



Spitzenverband

G-DRG-Systementwicklung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 12.11.2014

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband



Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

Übersicht der bewerteten PEPP-Entgelte 2015

	KJP		Psychiatrie					Psycho-somatik		
Prä-Strukturgruppe	<u>P002Z</u>		P003A							
	P002B		P003B							
	P002A		P003C							
			<u>P004Z</u>							
Voll-stationär	PK01Z	PK10Z	PA01A	PA02A	PA03A	PA04A	PA14A	PA15A	PP04A	PP10A
	PK02Z	PK14A	PA01B	PA02B	PA03B	PA04B	PA14B	PA15B	PP04B	PP10B
	PK03Z	PK14B		PA02C		PA04C		PA15C	PP04C	PP14Z
	PK04A	<u>PK14C</u>		PA02D						
	PK04B									
Teil-stationär	TK04Z	TK14Z	TA02Z	TA15Z	TA19Z	TA20Z			TP20Z	

Quelle : GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung der bewerteten Entgelte auf Basis der PEPPV 2015 mit Änderungen zur PEPPV 2014

Antworten auf die Kritik

1. Es geht immer runter und nie hoch.
 - ▶ Ergänzende tagesbezogene Entgelte (Intensivbehandlung, 1:1-Betreuung)

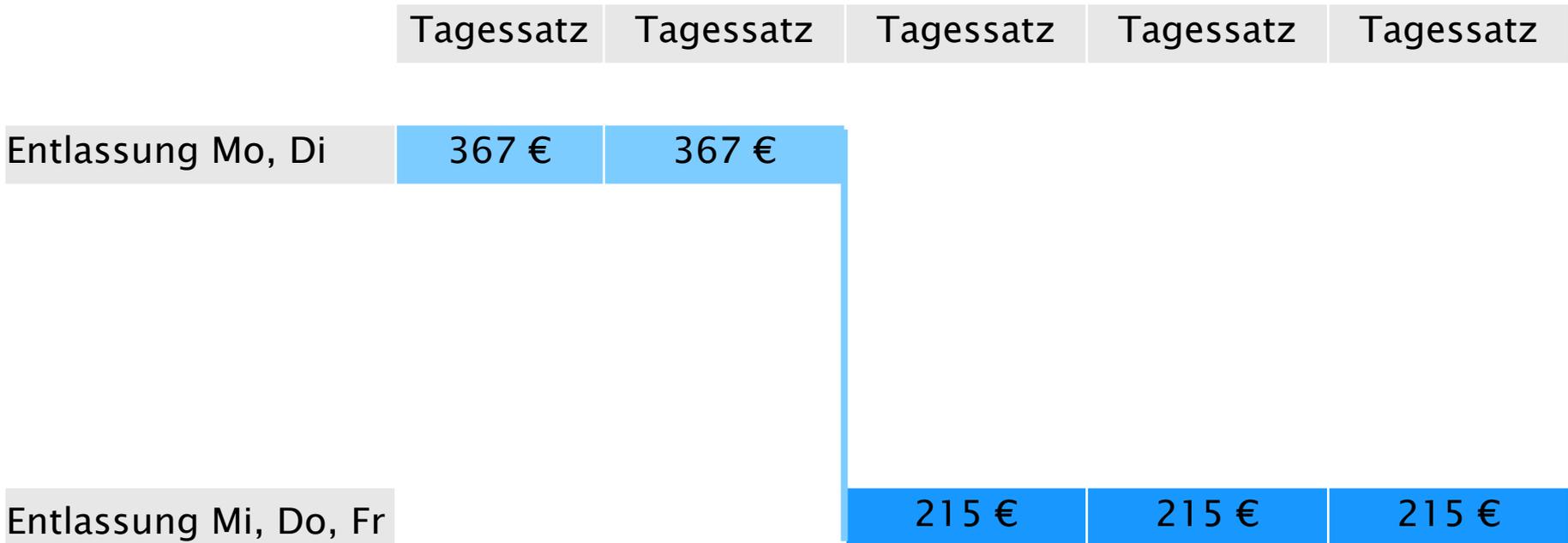
2. Es geht viel zu steil runter.
 - ▶ Entlassungstag abrechenbar
 - ▶ Verminderung der Stufenhöhen

3. Durch PEPP 2014 hat sich nicht viel geändert.
 - ▶ Grundlegend neue Berechnungslogik für Psych-Tagessätze



Spitzenverband

Stufenlösung PEPP v2013, v2014





Stufenlösung PEPP v2015

	Tagessatz	Tagessatz	Tagessatz	Tagessatz	Tagessatz
Entlassung Mo	400 €				
Entlassung Di	350 €	350 €			
Entlassung Mi	317 €	317 €	317 €		
Entlassung Do	293 €	293 €	293 €	293 €	
Entlassung Fr	274 €	274 €	274 €	274 €	274 €

Aus Vergütungsstufen werden Vergütungsklassen

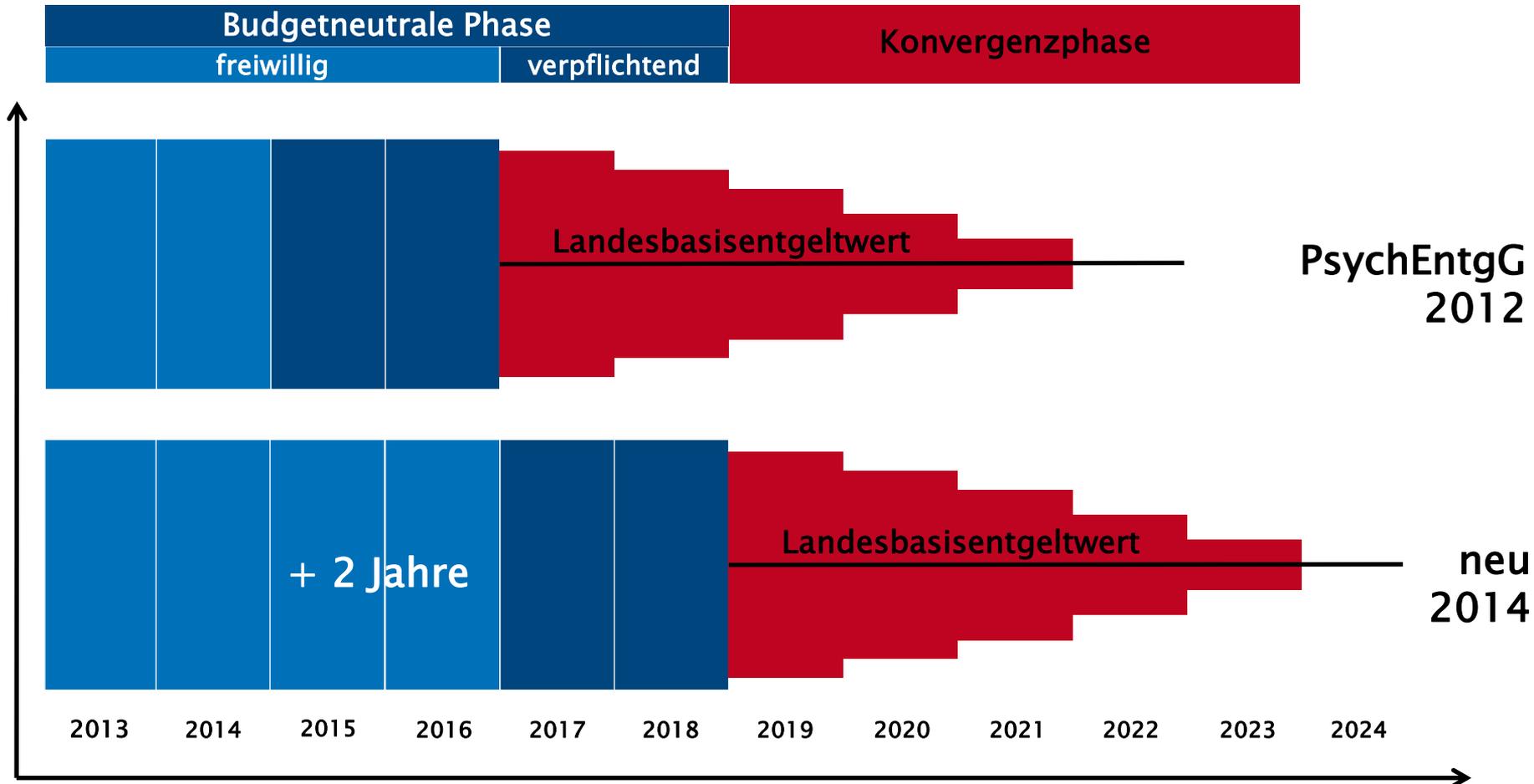
Entgeltermittlung

- ▶ Maßgebliche Bewertungsrelation je Tag wird über die Berechnungstage bestimmt.
- ▶ Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des stationären Aufenthaltes einschließlich des Entlassungstages.
- ▶ im Katalog 2015 bis 23 Stufen

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit Heroinkonsum oder intravenösem Gebrauch sonstiger Substanzen oder mit schwerer Begleiterkrankung bei Opiatabhängigkeit	1	1,3625
		2	1,2934
		3	1,2485
		4	1,2338
		5	1,2232
		6	1,2126
		7	1,2019
		8	1,1913
		9	1,1807
		10	1,1701
		11	1,1594
		12	1,1488
		13	1,1382
		14	1,1276
	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	1	1,3400
		2	1,2741
		3	1,2341
		4	1,2065

Beispiel:
 Aufnahme am 01.03.
 Entlassung am 05.03.
 -> 5 Berechnungstage
 -> mit 1,2232 BWR

Einführungsphasen – NEU –

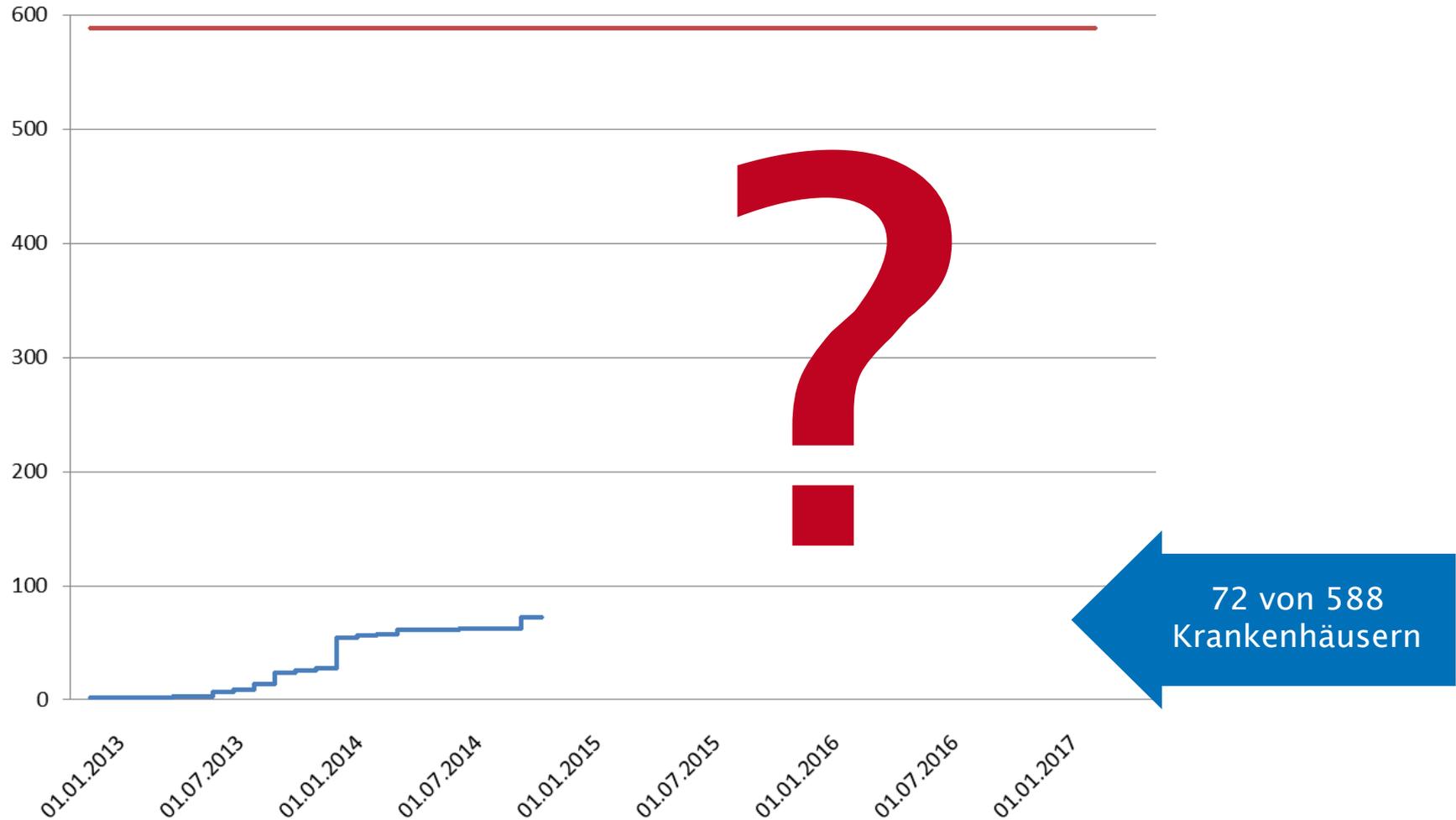


Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme

- ▶ Medizinisch gehaltvollere Ausgestaltung notwendig
- ▶ Schwerpunkte sind Angaben zur Arzneimittelgabe, Art der Therapie und Krankheitsschwere.
- ▶ Grundlage für die Beurteilung der Versorgungsqualität



