

DRG-Systementwicklung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

38. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 16.11.2015

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband
Abteilung Krankenhäuser





Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

Mitglieder der AG

Mitglieder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform



Karl Lauterbach

Hilde Mattheis

Alexander Schweitzer

Heike Taubert

Hermann Schulte-Sasse*

SPD: 6

Cornelia Prüfer-Storcks
Vorsitz

Jens Spahn

Georg Nüßlein

Christine Clauß

Andreas Storm

Melanie Huml

Stefan Grüttner

Hermann Gröhe
Vorsitz

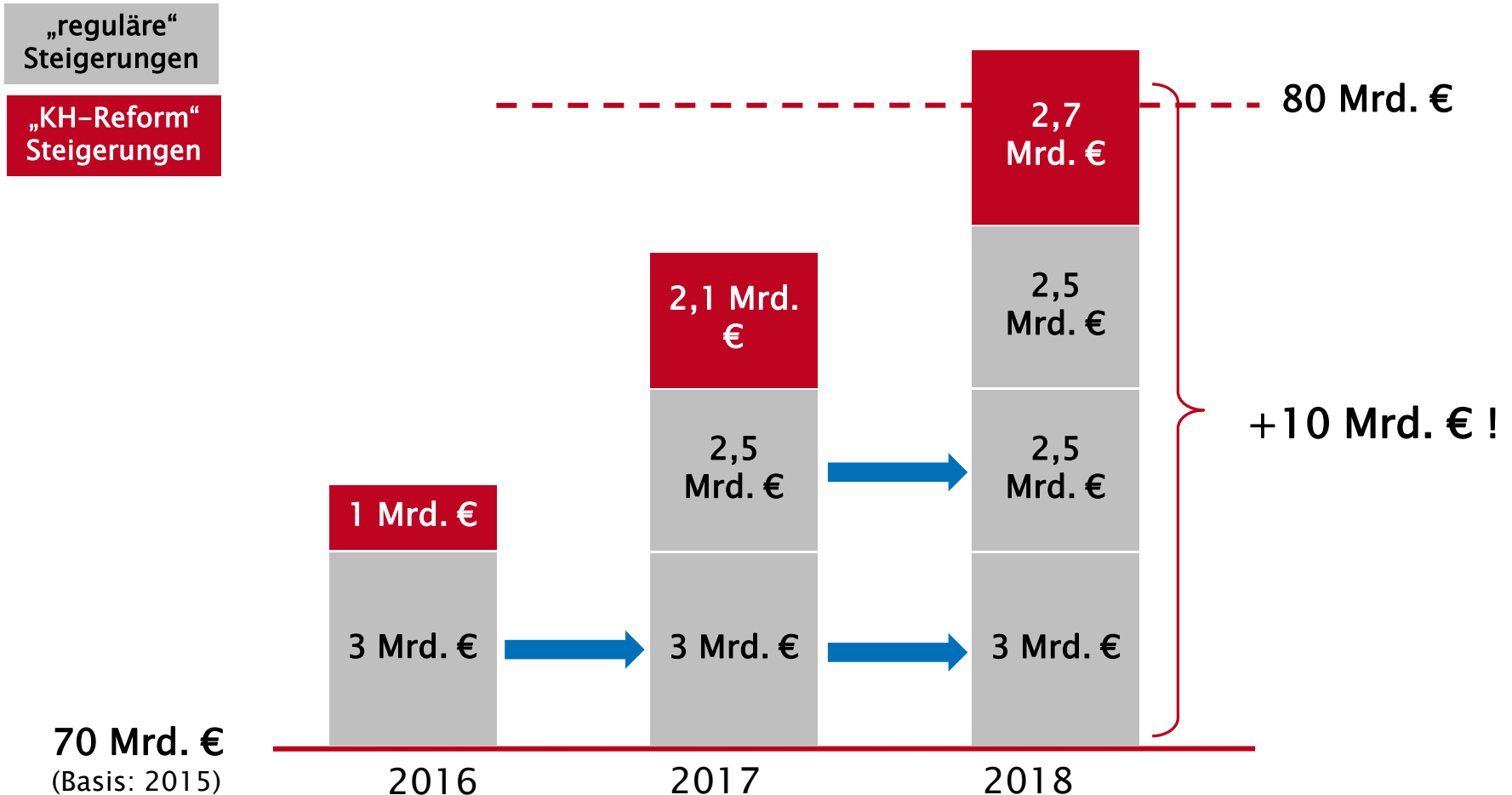
CDU: 7

* parteiloser Gesundheitsminister im SPD-geführten Bremen

Stand:
25. Mai 2014

Abbildung: www.BibliomedManager.de
Fotos: Siehe Bildnachweis

GKV-Krankenhausausgaben: Von 70 auf 80 Mrd. in nur 3 Jahren



10 Mehreinnahmen der KH

1. Pflegestellen-Förderprogramm:

Über das Pflegestellen-Förderprogramm erhalten die Krankenhäuser im Jahr 2016 Mittel in Höhe von 100 Mio. Euro, die bis 2018 auf 300 Mio. Euro ansteigen. Kumuliert bedeutet dies Mehreinnahmen von 600 Mio. Euro bis 2018.

