2 Degressive Tageskosten

Erste systematische Analysen



Bandbreite der Tagessätze



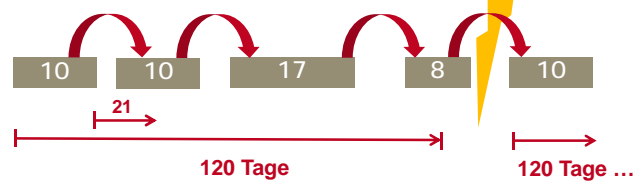
Fallzusammenführung (21/120)



Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme ins Krankenhaus innerhalb von 21 Tagen



neuer Fall nach 120 Tagen



PEPP = Psych-PV 2.0

- è PEPP sind aufwandshomogene Tagessätze – wie die Psych-PV-Eingruppierung.
- è PEPP sind keine Fallpauschalen.
- è Diagnosen sind ein Trenner von vielen.
- è Degressive Tagessätze sind Ausdruck unterschiedlicher Betreuungsintensität.
- è Eines der Erfolgsrezepte der DRG-Geschichte war die Ersatzvornahme in den ersten beiden Jahren.

PIA-Doku-Vereinbarung vom 16.03.2012



- è Basisinfo zu PIA-Leistungen bundesweit
 - Kontakte mit Datum
 - Arzt oder Psychologe ja/nein
 - Hausbesuch ja/nein
- è Zuordnung zur stationären Behandlung über KV-Nummer
- è Verzicht auf zusätzliche Datenlieferung bei Ländern, bei denen die Doku-Inhalte aus den Einzelleistungspositionen vollständig ableitbar sind
- è Umsetzung in 21er Daten und Abrechnungsdaten an Kasse
- è Dokumentation ab 01.01.2013

„Bayern light“



Leistungsart	Minuten					
		101b	201b	311b	411b	511b
Dokumentation		101b	201b	311b	411b	511b
Einzeltherapie	bis 20 Minuten	111b	211b	311b	411b	511b
	bis 60 Minuten	113b	213b	313b	413b	513b
	über 60 Minuten	116b	216b	317b	417b	516b
Gruppentherapie		144b	245b	346b	446b	546b
Fahrzeit	bis 20 Minuten	161b	261b	361b	461b	561b
	über 20 Minuten	166b	266b	366b	466b	566b
Diagnostik				170b		
Fallbesprechung				600b		

„Bayern very light“



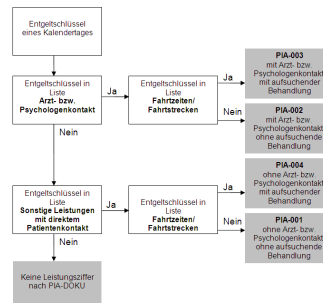
	Ärzte	Psychologen Pflege	Sozialpädagogen Beschäftigungstherapeuten
Patientenkontakt	PIA-002	PIA-001	
mit aufsuchender Behandlung	PIA-003	PIA-004	

Ausnahmen von der Dokumentationspflicht



Ableitung der Dokumentation aus den Entgeltschlüsseln der Einzelleistungen

- è Bayern
- è Mecklenburg-Vorpommern
- è Sachsen
- è Thüringen (ausgewählte IKs)



Modellvorhaben (§ 64 b SGB V)



Zur Funktion der Modellprojekte bei der Psych-Entgeltreform:

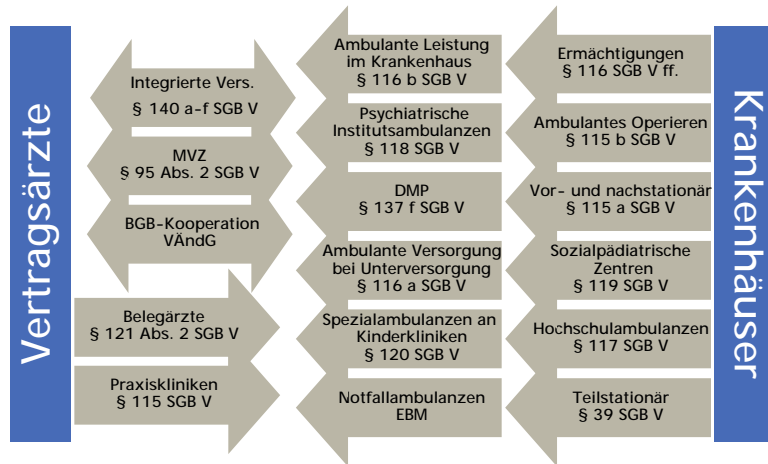
- è Modellprojekte sind keine Alternative zur leistungsorientierten Psych-Entgeltreform; sie sind Teil des lernenden Systems (vgl. Datenlieferung an das InEK).
- è Modellkrankenhäuser sollten früh umsteigen.
- è Modelle müssen im Vergleich zur „Standardtherapie“ beurteilt werden.