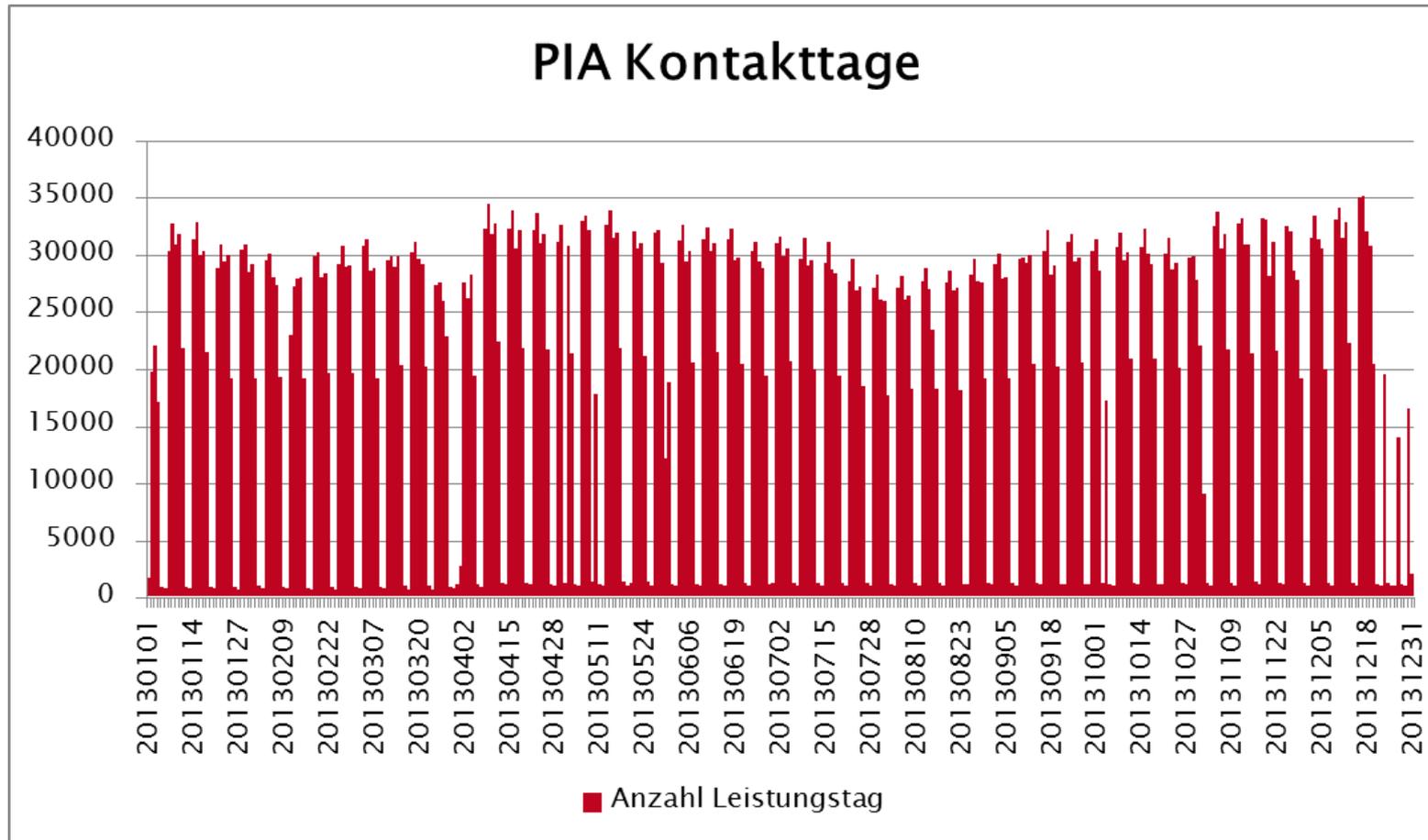
Optionshäuser Stand 10/2014



Quelle: Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Oktober 2014



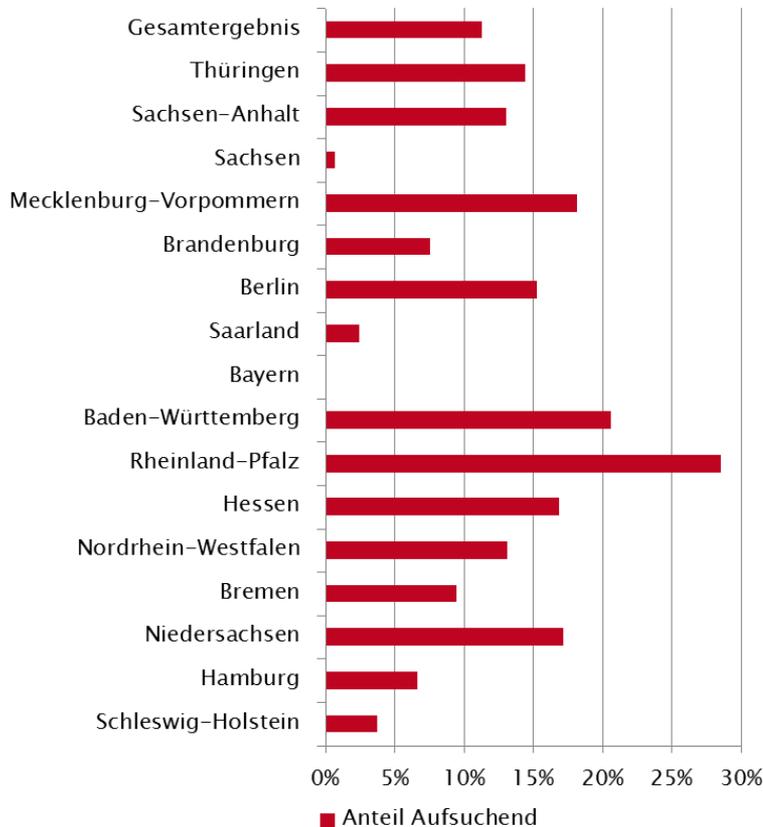
Wann wird in der PIA behandelt?



Quelle: Datenübermittlung nach § 21, PIA, Datenjahr 2013

Weiterer Forschungsbedarf

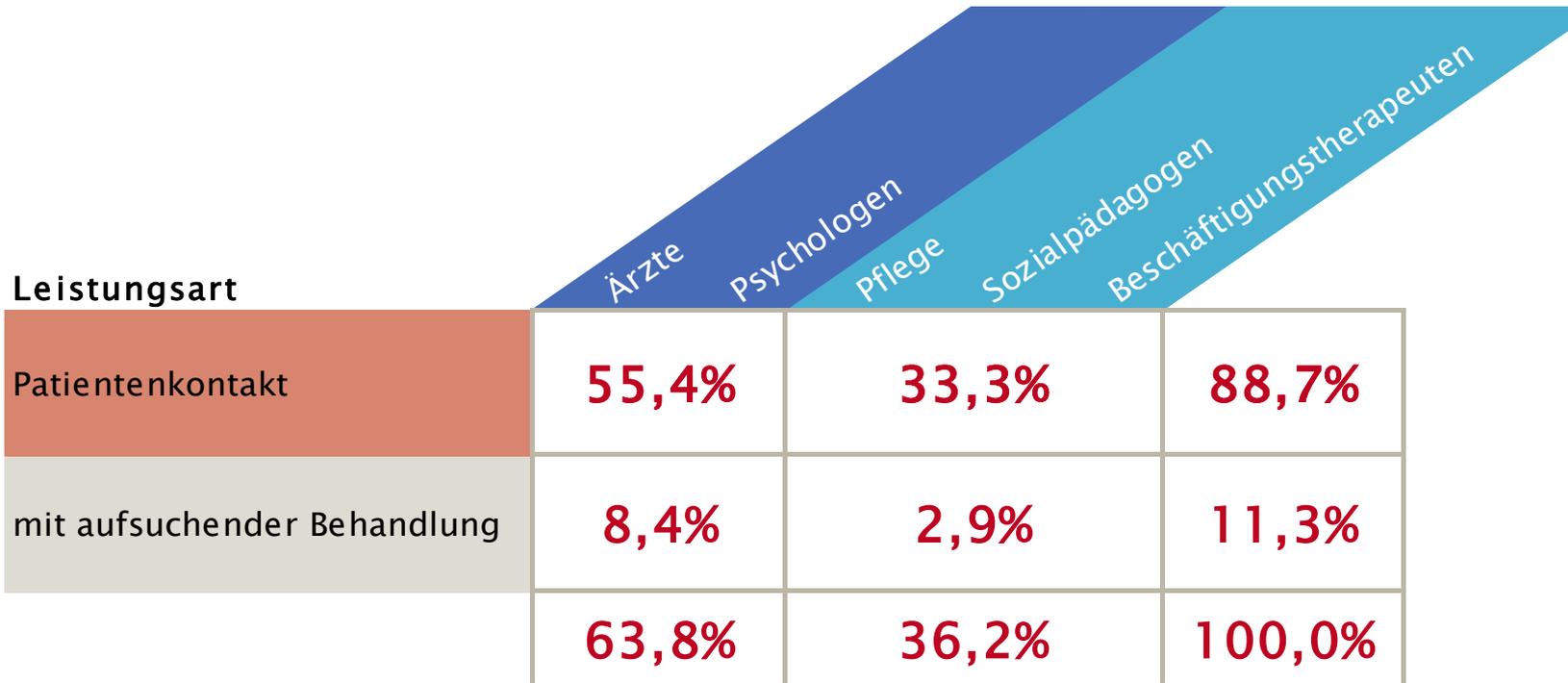
► Anteil der Aufsuchenden Behandlung



Bayern: Fehler beim Mapping?

Quelle: Datenübermittlung nach § 21, PIA, Datenjahr 2013

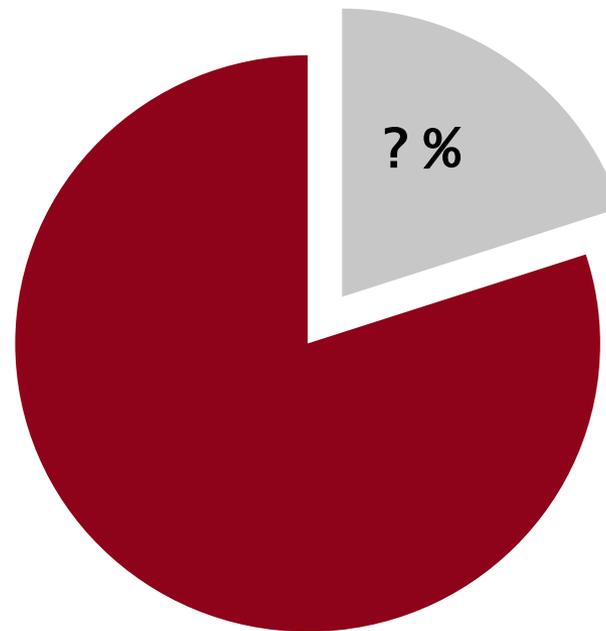
PIA-Doku 2013



Quelle: Datenübermittlung nach § 21, PIA, Datenjahr 2013

Stationärer Bezug der PIA-Behandlung

PIA-Fälle mit stationärem Aufenthalt
im Vorquartal, Quartal oder Folgequartal



- mit stationärer Aufnahme
- ohne stationäre Aufnahme



Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes



abrufbar unter:

<http://www.gkv-spitzenverband.de/>

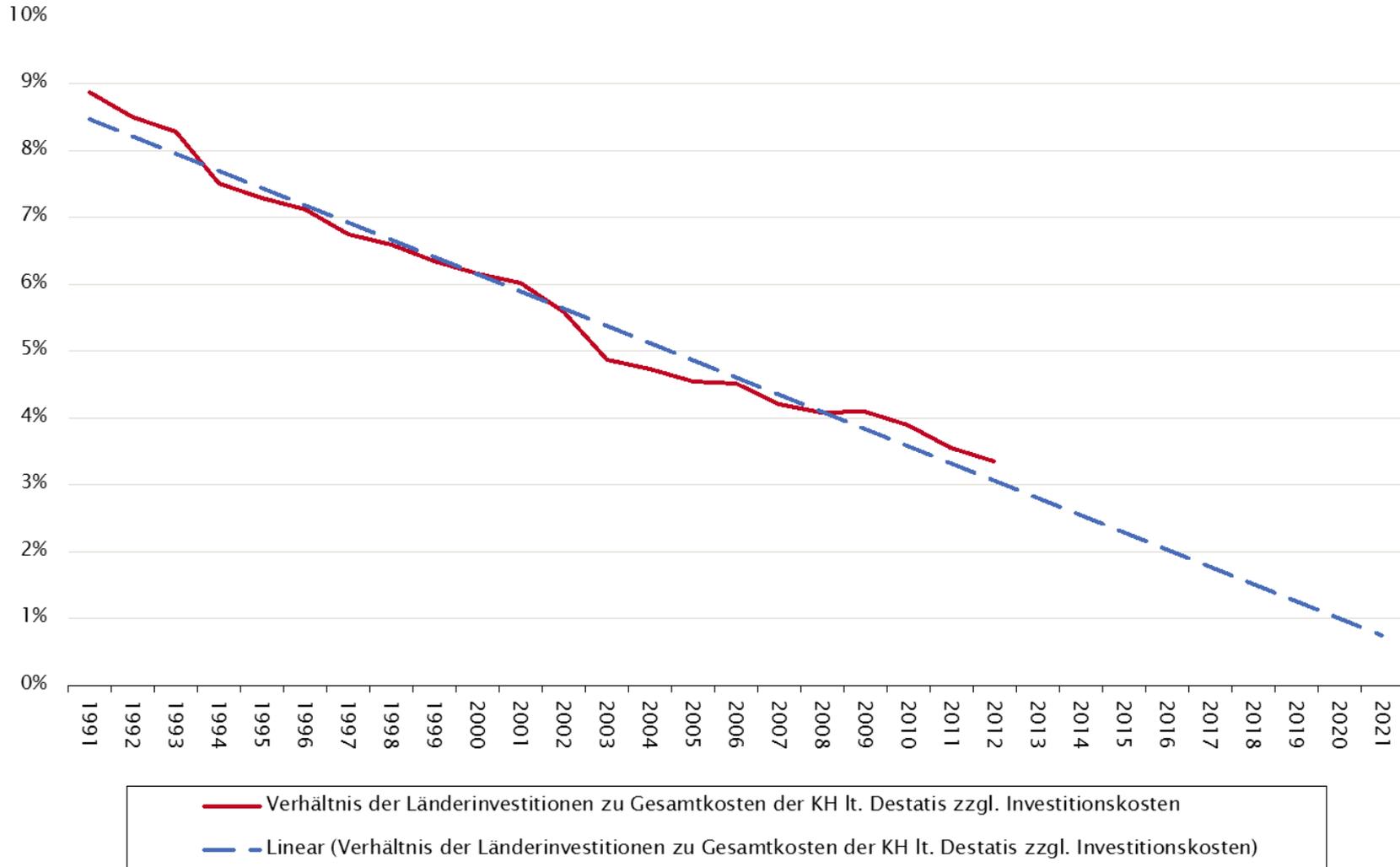
Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

1. Qualität konsequent sichern
2. Qualität als Leistungs-
voraussetzung durchsetzen
3. Mindestmengen
rechtssicher gestalten
4. Personalanforderungen
definieren
5. Indikatoren
weiterentwickeln
6. Transparenz verbessern
7. Alle Vertragsformen
einbeziehen
8. Qualitätsverträge
ermöglichen
9. Qualitätsorientierte
Vergütung jetzt starten
10. Sektorengrenzen
überwinden

Gang der Handlung

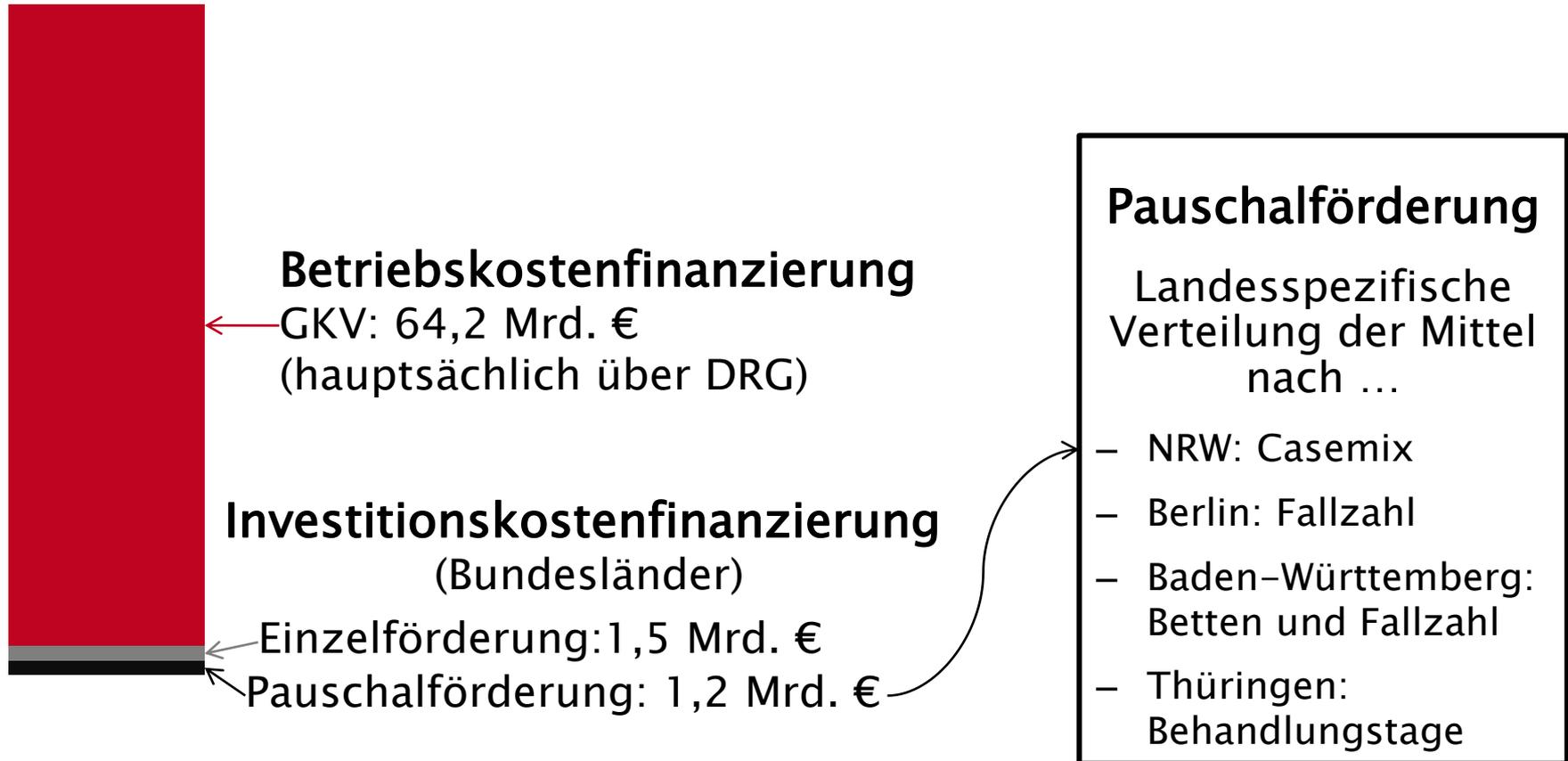
- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Quelle: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG; statistisches Bundesamt

Krankenhausfinanzierung 2013



Strukturbereinigung einleiten

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Gutachten zu Marktaustritten

▶ Preusker et al. (2014):

Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland
2003 bis 2013

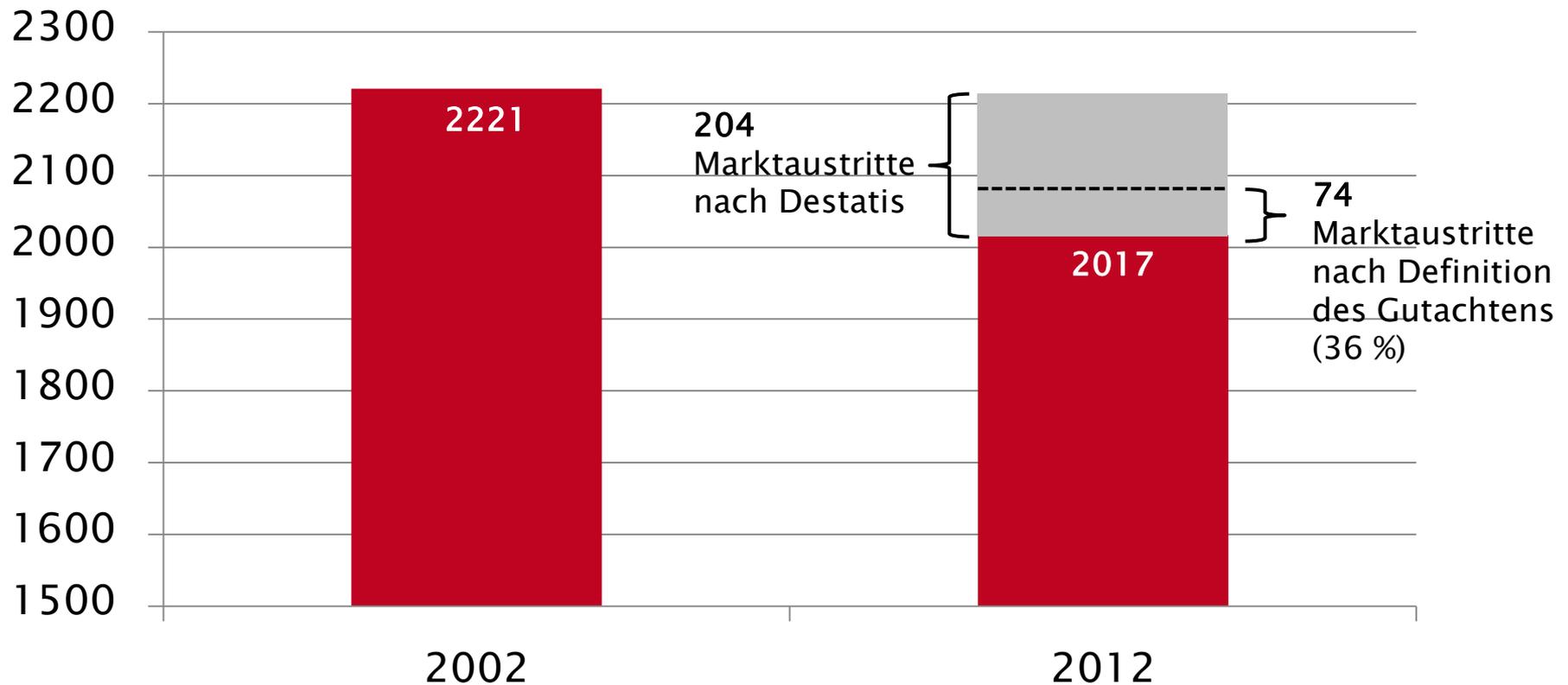
Studie im Auftrag des GKV–Spitzenverbandes

▶ Struktur:

- ca. 100 Seiten Gutachten (Deskription und Analyse)
- ca. 200 Seiten Anhang (Überblick: Marktaustritte) → Geschichte des Marktaustritts von Krankenhäusern in Deutschland