2. Sicherstellungszuschläge:

Ab 2017 sollen die Krankenhäuser für die Sicherstellung der Versorgung insgesamt 90 Mio. Euro erhalten. Die neuen Regelungen zur Sicherstellung werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

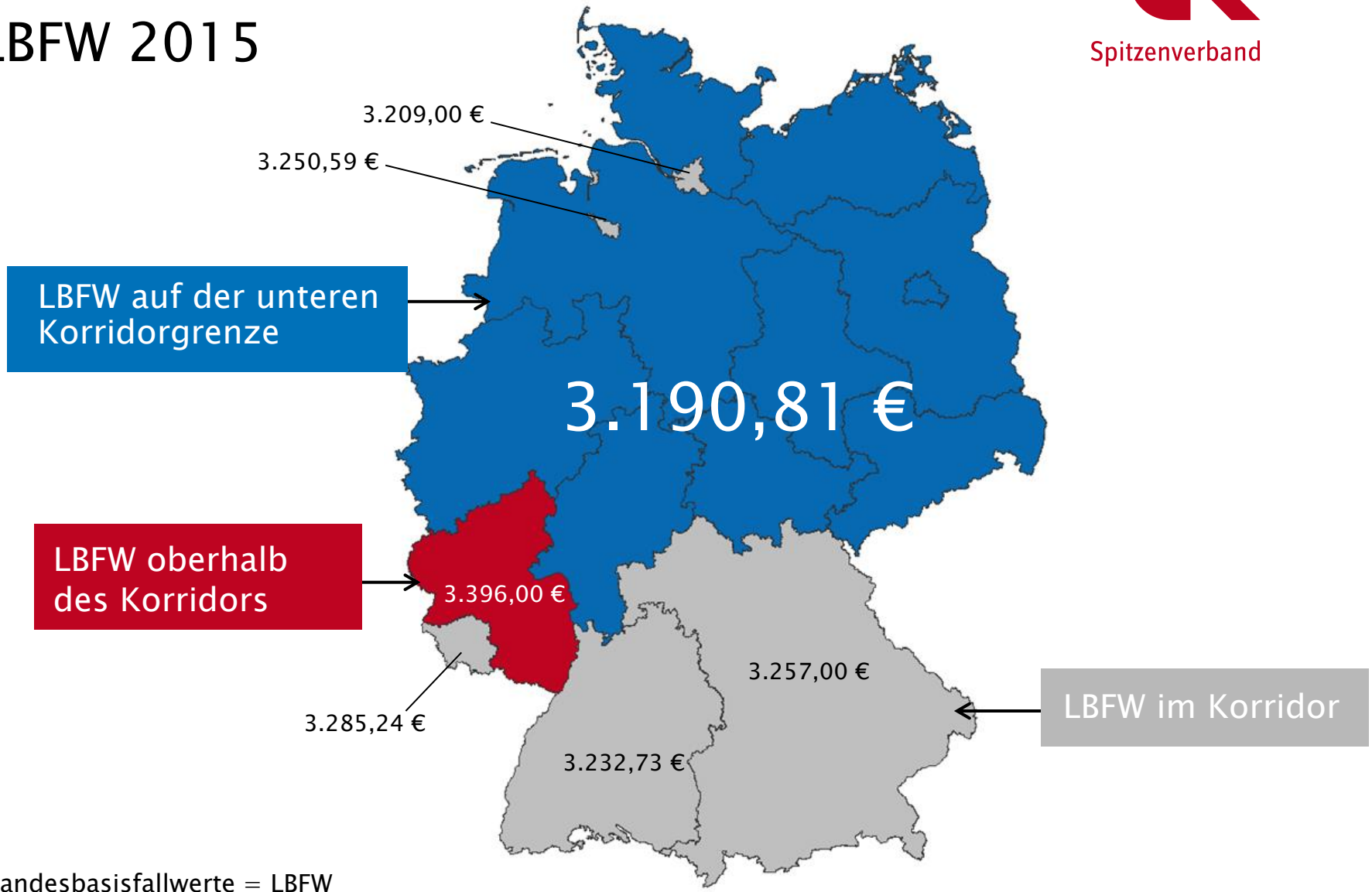
3. Zentrumszuschläge:

Ab 2016 bekommen die Krankenhäuser für Zentren 90 Mio. Euro, die ab 2017 auf 180 Mio. Euro steigen – alle Beträge zusätzlich zu den bereits jetzt für diese Zentren fließenden Geldern.