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Ambulant-stationärer Grenzbereich

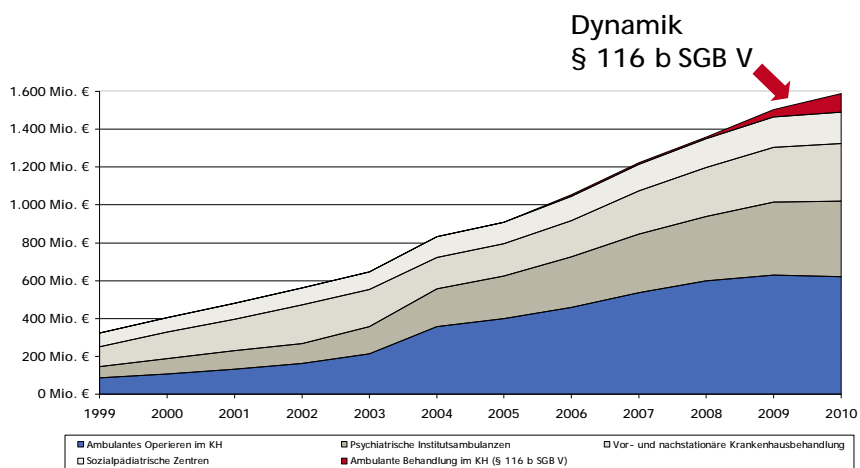


Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

47

GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus



Quelle: KJ1, eigene Darstellung

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

48

Deutsches Ärzteblatt

12



Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A | 20. März 2009



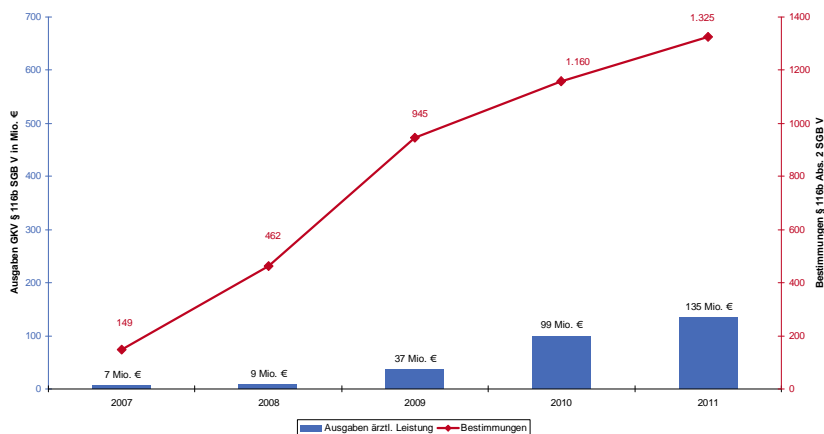
Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b
Ungleicher Kampf