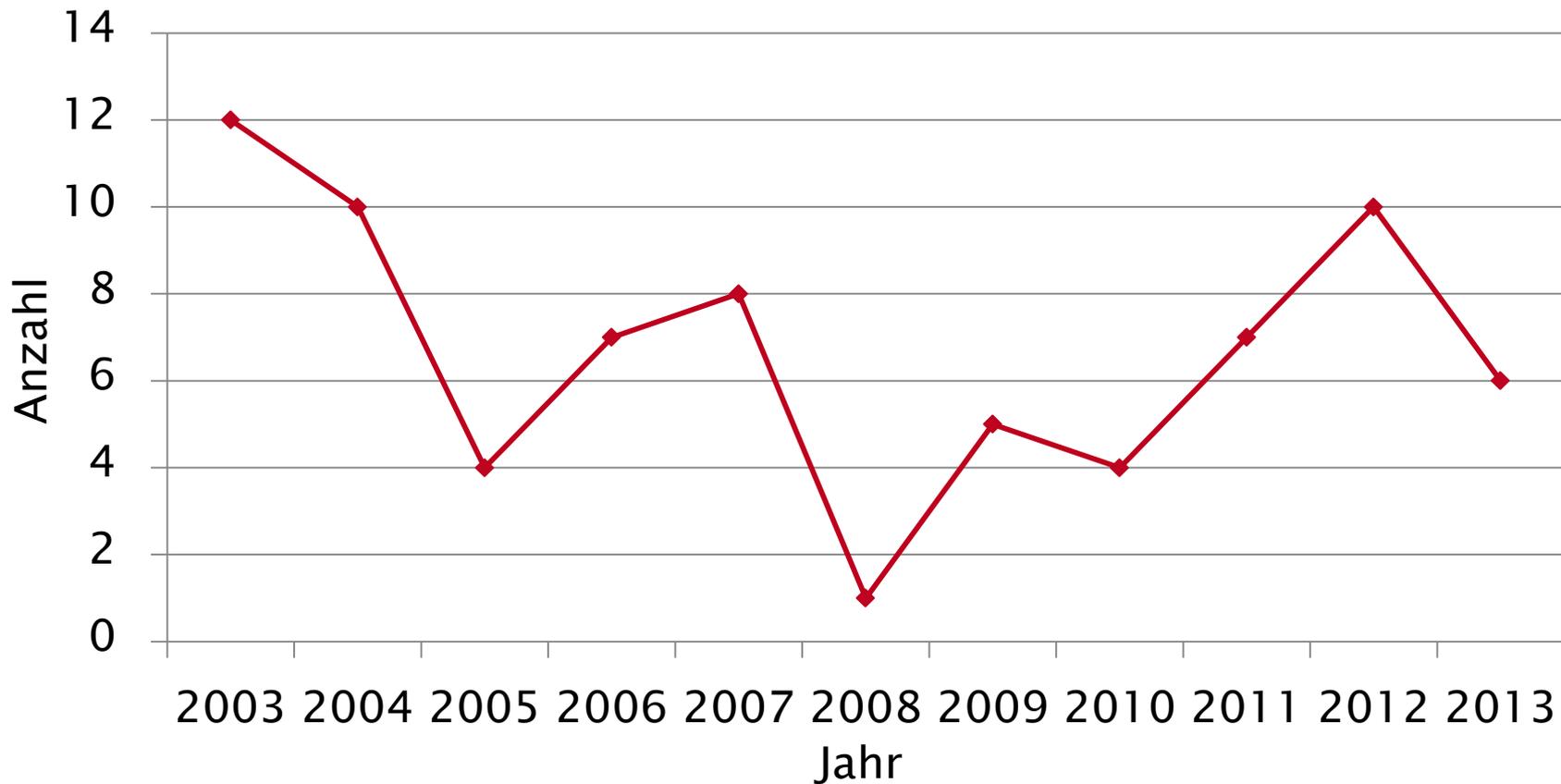
Überblick: Marktaustritte der letzten 10 Jahre

Marktaustritte nach Destatis vs. Gutachten



Zeitlicher Verlauf: kein Trend erkennbar!

Marktaustritte 2003 – 2013 (N = 74)



Fazit zu Marktaustritten

- ▶ Insgesamt gab es **weniger Marktaustritte als statistisch ausgewiesen.**
- ▶ **Erwartungstreue Verteilung** und **Merkmalausprägung** von Marktaustritten.
- ▶ Die **Krankenhausträger schließen.**
- ▶ **Marktaustrittshilfen** sind gesetzlich angelegt, entfalten aber **de facto kaum Wirkung.**
- ▶ **Restrukturierungsfonds** muss
 - 1) **mehrfähig** angelegt werden und
 - 2) ein **substanzielles Volumen** beinhalten.

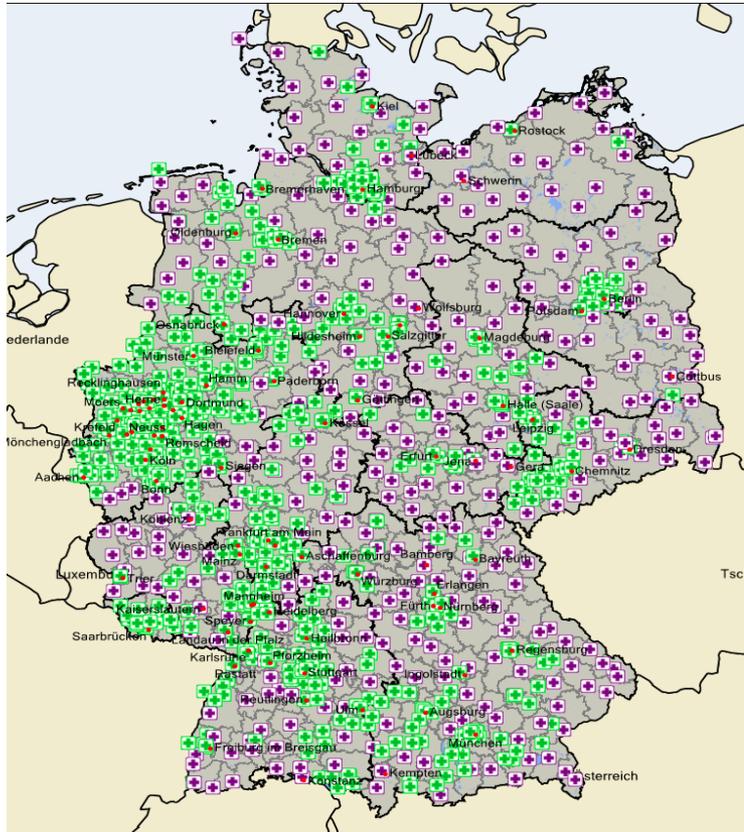
Koalitionsvertrag: Krankenhausplanung

- ▶ ~~Investitionsfonds i. H. v. 500 Mio. € aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Unterstützung von Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen in den Ländern (max. 50 % der jeweiligen Kosten)~~
 - ~~– Vorschlag entspricht im Kern der Forderung des GKV-SV.~~
 - ~~– Einmaliger Investitionsfonds greift aber angesichts der Herausforderungen zu kurz. Dauerhafte Finanzierung aus Mehrleistungsabschlägen wird empfohlen.~~
 - ~~– Die fehlende Beteiligung der PKV ist kritisch zu hinterfragen.~~

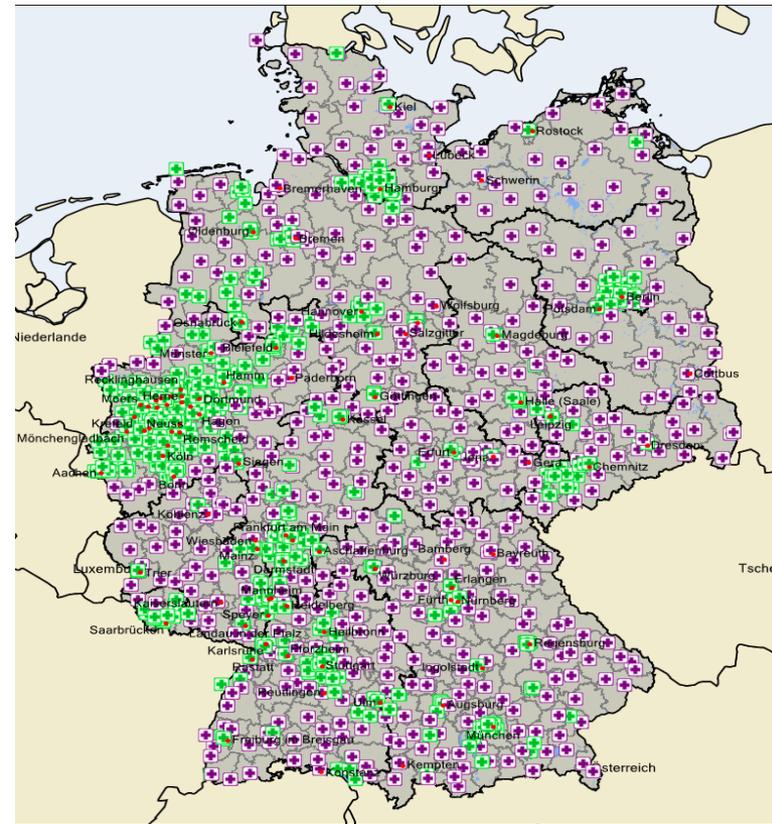
Restrukturierungsfonds („ReFo“)

- ▶ Krankenhausträger, die nicht mehr bedarfsnotwendige Standorte schließen (in der Regel umwidmen), sollten finanziell unterstützt werden.
- ▶ Ein Restrukturierungsfonds muss mehrjährig angelegt sein.
- ▶ Eine Bund-Länder-Mischfinanzierung ist verfassungsrechtlich problematisch. Ein Bund-Länder-Fonds wird nicht funktionieren.
- ▶ Ein Vorschlag: Der Restrukturierungsfonds wird über einen Aufschlag auf die Krankenhausvergütung finanziert.
- ▶ Bedarfsnotwendigkeit wird über Erreichbarkeitskriterien durch den G-BA definiert.

Übersorgung: Marktaustrittskandidaten (grün)



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 30 km (grün) - 824/1.162 KHs



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert 25 km (grün) - 649/1.162 KHs

Kanzlerin Angela Merkel, 25.
Jahrestag des Mauerfalls, 09.11.2014:

„Träume können wahr werden. Nichts
muss so bleiben wie es ist.“

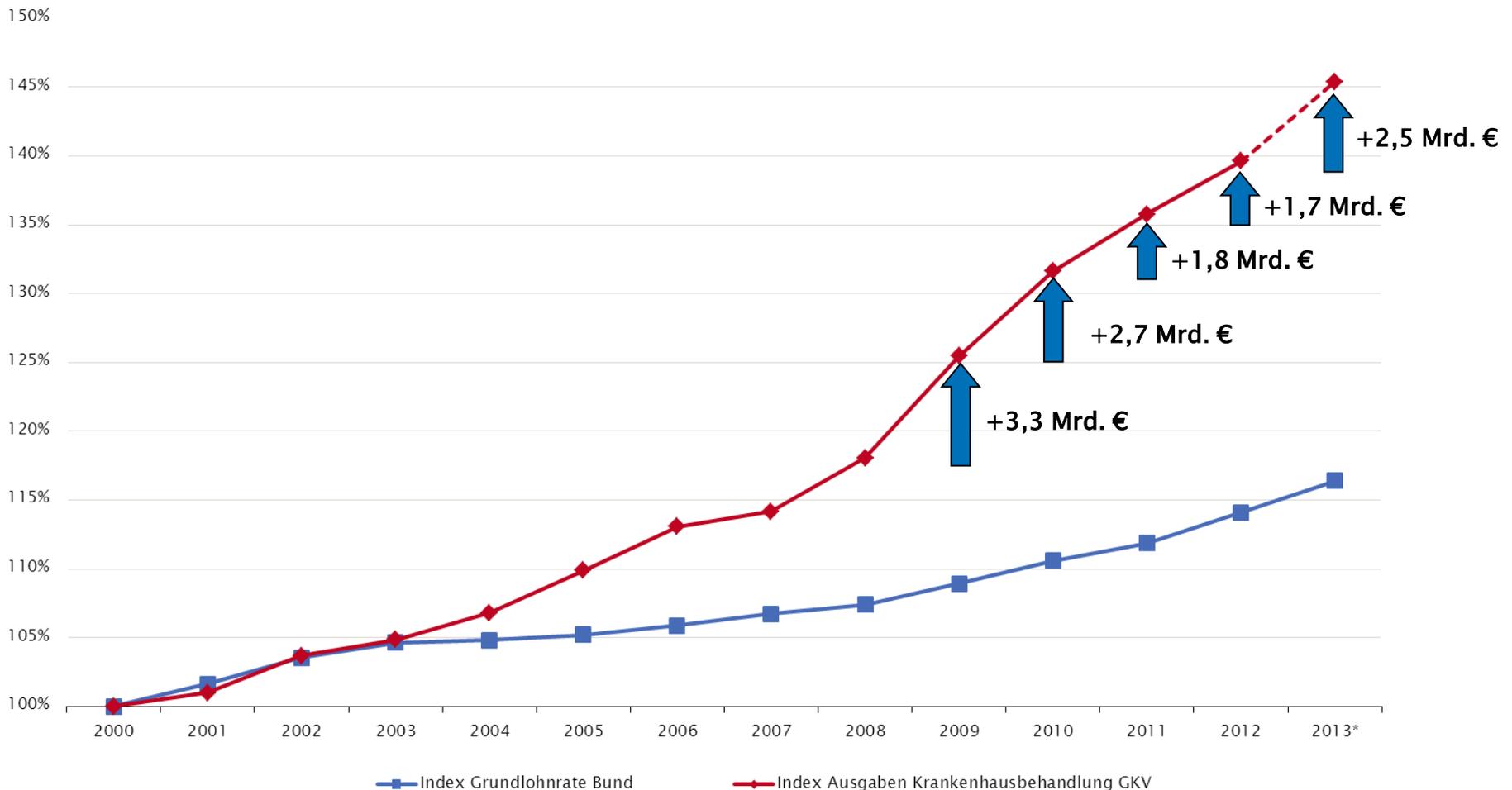




Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

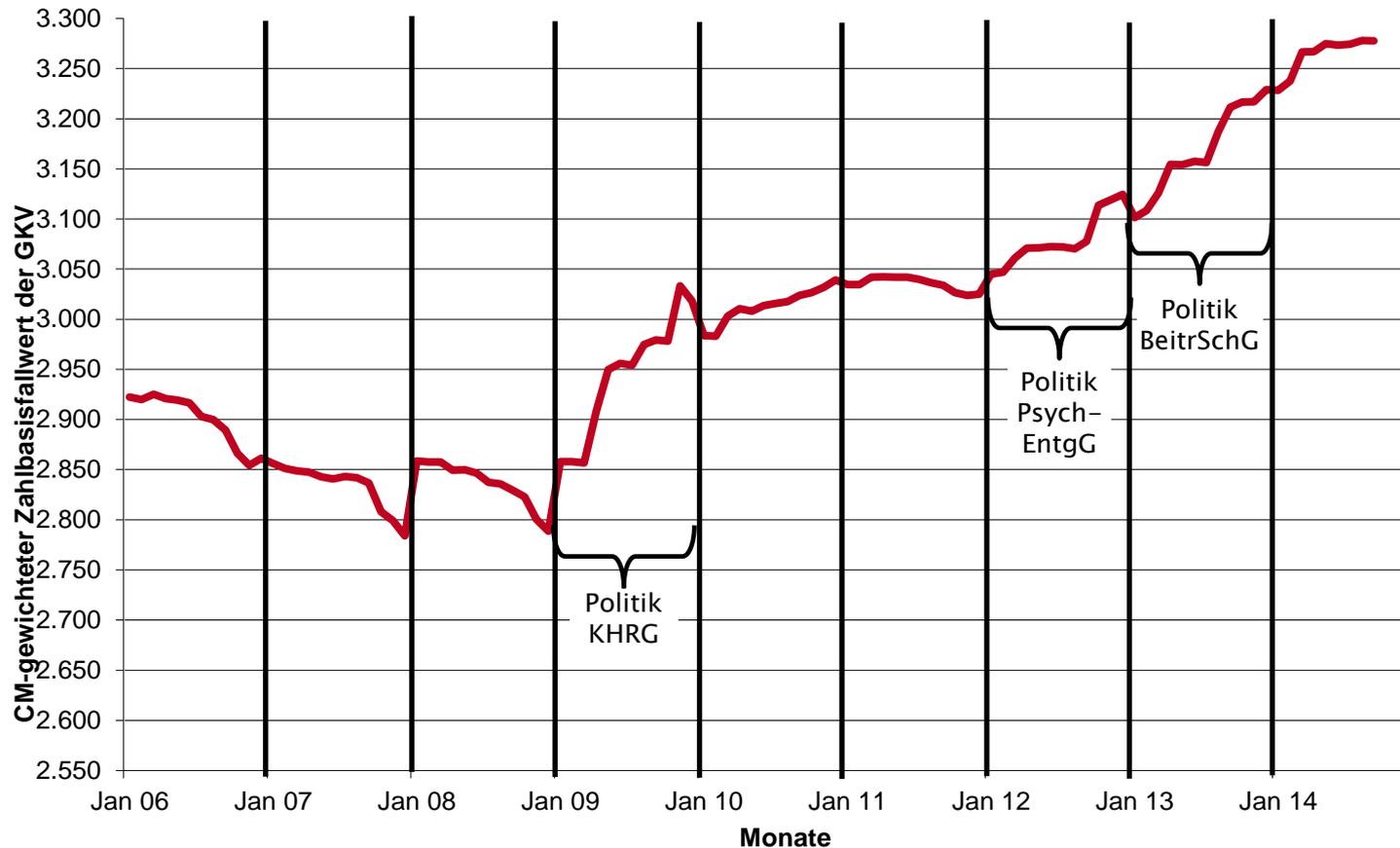
Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2000–2012); *Schätzung GKV-Spitzenverband (2013); Darstellung GKV-Spitzenverband

Gesetzgebung als Preistreiber

Zahlbasisfallwert (Z-Bax) 2006 bis 2014



Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>,

Versorgungszuschlag nun als dauerhafte Gießkanne!



Spitzenverband

2013

2014

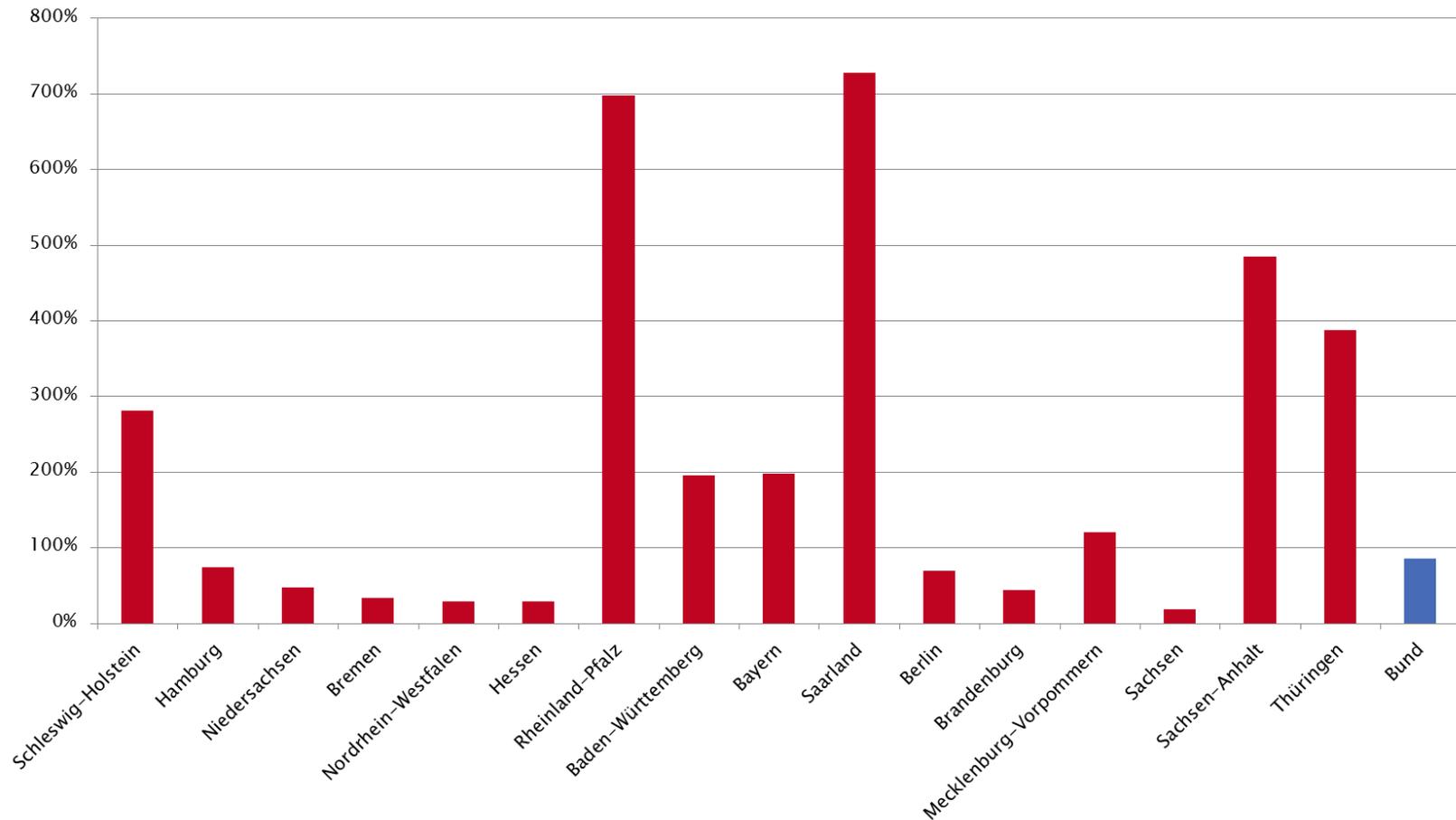


**Abschätzung des GKV-Spitzenverbandes auf Basis der bis jetzt vorliegenden Vereinbarungen 2014 (ca. 50 %)*

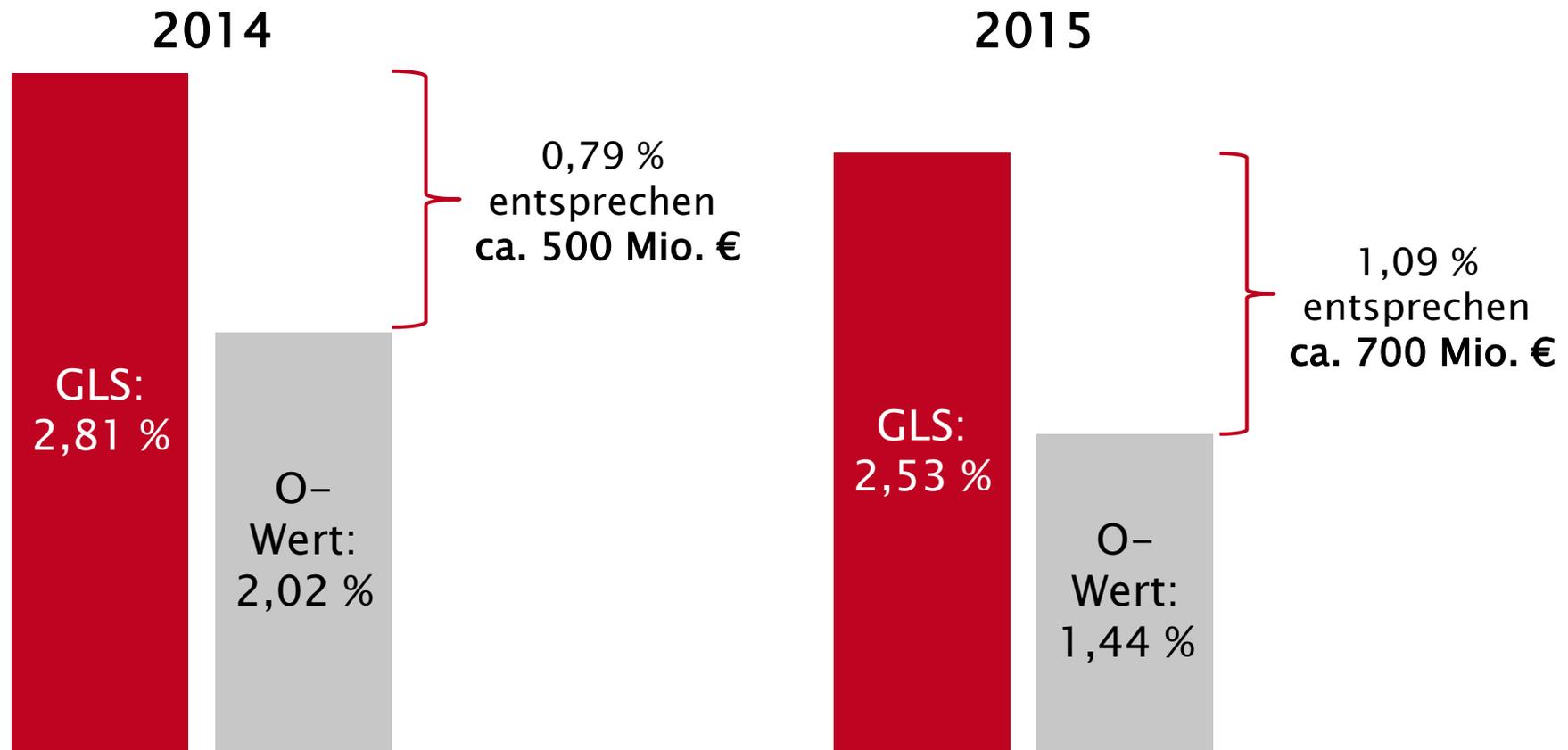
- ▶ Trotz Dreijährigkeit des Mehrleistungsabschlags wird es in 2015 ff. eine Überzahlung in dreistelliger Millionenhöhe geben.