10 Mehreinnahmen der KH

- 4. Qualitätszu- und -abschläge:**
Ab 2018 erhalten die Krankenhäuser über die neuen Zu- und Abschläge im Bereich Qualität 54 Mio. Euro an zusätzlichen finanziellen Mitteln.
- 5. Erstattung bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse:**
Ab 2016 werden den Krankenhäusern zusätzliche Mittel für Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen (z.B. zu Qualitätsanforderungen) in Höhe von 90 Mio. Euro zufließen.
- 6. Teure Landesbasisfallwertkonvergenz:**
Die Regelungen zur Zusammenführung der Landesbasisfallwerte wird zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von rd. 70 Mio. Euro (2016), rd. 60 Mio. Euro (2017) sowie weiteren 50 Mio. Euro (2018) führen. Daraus resultieren dauerhafte Preiserhöhungen.

LBFW 2015



Landesbasisfallwerte = LBFW

10 Mehreinnahmen der KH

- 7. Verlagerung der Mengenberücksichtigung:**
Die Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene führt zu höheren Landesbasisfallwerten. Durch diese Preissteigerungen erhalten die Krankenhäuser ab 2017 dauerhaft einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 140 Mio. Euro.
- 8. Erhöhte Vergütung für Krankenhausambulanzen:**
Die erhöhten Vergütungen für Krankenhausambulanzen (durch Absenkung des Investitionskostenabschlags) führt ab dem Jahr 2016 zu jährlichen Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von 40 Mio. Euro.

10 Mehreinnahmen der KH

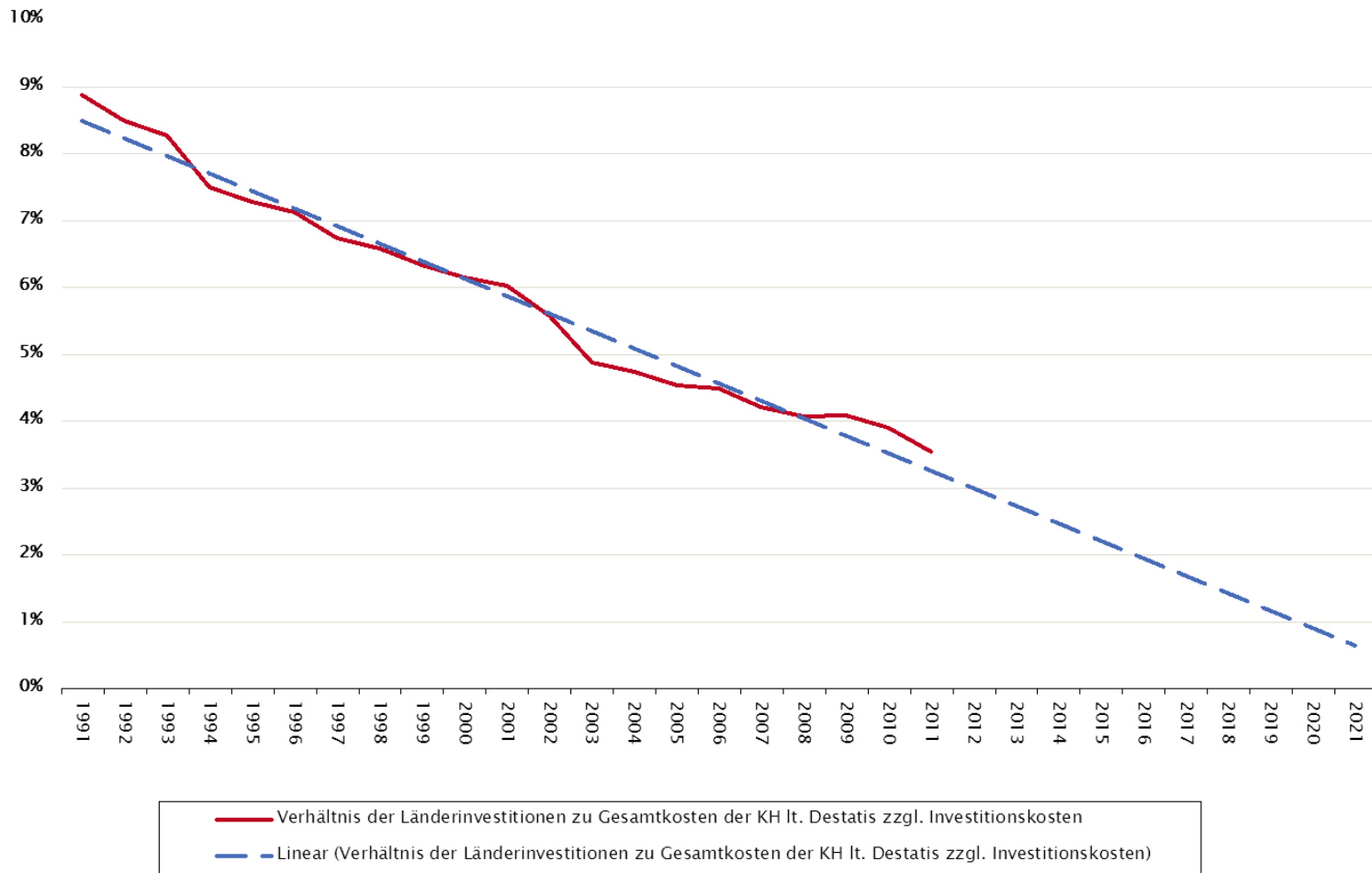
9. Strukturfonds:

Für den Strukturfonds zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. Euro entnommen. Dieses Geld wird den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

10. Hochschulambulanzen:

Die Krankenhäuser werden für ihre Hochschulambulanzen zusätzlich 265 Mio. Euro je Jahr erhalten (vgl. Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe). Dieser Teil der Krankenhausreform wurde bereits im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossen.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



KHSG – am Ende nicht wirklich ein Gesetz für neue Strukturen

- ▶ Das KHSG ist kein Einspargesetz und ist es nie gewesen.
- ▶ Die Ausgabenentwicklung des KHSG ist beitragsatzrelevant.
- ▶ Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens hat der Bund vollständig vor den Länderforderungen kapituliert.
- ▶ Ursächlich für die Kapitulation des Bundes waren nicht die Menschenmassen vor dem Brandenburger Tor, sondern jene auf der Balkanroute.

Süddeutsche Zeitung

NEUESTE NACHRICHTEN AUS POLITIK, KULTUR, WIRTSCHAFT UND SPORT

WWW.SÜDDEUTSCHE.DE

HF1

MÜNCHEN, FREITAG, 25. SEPTEMBER 2015

71. JAHRGANG / 39. WOCHE / NR. 221 / 2,70 EURO

Das Streiflicht

(SZ) Kann man Äpfel mit Birnen vergleichen? Sagen wir es mal so: Beide gehören zu den Kernobstgewächsen, haben also Gemeinsamkeiten, derer man sich erst dann bewusst wird, wenn man sie miteinander vergleicht. Der Papst und der Dalai Lama gehören zur Gattung der Religionsführer, doch darüber hinaus sind sie völlig verschieden. Oberhaupt der katholischen Kirche wird man durch eine langwierige und von statistischen Rauchzeichen begleitete Wahl. Als Dalai Lama wird man geboren, genauer gesagt wiedergeboren. Das merkt zunächst niemand, das muss eine Findungskommission erst herausbekommen. Ist das geschehen, haben die tibetischen Buddhisten wieder einen, der als Emanation Avalokitesvaras gilt, des Bodhisattva des Mitgeföhls. Beider bürgerliche Namen treten in den Hintergrund, und irgendwann weiß keiner mehr, dass der Papst einst Jorge Mario Bergoglio hieß, der Dalai Lama hingegen Lhamo Döndrub.

Was weder der Papst noch einer seiner Kardinäle und Bischöfe sagen würde, hat jetzt der Dalai Lama gesagt: dass er sich eine Frau als seine Nachfolgerin durchaus vorstellen könne. Das hört sich simpel an, ist aber insofern ziemlich kompliziert, als diese Nachfolgerin ja nicht berufen wird, sondern eine Wiedergeburt, ein Tulku, ihres Vorgängers ist. Unter den 14 Dalai Lamas der Geschichte war keine Frau. Sollte die Vision des jetzigen Amtsträgers in Erfüllung gehen, müsste im Reinkarnationsprozess eine Art dialektischer Sprung stattfinden. Damit hätten die Buddhisten zumindest in der Gleichberechtigungfrage die Nase weit vor den Katholiken, für die ein weiblicher Papst aus diversen Gründen unvorstellbar ist: erstens wegen Aristoteles, der die Frauen als Mängelwesen definierte, zweitens wegen der Päpstin Johanna, die es zwar nicht gegeben hat, die aber als Geist mit erstaunlicher Beharrlichkeit umgeht, und drittens, weil Päpste nicht durch Wiedergeburt entstehen, Papst Franziskus folglich auch nicht wünschen könnte, dass er als Frau erneut antritt.