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

49

116 b-Bestimmungen und Ausgabenvolumen



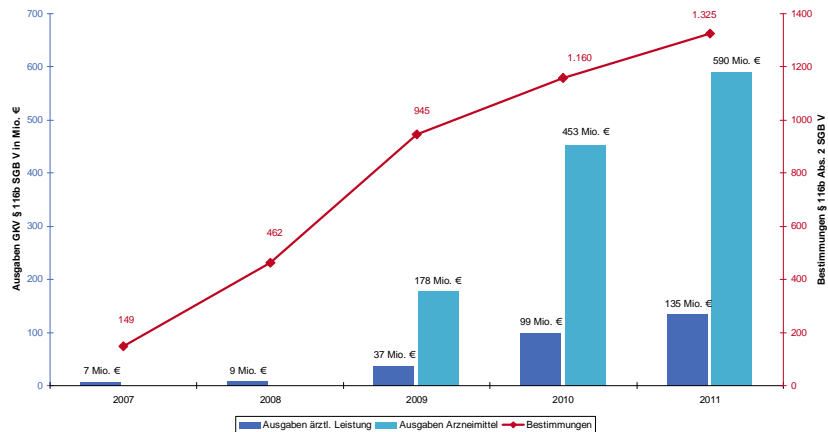
Quelle: Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 lt. KJ 1, 2011 lt. KV 45; Ausgaben Arzneimittel: Hochrechnung des GKV-SV; Bestimmungen: Umfrage des GKV-SV 01/2012

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

50

116 b-Bestimmungen und Ausgabenvolumen (inkl. Arzneimittel)



Quelle: Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 lt. KJ 1, 2011 lt. KV 45; Ausgaben Arzneimittel: Hochrechnung des GKV-SV; Bestimmungen: Umfrage des GKV-SV 01/2012

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

51

116 b-Entwicklungsgeschichte



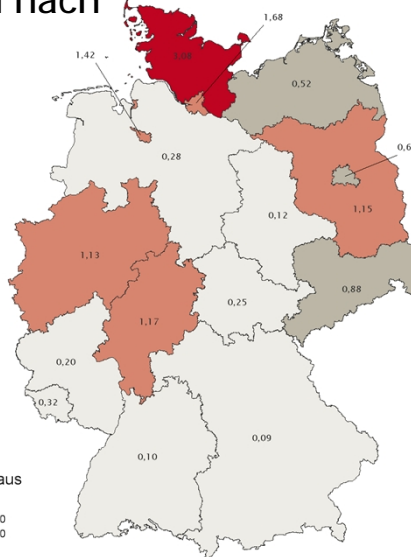
- è GKV-Modernisierungsgesetz (2003):
 - selektive Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ohne Bereinigungen
- è GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007):
 - Zulassungsanspruch, aber Bestimmung durch Länder
- è GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012):
 - einheitlicher Rechtsrahmen
 - Zulassung „Wer kann, der darf.“

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

52

Anzahl an 116 b- Bestimmungen nach Bundesland



Durchschnittliche Anzahl an
116b-Bestimmungen pro Krankenhaus
(allgemeine Krankenhäuser)

■ ≥ 0,00 - < 0,50
 ■ ≥ 0,50 - < 1,00
 ■ ≥ 1,00 - < 2,00
 ■ ≥ 2,00 - < 4,00

Quelle: Umfrage des GKV-Spitzenverbandes (2011), eigene Darstellung

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

53

116 b-Krankheiten



<p>Anlage 1 CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen</p>	<p>Anlage 3 Onkologische Erkrankungen gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Tumoren der Lunge und des Thorax Knochen- und Weichteiltumoren Hauttumoren Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven Kopf- oder Halstumoren Augentumoren gynäkologischen Tumoren urologischen Tumoren Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung Tumore bei Kindern und Jugendlichen HIV/AIDS schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen Teil Erwachsene Teil Kinder und Jugendliche schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4) Tuberkulose: umgruppiert in Anlage 2 Nr. 13 (leer) Multipler Sklerose Anfallsleiden pädiatrischen Kardiologie Frühgeborenen mit Folgeschäden: k. K. (leer) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen: k. K. (leer)</p>
<p>Anlage 2 Mukoviszidose Gerinnungsstörungen (Hämophilie) Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen Teil 1 angeborene Skelettsystemfehlbildungen Teil 2 Fehlbildungen (leer) schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems) (gestrichen) biliärer Zirrhose primär sklerosierender Cholangitis Morbus Wilson Transsexualismus (leer) Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen (leer) Marfan-Syndrom Pulmonaler Hypertonie Tuberkulose neuromuskulären Erkrankungen Kurzdarmsyndrom vor oder nach Lebertransplantation</p>	

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

14.11.2012

54

Konkretisierungen überarbeiten (ca. 100 Seiten)