Überzahlung im Jahr 2013 nach Bundesländern (insg. 100 Mio. €)

Überzahlung durch den Versorgungszuschlag in Bezug auf den Mehrleistungsabschlag im Jahr 2013



Orientierungswert: Überzahlung in 2014 und 2015



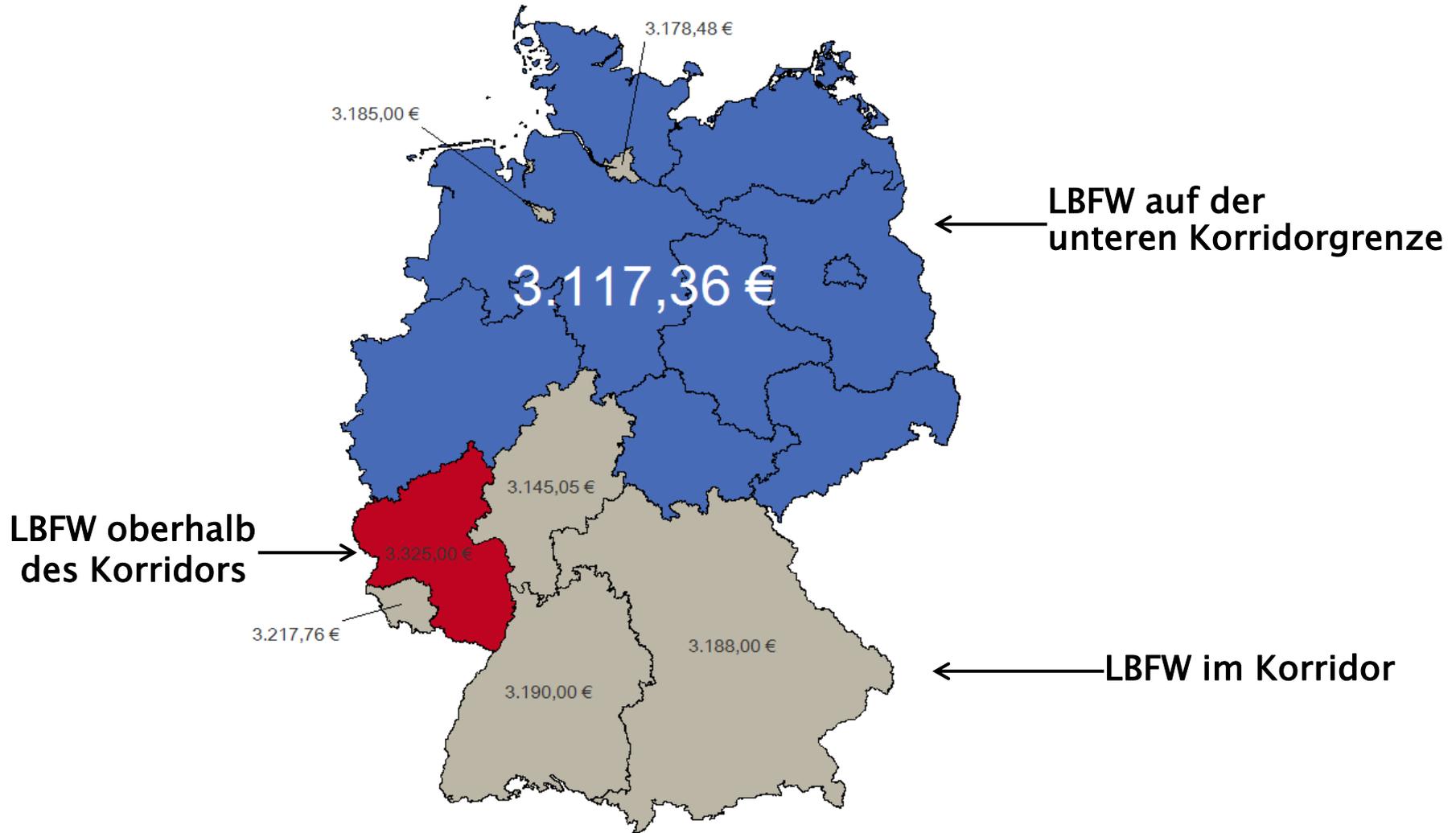
→ Diese Überzahlung ist basiswirksam!

Faire Krankenhausvergütung

- ▶ DKG–Position (vgl. das Krankenhaus 4.2013, S. 359):

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

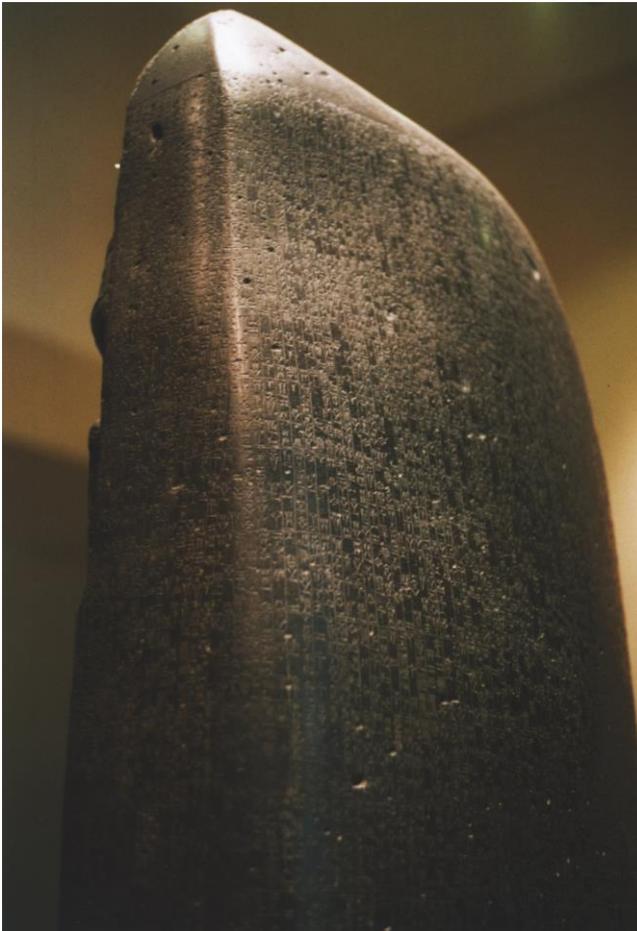
LBFW 2014



Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

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



- ▶ „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.“
- ▶ „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

Qualitätssicherung (1750 v. Chr.)

- ▶ „Wird ein Herr vom Arzt mit dem Broncemesser wegen einer schweren Wunde behandelt und stirbt, so werden dem Arzt die Hände abgehackt.“
- ▶ „Die gleiche Strafe trifft den Arzt, wenn er bei einer Augenoperation das Sehorgan eines Mannes der höheren Klasse zerstört.“
- ▶ „Wenn der Arzt durch seine Behandlung einen Sklaven tötet, so hat er ihn zu ersetzen; wenn er sein Augenlicht zerstört, seinen halben Kaufpreis zu zahlen.“

Zitiert nach: Gerhard Venzmer, Fünftausend Jahre Medizin, Bremen, 1968

Qualitätsorientierte Zu-/Abschläge?

DKG-Position:

„Schlechte Leistungen werden durch Vergütungsabschläge nicht besser, ...“

GKV-Position:

„..., aber sie werden seltener!“

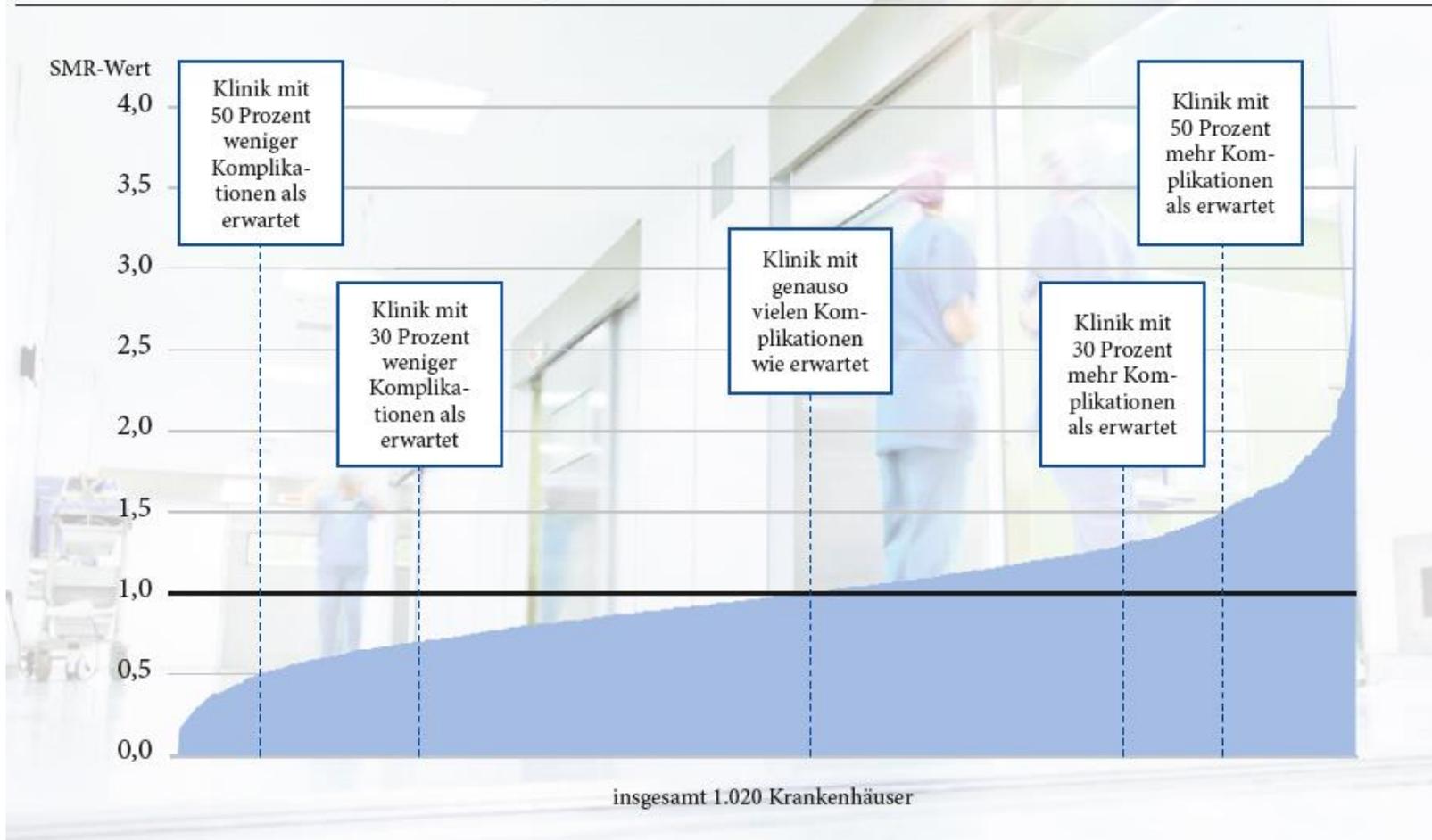
Die Suche nach dem idealen Indikator

Der ideale Indikator ...