Der Dalai Lama hat vergleichsweise präzise Vorstellungen von seiner potentiellen Nachfolgerin. Diese müsste, sagte er der BBC, sehr, sehr hübsch sein, andernfalls sei sie zu nichts zu gebrauchen. Man kann das so auslegen, dass der Dalai Lama schon sich selbst für einen recht fischen, weil zu vielweibel zu gebrauchenden Mann hält. Es könnte aber auch heißen, dass wieder einmal sein berichtigter Humor mit ihm durchgegangen ist – womit wir erneut bei den Äpfeln und Birnen wären. Schließlich gibt es unter den Kirchenbossen derzeit keinen lustigeren als den Papst, der es sich angewöhnt hat, nach der Messe mit dem Personal zu plauschen und dabei zuverlässig jene grimmig-heiteren Klänge zu lassen, die wegzuräumen oder zu relativieren die Kurie einem ganzen Arbeitstag kostet. So weiten sich auch die Kampagnen der Religionen stetig aus.



Heimspiel

Papst Franziskus hat am Donnerstag als erstes katholisches Kirchenoberhaupt vor dem Kongress in Washington gesprochen. Die Abgeordneten begrüßten ihn mit Applaus. Auf Englisch bedankte er sich für die Gelegenheit und führte sie darauf zurück, dass er ja selbst Amerikaner sei – wenn auch aus dem Süden. Dann warnte er davor, die Welt in Gerechte und Sünder zu unterteilen: „Den Hass von Tyrannen und Mördern nachzumachen, ist der beste Weg, ihren Platz einzunehmen.“ | [S. 69/70/71/75](#) > [Seite 4 und 5](#)

Milliarden-Hilfe für die Länder

Beim Flüchtlingsgipfel bietet der Bund den Ministerpräsidenten an, einen großen Teil der Kosten für Asylsuchende zu übernehmen. Das Asylrecht wird verschärft, Leistungen können gekürzt werden

VON STEFAN BRAUN UND CERSTIN GAMMELN

Berlin – Die Bundesregierung kommt den Forderungen von Ländern und Kommunen nach finanzieller Entlastung bei der Versorgung der Asylbewerber weit entgegen. Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble unterbreitete den Ländervertretern am Donnerstag bei einem Flüchtlingsgipfel im Kanzleramt das Angebot, die finanzielle Hauptverantwortung dem Bund zu übertragen. Nach Angaben von Ländervertretern will der Bund den Ländern 4,1 Milliarden Euro für 2016 überweisen.

Dem Betrag zugrunde liegt eine Pauschale von monatlich 670 Euro pro Flüchtling. Sie soll alle Leistungen für Flüchtling

den Asylantrag abdecken. Bisher kalkuliert der Bund mit 800 000 Flüchtlingen in diesem Jahr und einer sechsmonatigen Verfahrensdauer. Die tatsächlichen Kosten sollen Ende 2016 abgerechnet werden. Damit geht der Bund gegenüber den Ländern in Vorleistung.

Auch für 2015 kommt Schäuble den Ländern entgegen. Er stellt ihnen eine weitere Milliarde Euro zur Verfügung; und zwar zusätzlich zu der bereits im Sommer zugesagten Summe von einer Milliarde. Das Geld soll über das Finanzausgleichsgesetz vom Bund an die Länder gehen, die es an die Kommunen weiterleiten.

Zur Finanzierung der zusätzlichen Flüchtlingskosten will Schäuble die Überschüsse aus dem laufenden Haushaltsjahr

Sparpaket für 2016 aufliegen, sodass insgesamt knapp neun Milliarden Euro zur Verfügung stehen. Neben dem größeren Teil, der an die Länder geht, veranschlagt der Bund drei Milliarden Euro für Sozialhilfeleistungen an bestätigte Asylbewerber und den Ausbau des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge.