<p>13. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose</p> <p>Konkretisierung des Leistungs- und Versorgungsangebotes sowie der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (EOD 10 A 15 - bis A 16 -)</p> <p>Konkretisierung des Leistungsangebotes Welche Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (einschließlich Mycobacterium avium-Infektion) werden im Allgemeinen erbracht, sind Teil der vertraglichen Vereinbarung, z. B. einzelne Qualitätsvereinbarungen</p> <p>Minimalkonkretisierungen: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge • Begleitmaßnahmen (z.B. Ernährung, Infektionsprophylaxe, Kontaktmanagement, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.)</p> <p>Zusätzliche Konkretisierungen: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge • Begleitmaßnahmen (z.B. Ernährung, Infektionsprophylaxe, Kontaktmanagement, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.)</p> <p>Bei besonderen Krankheitsverläufen oder Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können nach Bedarf Maßnahmen ergriffen werden.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, die Abrechnung für die fachliche Begleitung der ambulanten, stationären, häuslichen Versorgung sowie der Überleitung der Patienten durch die Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich (z.B. nach § 120 Abs. 2 SGB V) abzurechnen.</p>	43
---	----

<p>13. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose</p> <p>Konkretisierung des Leistungs- und Versorgungsangebotes sowie der Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (EOD 10 A 15 - bis A 16 -)</p> <p>Konkretisierung des Leistungsangebotes Welche Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose (einschließlich Mycobacterium avium-Infektion) werden im Allgemeinen erbracht, sind Teil der vertraglichen Vereinbarung, z. B. einzelne Qualitätsvereinbarungen</p> <p>Minimalkonkretisierungen: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge • Begleitmaßnahmen (z.B. Ernährung, Infektionsprophylaxe, Kontaktmanagement, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.)</p> <p>Zusätzliche Konkretisierungen: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge • Begleitmaßnahmen (z.B. Ernährung, Infektionsprophylaxe, Kontaktmanagement, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.)</p> <p>Bei besonderen Krankheitsverläufen oder Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können nach Bedarf Maßnahmen ergriffen werden.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, die Abrechnung für die fachliche Begleitung der ambulanten, stationären, häuslichen Versorgung sowie der Überleitung der Patienten durch die Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich (z.B. nach § 120 Abs. 2 SGB V) abzurechnen.</p>	44
---	----

Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus Stand: 15. Dezember 2011

Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus Stand: 15. Dezember 2011

<p>13. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose</p> <p>Eine schriftliche Trennung von Patientinnen und Patienten mit offener Tuberkulose bzw. mit gewissem Maß an ansteckendem Tuberkuloseerkrankungen ist erforderlich.</p> <p>Qualifikationsanforderungen an die Behandelnden: Die Behandelnden müssen über ausreichende Kenntnisse über die epidemiologische Bedeutung und Übertragung von Tuberkulose und Patienten mit Tuberkulose verfügen und über geeignete ärztliche Fachkompetenzen sowie methodische Fähigkeiten verfügen.</p> <p>Verfahren zur Diagnostik und Versorgung: Diagnostikmaßnahmen müssen durch eine geeignete klinische und qualitative Beurteilung der Untersuchungsergebnisse und Patienteneigenschaften ergänzt werden.</p> <p>Zusätzliche Konkretisierungen: • Diagnostik • Therapie • Nachsorge • Begleitmaßnahmen (z.B. Ernährung, Infektionsprophylaxe, Kontaktmanagement, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.) • Begleitmaßnahmen (z.B. Begleitmaßnahmen, etc.)</p> <p>Bei besonderen Krankheitsverläufen oder Komplikationen sowie bei besonderen Fragestellungen können nach Bedarf Maßnahmen ergriffen werden.</p> <p>Es besteht die Möglichkeit, die Abrechnung für die fachliche Begleitung der ambulanten, stationären, häuslichen Versorgung sowie der Überleitung der Patienten durch die Gesundheitsleistungen im ambulanten Bereich (z.B. nach § 120 Abs. 2 SGB V) abzurechnen.</p>	45
--	----

Quelle: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-576/ABK-RL_2011-12-15.pdf

116 b im G-BA: Zwei Dutzend Konflikte



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

Konfliktfeld 1: „Schwere Verlaufsformen“



- è Einschränkung ist gesetzlich vorgegeben.
- è Fachlich schwierig: Was sind denn die leichten Krebsfälle?
- è Eingrenzungsmöglichkeiten:
 - Streichung von ICDs
 - ICD-Kombinationen
 - ICD-Kodes und andere Kriterien (Klassifikationen wie TNM)
 - Verlaufsphasen
- è Kriterien: Teamerfordernis, spezielle Qualifikation?