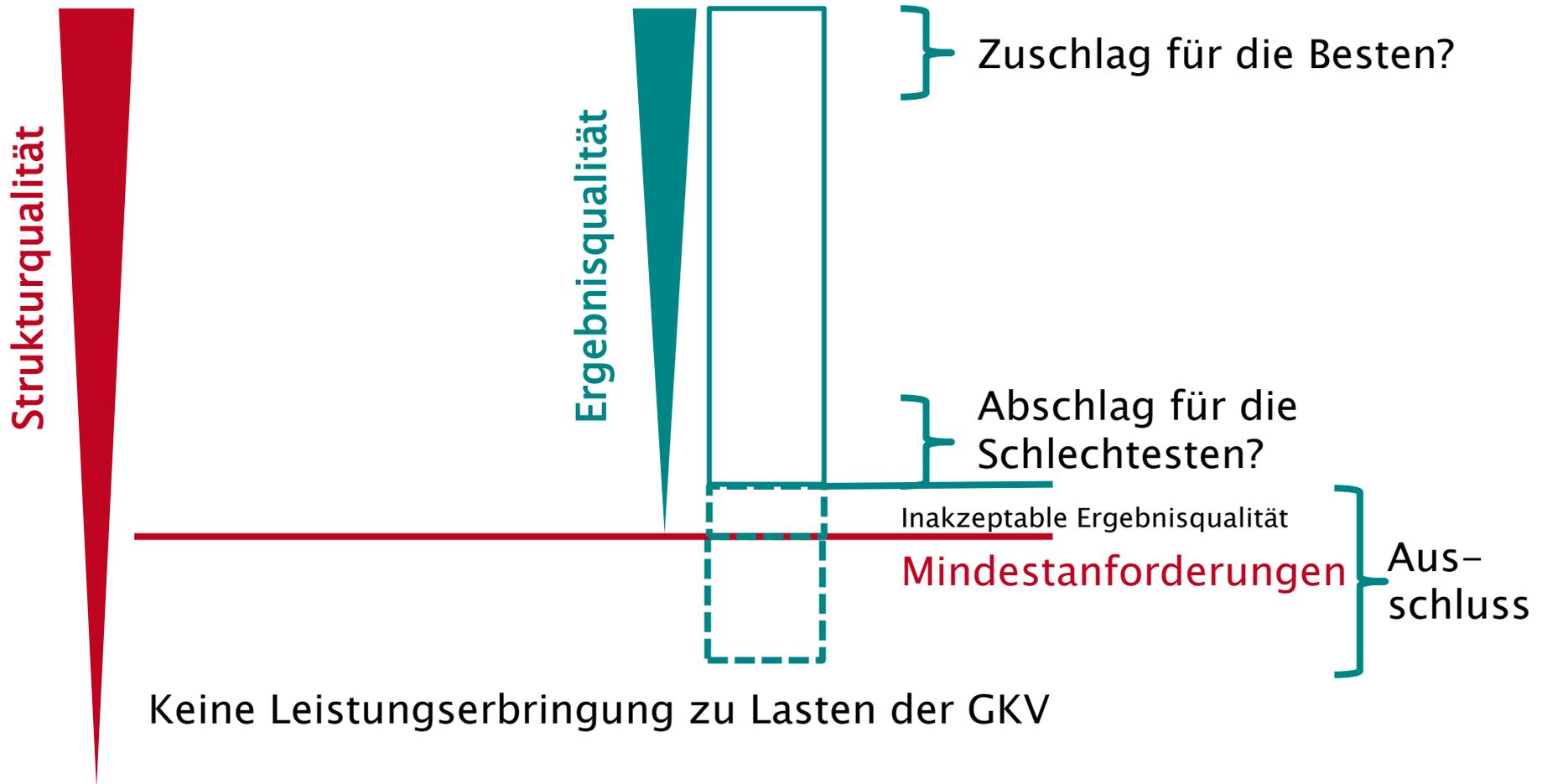
1. ... ist qualitätsdifferenzierend.
2. ... misst Ergebnisqualität.
3. ... ist evidenzbasiert.
4. ... ist signifikant und risikoadjustiert.
5. ... ist aufwandsarm zu erheben (möglichst Routinedaten).
6. ... liefert zeitnah Ergebnisse.
7. ... ordnet Qualität verursachungsgerecht zu.

Nur gute Qualität?

Gallenblasenentfernung: Augen auf bei der Klinikwahl!

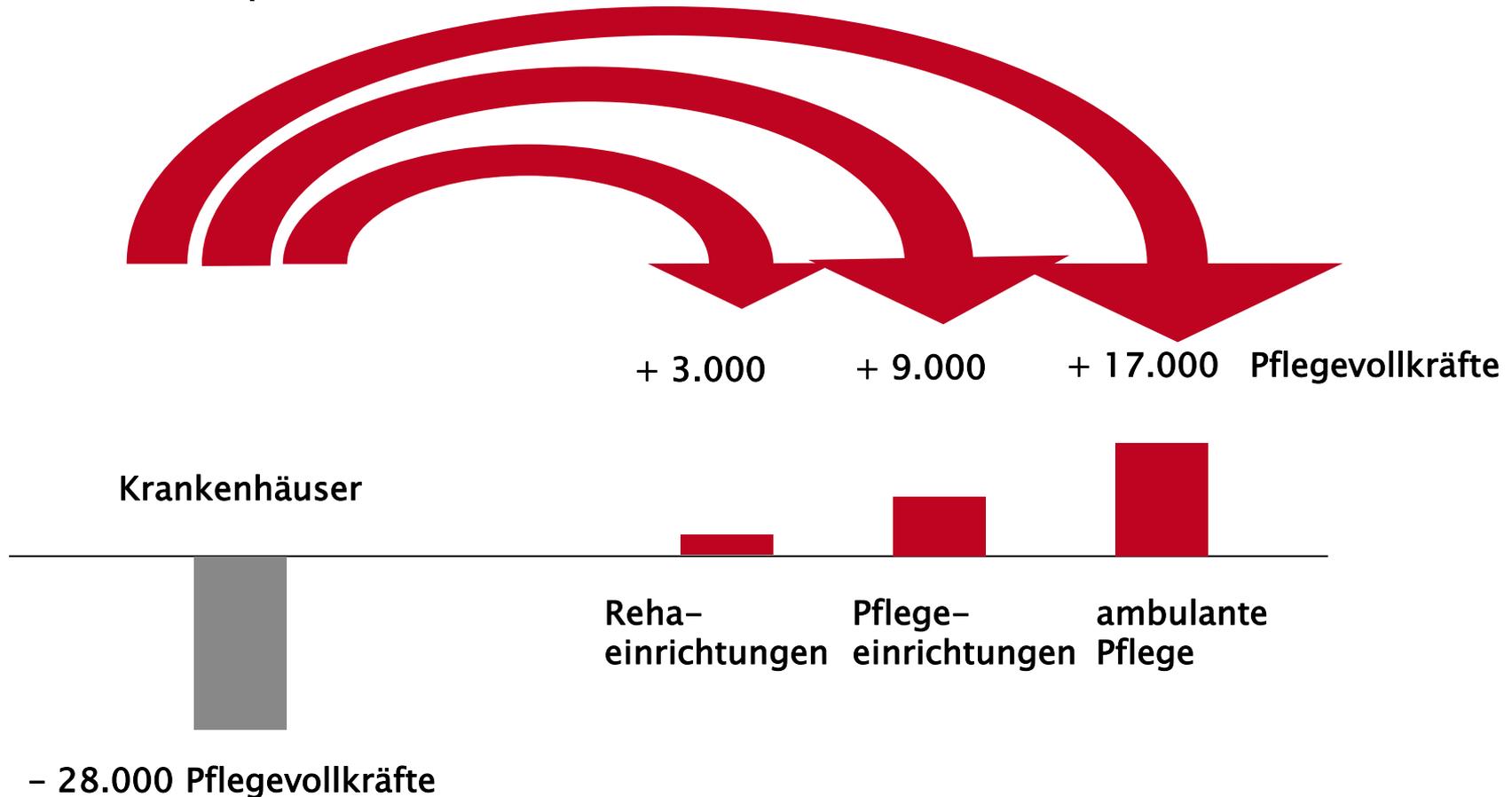


Struktur- und Ergebnisqualität



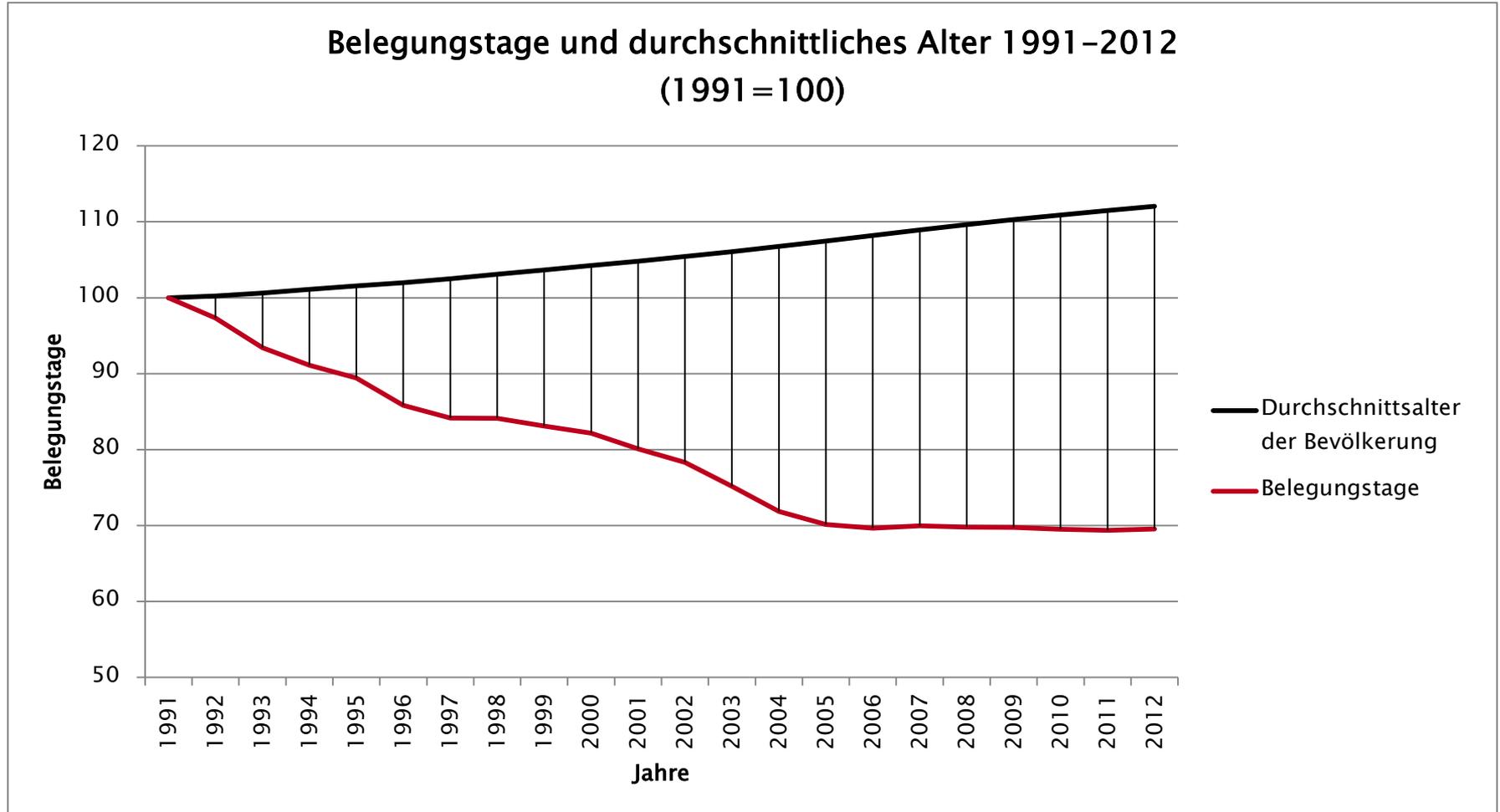
Beschäftigtenshifft in der Pflege 2000 – 2008

Berufsgruppen „Gesundheits- und Krankenpfleger“
und „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer“
(hier: Vollzeitäquivalente)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, Gesundheit Personal 2000 bis 2008

Kleine Provo: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus



Personalanhaltsszahlen – Drei Bitten an die Politik:

1 Bitte nicht wieder ein Pflegeförderungsprogramm a la Ulla.

Das würde nur diejenigen belohnen, die Personal skrupellos abgebaut haben.

2 Bitte nicht Anhaltsszahlen für alles und jedes.

Personalanhaltsszahlen sollten auf qualitätskritische Bereiche beschränkt bleiben.

3 Bitte vergreifen Sie sich nicht am DRG–Browser.

Der DRG–Browser ist kein Instrument zur innerbetrieblichen Finanzverteilung.



Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

Strukturierung durch Mindestmengen

1 Mindestmengen-Anwendungen

- ÄK-Weiterbildungsordnung
- Aussetzungsbeschlüsse (Methodenbewertung)
- Ambulante Krankenhausleistungen nach 116 b
- Vertragsärztliche Versorgung
- Krankenhausplanung

2 DIE MINDESTMENGE (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

3 Spezialfall Transplantationszentren

Mindestmengen in der Weiterbildung – ein Beispiel



Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung

(Stand: Februar 2014)

7.8 Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

	Anhalt- zahl
Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Basisweiterbildung	
sonographische Untersuchungen des Abdomens, des Retroperitoneums und der Urogenitalorgane	400
Durchführung und Befundung von Rekto-/Sigmoidoskopen	50
Operative Eingriffe, davon	
- an Kopf/Hals, z.B. Schilddrüsenresektionen, Tracheotomien	25
- an Brustwand einschließlich Thorakotomie und Thoraxdrainagen	10
- an Bauchwand und Bauchhöhle einschließlich Resektionen, Übernähungen, Exstirpationen, endoskopischer und interventioneller Techniken, z.B. Lymphknotenexstirpationen, Entfernung von Weichteilgeschwülsten, explorative Laparotomie, Magen-, Dünndarm- und Dickdarmresektionen, Notversorgung von Leber- und Milzverletzungen, Appendektomie, Anus- <i>praeter</i> -Anlage, Hämorrhoidektomie, periproktitische Abszess-Spaltung, Fistel- und Fissur-Versorgung, davon	400
- Cholezystektomien	25
- Hemiotomien	25

Beispiele für Mindestmengen nach § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Histopathologie im Hautkrebsscreening (2009)

- ▶ persönliche Befundung von mindestens 1.000 dermahistologischen Präparaten in 12 Monaten

HIV/Aids (2009)

- ▶ selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal

Koloskopie (2012)

- ▶ selbstständige Durchführung von mindestens 200 totalen Koloskopien und zehn Polypektomien ohne Mängel innerhalb von 12 Monaten

Vakuumbiopsie der Brust (2012)

- ▶ 25 Vakuumbiopsien in 12 Monaten

Mammographie-Screening (2012)

- ▶ 5.000 Untersuchungen (10.000 Bilder!) pro Jahr

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

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

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

Transplantationszentren mit n < 5 und n < MiMe (rot)



Spitzenverband

Transplantationen nach Postmortalspende 2011:



TX-Zentrum	Ort	Niere	Pankreas	Herz	Leber	Lunge
G-BA Mindestmenge oder kleine Menge:		(25)	<5	<=5	(20)	<=10
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	Dresden	48	6	<5		
Universität Leipzig	Leipzig	36	<5	31-35	97	20
Martin Luther Univ. Bereich Medizin Halle	Halle/Saale	48				
Friedrich Schiller Universität	Jena	82	11	10	49	6
Universitätsklinikum Benjamin Franklin / FU Berlin	Berlin	27				
Deutsches Herzzentrum Berlin	Berlin	<5		34		28
Universitätsklinikum Charité / Campus Virchow	Berlin	135	8		93	
Universität Rostock	Rostock	48	<5		<5	
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Hamburg	61	7	16-20	71	12
Medizinische Universität zu Lübeck	Lübeck	38	<5			
Christian Albrechts Universität	Kiel	24	<5	<5	47	<5
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	Bremen	27				
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover	138	16	22-26	79	131
Herzzentrum Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen			77		
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	Hann.-Münden	79				
Klinikum der Philipps-Universität	Marburg/Lahn	25	<5			
Klinikum der Justus-Liebig-Universität	Giessen	20		10		14
Klinikum Fulda	Fulda	11				
Universitätsklinik Göttingen	Göttingen	<5		<5	33	
Otto-von-Guericke-Universität	Magdeburg				20	
Heinrich Heine Universität	Düsseldorf	72		12		
Knappschaftskrankenhaus	Bochum	89	31			
Universitätsklinikum Essen	Essen	111	7	7	131	14
Westfälische Wilhelms-Universität	Münster	74	<5	14	36	<5
Klinik der Universität Köln-Lindenthal / Köln-Merheim	Köln	99	<5	6	12	<5
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	16		7	50	
Rheinische Friedrich Wilhelms Universität	Bonn	31			20	
Klinikum der Johannes Gutenberg Universität	Mainz	20			43	6
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Univ.	Frankfurt a. M.	59	8		29	
Kerckhoff Klinik	Bad Nauheim			<5		
Universität des Saarlandes	Homburg/Saar	18			15	23
WestpfalzKlinikum	Kaiserslautern	24	<5			
Klinikum der Stadt Mannheim	Mannheim	24				
Ruprecht-Karls-Universität	Heidelberg	87	8	21	96	
Klinikum Stuttgart Katharinenhospital	Stuttgart	44				
Eberhard Karls Universität	Tübingen	43	7		38	
Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität	Freiburg Breisgau	66	<5	19		15
Klinikum Großhadern	München	71	8	33	41	58
Klinikum Rechts der Isar	München	57	7		37	
Zentralklinikum Augsburg	Augsburg	23				
Universität Ulm	Ulm/Donau	8				
Friedrich-Alexander-Univ. Erlangen-Nürnberg	Erlangen	75	11	9	17	
Klinikum der Universität Regensburg	Regensburg	64	10	13	56	
Universitätsklinikum Würzburg	Würzburg	30		7	<5	
Summe DSO 2011		2055	171	366	1128	337

Quelle: DSO-Jahresbericht 2011

Patienten auf der Warteliste „Leber“ (am 01.01.2013)



Spitzenverband

Bezeichnung	Leber-Tx			Warteliste Leber 2013
	2011	2012	2013	
Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen	144	139	116	115
Universitätsklinikum Heidelberg	101	110	108	153
Charite Universitätsmedizin Berlin	96	79	77	122-124
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf Hamburg	80	72	76	41
Medizinische Hochschule Hannover	87	101	72	90-92
Klinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen	45	59	51	134-140
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel	53	35	50	85-87
Klinikum der Universität München Innenstadt- Großhadern	43	48	50	48
Klinikum der Johann Gutenberg-Universität Mainz	44	35	49	85
Klinikum der Universität Regensburg	63	52	49	116-118
Universitätsklinikum Aachen	50	67	44	13-17
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	68	59	42	133-137
Universitätsklinikum Bonn	20	17	35	55
Klinikum der Universität Frankfurt	30	33	27	105
Universitätsklinikum Münster	37	35	26	62-64
Universitätskliniken des Saarlandes Homburg	15	10	17	37
Universitätsklinikum Leipzig	97	61	16	169
Kliniken der Georg-August-Universität Göttingen	33	15	16	30-32
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg	21	14	14	108-110
Klinikum der Universität Würzburg	<4	10	10	17-19
Klinikum rechts der Isar der technischen Universität München	37	31	8	55
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	17	5	7	47
Klinikum der Universität Köln	12	8	6	23-25
Universitätsklinikum Rostock	<4	<4	4	45

ca. 1.360 Patienten
(872 Tx in 2013)

Ca. 530 Patienten
warten in Tx-
Zentren, die die
Mindestmenge
nicht erreichen.

(98 Tx in 2013)

Quelle: Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren nach § 11 Abs. 5 TPG

Patienten auf der Warteliste „Herz“ (am 01.01.2013)

Bezeichnung	Herz			WL Herz 2013
	2011	2012	2013	
Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen	77	73	76	225-227
Herzzentrum Leipzig	32	38	26	94-98
Klinikum der Universität München Innenstadt- Großhadern	33	33	26	50-54
Deutsches Herzzentrum Berlin	34	29	25	48-52
Universitätsklinikum Heidelberg	21	22	23	92-94
Universitäts-Herzzentrum Freiburg	19	14	17	54
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	9	12	15	69
Medizinische Hochschule Hannover	26	22	15	83-85
Universitätsklinikum Düsseldorf	12	10	14	23
Klinikum der Universität Regensburg	13	21	12	39-41
Universitäres Herzzentrum Hamburg	16	12	11	26-30
Uniklinikum Gießen	10	6	9	9
Universitätsklinikum Münster	14	6	9	43-47
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	10	12	6	16-20
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel	6	6	6	31-33
Kliniken der Georg-August-Universität Göttingen	<4	5	5	10
Klinikum der Universität Köln	6	<4	5	19-21
Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim	4	9	4	16
Universitätsklinikum Aachen	7	6	<4	8-12
Klinikum der Universität Würzburg	7	4	<4	9
Herzzentrum Dresden GmbH	<4	<4	<4	8
Universitätsklinikum der Gesamthochschule Essen	7		<4	39-43
Klinikum der Universität Frankfurt		<4	<4	13
Klinikum der Johann Gutenberg-Universität Mainz				1-3

ca. 940 Patienten

Ca. 130 Patienten warten in Tx-Zentren mit geringer Fallzahl.

Quelle: Tätigkeitsberichte der Transplantationszentren nach § 11 Abs. 5 TPG, Abrechnungsdaten der Krankenkassen

Keine Warteliste an Mini-Zentren!

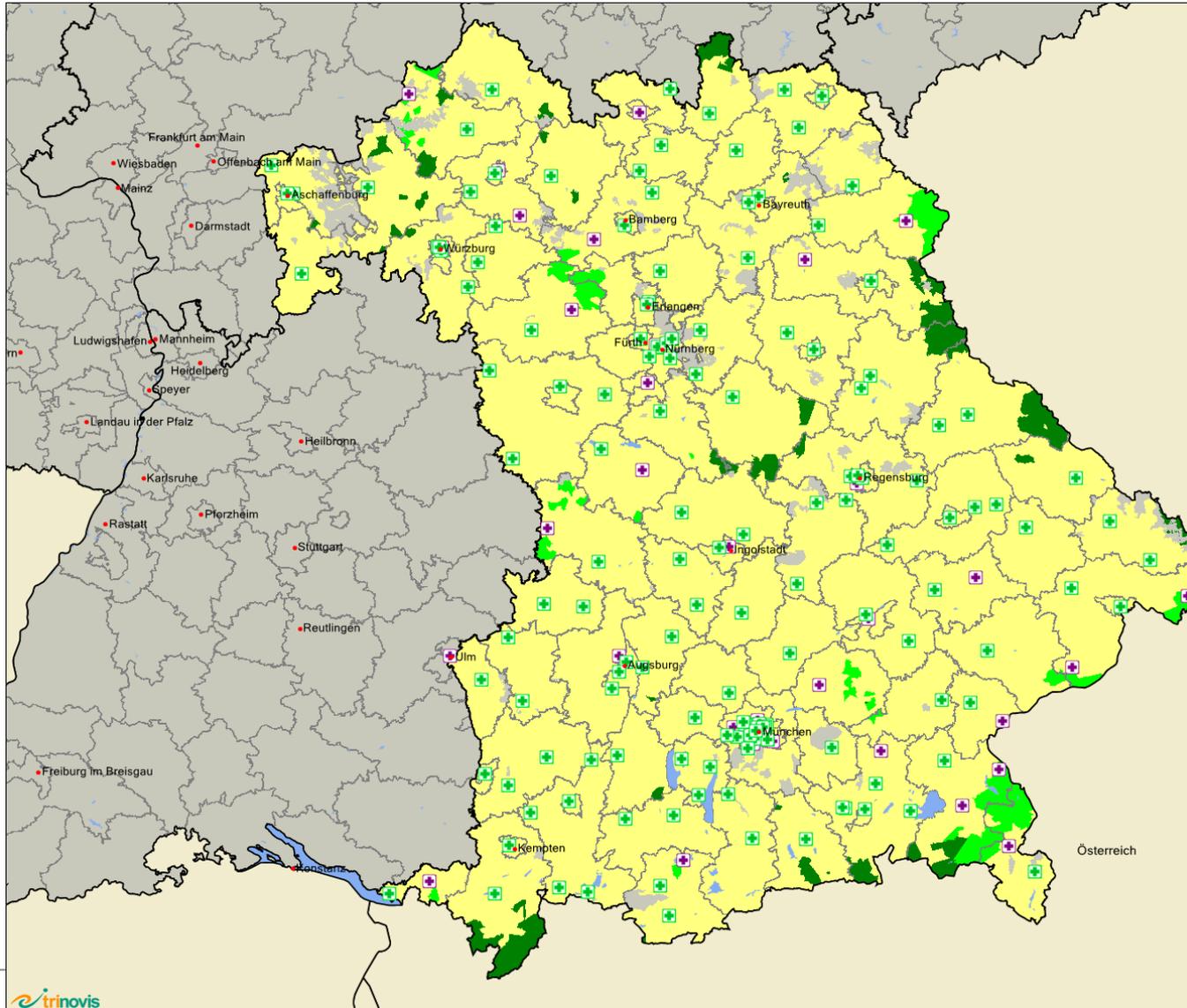
- ▶ Maxime: Kein Patient sollte auf der Warteliste eines Zentrums sein, das Transplantation als Gelegenheitschirurgie betreibt.
- ▶ Die Allokationsrichtlinien müssen die Vorgaben des G-BA zu den Mindestmengen (MiMe) in der Transplantationsmedizin berücksichtigen.

Neuer Grundsatz in den BÄK-Richtlinien:
Transplantationszentren, die die Mindestmengen absehbar nicht erbringen werden, dürfen keine Wartelisten führen.

Knie-TEP MiMe in Bayern: Jede Menge kleine Mengen! (41 von 186)



Spitzenverband



Knie-TEP-KHs (186)

Grün: MiMe nach
Rekursion erreicht (145)

Lila: MiMe nach Rekursion
nicht erreicht (41)



Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 DRG und PEPP 2015
- 2 Positionen zur Krankenhausreform
- 3 Der Restrukturierungsfonds (ReFo)
- 4 Preise und Mengen
- 5 Qualität! Qualität! Qualität!
- 6 Mindestmengen
- 7 Fazit

Fazit

- ▶ Die Länder ziehen sich nach der Investitionsfinanzierung auch aus der Krankenhausplanung zurück.
- ▶ Wir brauchen einen Restrukturierungsfonds (ohne Länderbeteiligung).
- ▶ Der Preiszuwachs der Landesbasisfallwerte sollte der Veränderung der Kosten je Fall entsprechen.
- ▶ Die Jahrhundertaufgabe qualitätsorientierte Vergütung sollte man jetzt angehen.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.

www.gkv-spitzenverband.de