Das Treffen im Bundeskanzleramt war nach dem überraschenden Zuzug Hunderttausender Flüchtlinge nach Deutschland nötig geworden. Bundesländer und Kommunen waren bei der Betreuung der Flüchtlinge finanziell und personell überfordert. Die Aufteilung der Kosten zwischen Bund und Ländern war bis kurz vor dem Treffen heftig umstritten. Einige Ministerpräsidenten hatten eine Kopf-Pau-

gehalten mit Zusagen und zunächst einen Leistungskatalog verlangt.

Andere strittige Fragen waren bereits zuvor ausgeräumt worden. Die Koalition einigte sich unter anderem auf Verschärfungen im Asylrecht, darunter fallen Leistungskürzungen an bestimmte Asylbewerbergruppen. Beschlossen wurden auch die Bekämpfung von Fluchtursachen sowie Anreize für den sozialen Wohnungsbau. Ländervertreter zeigten sich am Donnerstag nachmittag zufrieden mit dem Ergebnis.

An dem Flüchtlingsgipfel nahmen neben Bundeskanzlerin Angela Merkel auch das Bundeskabinett und die Regierungschefs der 16 Länder teil. Dabei war ebenfalls der Leiter des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, Frank-Jürgen Weise,

Süddeutsche Zeitung Magazin

Der britische Architekt David Chipperfield erklärt, warum er dem Starsystem seiner Branche misstraut. Angelika Nollert, Direktorin der Neuen Sammlung in München, beschreibt, wie sie 100 000 Designklassiker konserviert. Außerdem: Der Sinn und Unsinn von To-do-Listen. Und die Geschichte einer Firma, die den Krenl und das Weisse Haus angestrichen hat. Ein Designheft.

Liegt nicht der gesamten Auslandsaufgabe bei

Hunderte Tote bei Mekka

Pilger sterben im Gedränge während islamischer Wallfahrt

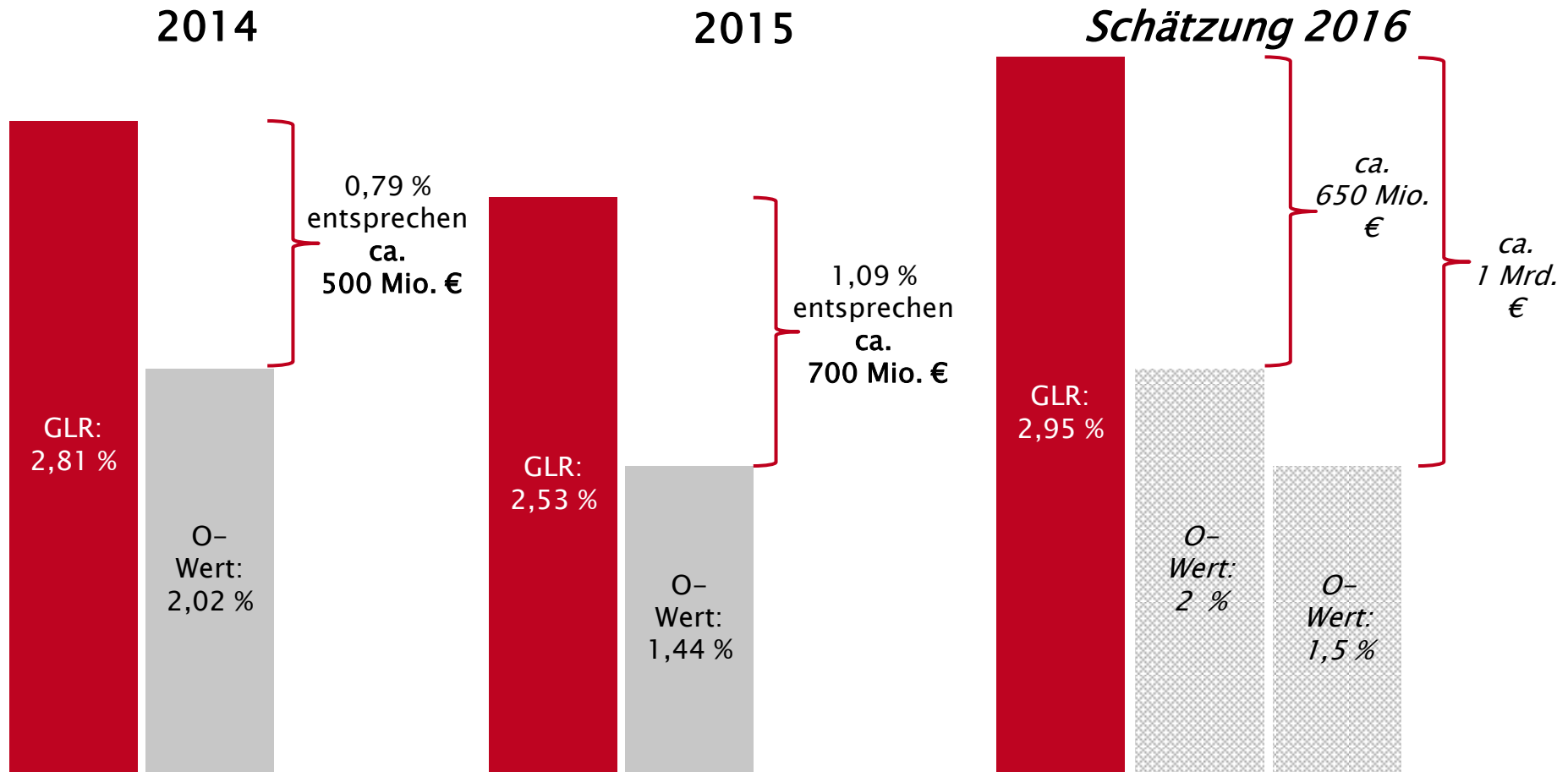
Mekka – Bei einer der schlimmsten Katastrophen während der islamischen Wallfahrt sind in einer Massenpanik nahe Mekka mindestens 717 Menschen umgekommen. 863 Gläubige seien verletzt worden, teilte die saudische Zivilverteidigung am Donnerstag mit. Warum sich das Unglück trotz Milliarden-Investitionen der Behörden in ein Sicherheitskonzept ereignet hat, war zunächst unklar. Zu dem Drama kam es an einer Straßenkreuzung in Mina, wo die Pilger am dritten Tag der Wallfahrt symbolisch den Teufel steinigen. Dort hatte es nach einem Unglück 2006 mehrere Baumstämme gegeben, die den reibungslosen Strom der Pilger absichern und einen Massenandrang verhindern sollten. Nach Angaben saudischer Medien haben sich in diesem Jahr mehr als zwei Millionen Menschen auf die Pilgerfahrt nach Mekka gemacht. Der Hadsch gehört zu den fünf Säulen des Islam. Jeder gläubige Muslim, der gesund ist und es sich leisten kann, soll einmal in seinem Leben nach Mekka pilgern. Beim bisher schwersten Unglück in Mekka waren 1990 bei einem tödlichen Gedränge mehr als 1400 Menschen gestorben. [sz](#) > [Panorama](#)