Konfliktfeld 9: „Facharztstatus“



- è Bislang Facharztstandard; Begründung zu 116 b (neu) spricht aber stark für Facharztstatus

„Die durchgängige Umstellung des Begriffs „ambulante spezialärztliche Versorgung“ auf „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ verdeutlicht, dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikationen voraussetzt und deshalb Fachärzten vorbehalten ist.“

- è Präferenzen: KBV: Facharztstatus
DKG: Facharztstandard

- è Einigung?

„Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen erfolgen durch einen Facharzt (Facharztstatus). Ansonsten gilt der Facharztstandard.“

Konfliktfeld 10: „Intensivstation“



- è 12 von 21 Konkretisierungen verlangen eine Intensivstation als Strukturanforderung.
- è Die Anzahl von niedergelassenen Ärzten mit Intensivstation im Hinterzimmer ist gering.
- è Intensivstation wird in Kooperation ermöglicht; kritisch aber ist die (medizinisch vertretbare) Entfernung.

Konfliktfeld 13: „Zwiebelschalen“



- è Ebene 1 (Experte):
„Die Betreuung der Patienten mit ... erfolgt unter Koordination eines Facharztes für ...“
- è Ebene 2 (Team):
„Folgende Fachärzte bzw. Disziplinen gehören zum Behandlungsteam und müssen der 116b-Einrichtung angehören oder dort zu festgelegten Zeiten anwesend sein: ...“
- è Ebene 3 (Hinzugezogene):
„Folgende Fachärzte bzw. Disziplinen sind bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen: ...“

„Zwiebelschalen“ Neubestimmung notwendig

Krankheit	Experte	Team	Hinzugezogen
Pulmonale Hypertonie	Pneumologen oder Kardiologen; sofern auch Kinder behandelt werden, zusätzlich Kinder- und Jugendmedizin		<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologie • Pneumologie • Labormedizin • Radiologie • Physiotherapie • Psychologie oder Psychosomatik • Thoraxchirurgie • Gastroenterologie • Tx-Medizin • Rheumatologe
Tuberkulose	Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Ophthalmologie • HNO • Gastroenterologie • Urologie • Orthopädie • Neurologie ggf. Pädiatrie 	

Konfliktfeld 22: „Behandlungsumfang“

- è Bislang relativ unspezifische verbale Festlegung des Behandlungsumfangs („Diagnose und Therapie“).
- è Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung erfordert evtl. „GOP-genaue“ Abgrenzung, also Auflistung aller jeweils abrechenbarer EBM-Positionen.
- è vgl. Vergütungsfragen

Variante 1: Patientenbezug und GOP- genaue Abgrenzung



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

Variante 2: Keine „Doppelabrechnung“ im Quartal („entweder ... oder ...“)



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

Variante 3: 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.

EI Dorado-Phantasien der KBV



è Alles ungedeckt.

è Alles ungekürzt.

è Alles ungeprüft.

.... aber alles über die Konten der KVen.

Die 116 b-Diskussion über ambulante Krankenhausbehandlung hat sich zu einer Ausdeckelungsdiskussion im KV-Bereich gewandelt.

Verhandlungsstand im G-BA



- è Die gesetzliche Vorgabe, bis Ende 2012 Richtlinie inklusiv Konkretisierung überarbeitet zu haben, wird nicht zu halten sein.
- è Ziel ist derzeit im Dezember 2012 ein Beschluss über
 - die Richtlinie („Paragrafenteil“),
 - die Umsetzungsgrundsätze für die Konkretisierungen.
- è Wegen der Interdependenzen zu Finanzfragen macht nur eine synchrone Verabschiedung aller Konkretisierungen Sinn.
- è Prognostische Andeutung: Die Überarbeitung der Konkretisierungen ist ein Großprojekt.