Heute mit Immobilien: Kauf- und Mietmarkt

Weitere VW-Manager müssen gehen

München – Nach Konzernchef Martin Winterkorn müssen nun weitere hochrangige VW-Manager im Abgasskandal das Unternehmen verlassen. Dazu gehören nach SZ-Informationen die Entwicklungschefs der Marken Audi und Porsche, Ulrich Hacken-

Preisobergrenze: Überzahlung durch Meistbegünstigungsklausel



Die Überzahlung wirkt dauerhaft!

Grundlohnrate = GLR
Orientierungswert = O-Wert

Gang der Handlung

1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

Der Strukturfonds hat einige zentrale Mängel

- ▶ Grundproblem des Auseinanderfallens von Krankenhausplanung und schleichender Monistik wird nicht gelöst.
- ▶ Der Strukturfonds wird so nicht funktionieren, da Länder antragsberechtigt sind und nicht die Träger.
- ▶ Einer Zweckentfremdung der Fondsmittel zur Kompensation unterbliebener Investitionen ist damit Tür und Tor geöffnet.
- ▶ Negativ: Griff in den Gesundheitsfonds, PKV nicht beteiligt
- ▶ Aber: Der GKV–Spitzenverband begrüßt den Strukturfonds. Er kann grundsätzlich dazu beitragen, Überkapazitäten abzubauen.

Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser

von Uwe Klein-Hitpaß¹, Wulf-Dietrich Leber² und David Scheller-Kreinsen³

ABSTRACT

Im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes wird erstmalig die Problematik stationärer Überkapazitäten angegangen. Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird ein Strukturfonds zur Umstrukturierung in Höhe von 500 Millionen Euro eingerichtet. Eine Kofinanzierung von Maßnahmen seitens der Länder ist vorgesehen. Entscheidend für die Wirksamkeit des Fonds wird die Definition von Vergabekriterien sein. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sollte es einen Vorrang für Standortschließungen geben, ein komplementärer Kapazitätsaufbau ist zu vermeiden. Es gilt die Gefahr abzuwenden, dass der Strukturfonds von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen missbraucht wird. Zur Umstrukturierung erhält außerdem der Gemeinsame Bundesausschuss Aufgaben im Bereich einer (qualitäts- und erreichbarkeitsorientierten) Krankenhausplanung. Damit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung.