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Skandal und Skandalisierung



DSO	„Vetternwirtschaft“, „Führung nach Gutsherrenart“
Göttingen	„Manipulation der Warteliste durch gefälschte Untersuchungsdaten“
Regensburg	„Organ aus dem ET-Verbund wird in Amman transplantiert.“
Beschleunigte Vermittlung	„Organe „künstlich“ schlecht gemacht, um die patientenbezogene Allokation zu umgehen.“
PKV vs. GKV	„Privatpatienten werden bevorzugt.“
München	„Durch die eingeleitete Prüfungen der PÜK wurden Manipulation aufgedeckt.“
DSO	„Politische Intervention verzögert Besetzung der DSO-Vorstände.“

„Der Bundesminister handelt“



Bundesgesundheitsminister Bahr hat am 27.08.2012 ein Spitzengespräch moderiert. Es wurde vereinbart:

- è Intensivierung der Kontrollen in den Tx-Zentren durch flächendeckende Prüfungen
- è Überprüfung der ärztlichen Vertragsgestaltung (keine Tx-Boni)
- è Sanktionen bei Regelverstößen
- è Verbesserung der Transparenz der Organallokation
- è transparente Gestaltung der Arbeit der Prüfungs- und Überwachungskommission (PÜK)
- è Verbesserung der Qualitätssicherung

konkrete Umsetzung von 50 Einzelmaßnahmen

Umsetzung der Maßnahmen



- è Veröffentlichung der Jahresberichte der PÜK
- è Veröffentlichung der Einzelaufstellung abgeschlossener Fälle der PÜK
- è Sonderprüfungen aller 140 Transplantationsprogramme (angelaufen)
- è Erweiterung des DSO-Stiftungsrates um Bund und Länder
- è Einrichtung einer Ombudsstelle bei der PÜK
- è Einrichtung/Erweiterung der Geschäftsstellen für den DSO-Stiftungsrat und der PÜK



è Konsequenzen für die Informationskampagne Organspende der Krankenkassen? Konsequenzen für Tx-Zentren?

Transplantationsbeauftragte (TxB)



- è Tx-Beauftragter ist eine gute Idee, aber keine neue Aufgabe (derzeit bereits 1.000 TxB).
- è Organentnahme ist ein sehr seltenes Ereignis. Es wird ein sehr seltenes Ereignis bleiben.
- è TxB ist eine Teilzeitbeschäftigung. Im Durchschnitt hat ein TxB „einen Tag im Jahr etwas zu tun“. Die Finanzierung der TxB ist für die Krankenhausfinanzierung eine irrelevante Größenordnung.
- è Die TxB-Finanzierung ist so zu verhandeln, dass etwas getan wird, aber auch so, dass Organentnahme nicht zum Geschäftsfeld wird.

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Fünf offene Probleme



1. Mehr Wettbewerb durch Einzelverträge für planbare Leistungen („Elektiv wird selektiv“)
2. Innovation in Studienzentren konzentrieren
3. Grenze zur ambulanten Behandlung besser abbilden
4. Frieden stiften bei der Abrechnungsprüfung
5. Qualitätsorientierte Vergütung implementieren

Einzelverträge für planbare Leistungen



- è Stärkere Wettbewerbsorientierung im Krankenhausbereich notwendig
- è Konzentration der Versorgung der Versicherten in Ballungsgebieten auf ausgewählte Vertragspartner
- è Qualitätsindikatoren als Teil der Verträge
- è Ausschluss schlechter Qualität



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

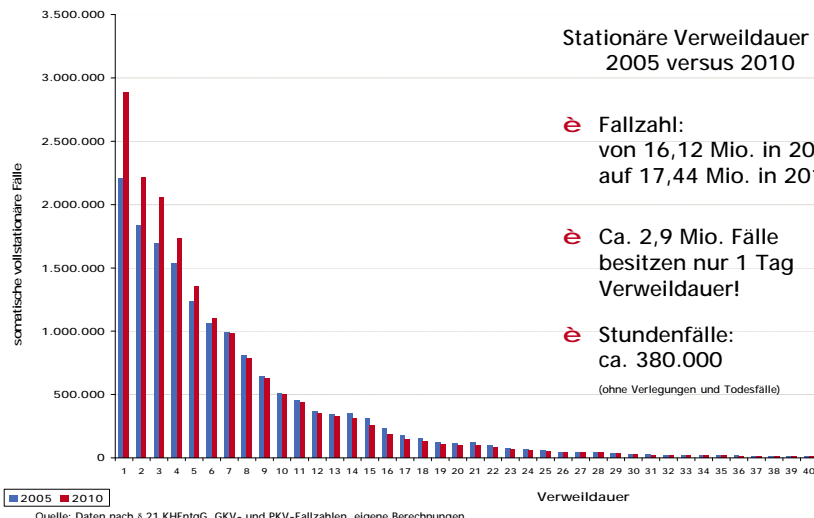
Innovationen in Zentren konzentrieren



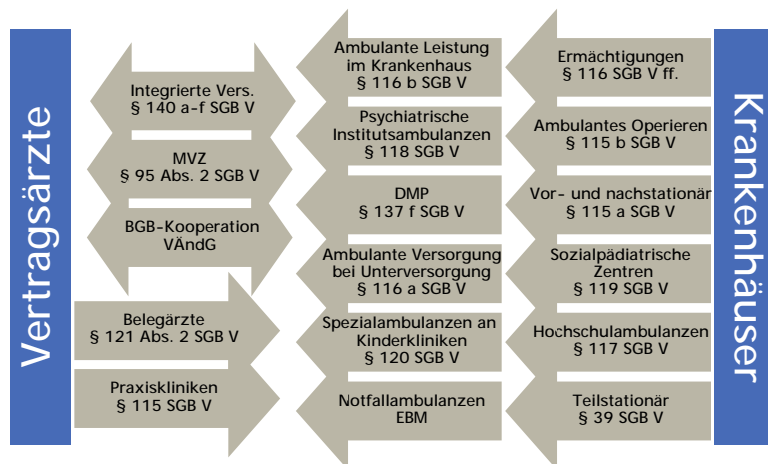
- è Innovationen gehören zur sicheren und schnellen Evaluation in die Hände von Experten.
- è Versorgung nur in Innovationszentren, bis ausreichend Kenntnisse über Nutzen und Schaden sowie die notwendige Qualitätssicherung vorliegen.



Heute ein Tag – morgen ambulant



Projekt: 115 x?



Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern



- è Führt eine Einzelfallprüfung nicht zur Korrektur der Rechnung, zahlt die Kasse pro Fall an das Krankenhaus 300 Euro!
- è Bei konstanter Prüfquote (ca. 10 %) kontinuierlich steigende Erfolgsquote der Prüfungen von 34,8 % (2006) auf 45,6 % (2010),
- è d.h. fast jede 2. geprüfte Rechnung weist Fehler auf.

è Forderung der GKV: Symmetrische Aufwandspauschale!

Codex Hammurapi (1750 v. Chr.) Erste ärztliche Gebührenordnung



- è „Wenn der Arzt bei einem Herren einen Abszess mit dem Bronzemesser öffnet oder eine Trübung im Auge mit dem Bronzeinstrument entfernt und das Auge des Patienten erhält, so stehen ihm 10 Schekel Silber zu.“
- è „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2013
- 2 Preis und Menge
- 3 PEPP 2013
- 4 ASV im G-BA
- 5 Transplantation
- 6 Agenda 2013 ff.
- 7 Fazit

Fazit



- è „Menge“ könnte das Thema des Jahres 2013 werden.
- è Ein pünktlicher Start des Psych-Entgeltsystems per Ersatzvornahme ist wichtig, damit das System anfängt zu lernen.
- è Die Neuordnung der ambulanten spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wird ein längerer Prozess.
- è Ähnlich lang wird die Zeit, bis das Vertrauen im Bereich Transplantation und Organspende wieder hergestellt ist.
- è Danke. Machen Sie weiter gute Arbeit!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de