Schlüsselwörter: Strukturfonds, Krankenhausreform, Überkapazität, Krankenhaus-Strukturgesetz, Krankenhausschließung, Krankenhausplanung, Investitionen, Krankenhausfinanzierung

The draft of the Krankenhaus-Strukturgesetz is the first legislative initiative that addresses the problem of hospital overcapacities. It establishes a so-called structural fund, which will receive 500 million Euros from the health fund for restructuring measures. The Länder are supposed to co-finance this new fund. The criteria for allocating means will largely determine its effectiveness. According to the statutory health insurance associations closing hospitals should be preferred to building up complementary capacities. The threat of draining the structural fund in order to finance investment (which is actually an obligation of the Länder) should be avoided. As part of the intended restructuring programme the Federal Joint Committee will be allocated tasks regarding the prospectively quality- and reachability-oriented hospital planning. This constitutes a paradigm shift away from planning on the Länder level towards market regulation.

Keywords: hospital reform, overcapacity, hospital planning, hospital financing, funds for structural adjustments, financing of infrastructure, "Krankenhaus-Strukturgesetz"

1 Strukturfonds im Krankenhaus-Strukturgesetz

von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. Ein auf Bundes-

Strukturbereinigung einleiten (1 / 4)

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten (2/4)

Dänemark



5,6 Mio. Einwohner
Fläche: 43.000 Quadratkilometer

Niedersachsen



7,8 Mio. Einwohner
Fläche: 47.600 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten (3/4)

Schweiz



8,1 Mio. Einwohner
Fläche: 41.300 Quadratkilometer

Baden-Württemberg



10,5 Mio. Einwohner
Fläche: 35.800 Quadratkilometer

Strukturbereinigung einleiten (4/4)

Schweiz



8,1 Mio. Einwohner
Fläche: 41.300 Quadratkilometer

Baden-Württemberg



10,5 Mio. Einwohner
Fläche: 35.800 Quadratkilometer

Kleine Revolution !

- ▶ „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von **Sicherstellungszuschlägen** nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen
- ▶ zur **Erreichbarkeit (Minutenwerte)** für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
- ▶ zur Frage, wann ein **geringer Versorgungsbedarf** besteht und
- ▶ zur Frage, für welche Leistungen die **notwendige Vorhaltung** für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.“

Von der Landesplanung zur Marktregulierung

Gestern

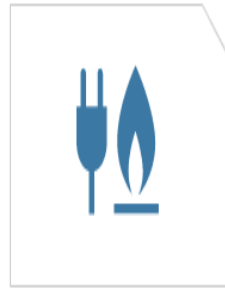
- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut überall dort, wo Landeskinder stationärer Behandlung bedürfen, ein Krankenhaus.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Morgen

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und IQTIG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.

Vorbild Regulierungsbehörde

Bundesnetzagentur



Elektrizität und Gas

Wir sichern den Netzzugang für alle Energielieferanten und nehmen umfangreiche Aufgaben beim Netzausbau wahr.



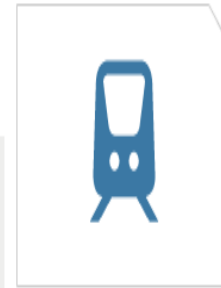
Telekommunikation

Wir regulieren den Telekommunikationsmarkt und helfen Endkunden bei Problemen mit dem Anbieter.



Post

Im Postbereich sorgen wir für die Einhaltung des Postgesetzes und der entsprechenden Verordnungen.



Eisenbahnen

Wir sorgen für den diskriminierungsfreien Zugang zur Eisenbahninfrastruktur und sichern den Wettbewerb.

Paradigmenwechsel

- ▶ Die Versorgungssteuerung entwickelt sich von der Landesplanung zur Marktregulierung.
- ▶ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist eine Regulierungsbehörde in Gemeinsamer Selbstverwaltung.
- ▶ Wenn die Marktregulierung vollständig ist, dann wird man auch verfassungsrechtlich nachjustieren.



Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

Teil 1: Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung

- 1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung
- 1.2 **Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA**
- 1.3 **Mindestmengen**
- 1.4 **Qualitätszuschläge und -abschläge**
- 1.5 Qualitätsverträge
- 1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser
- 1.7 Beteiligung Länder bei Beschlüssen des G-BA zur QS; Auftragserteilung an das QS-Institut
- 1.8 **Sicherstellungszuschläge; Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung**
- 1.9 Notfallversorgung
- 1.10 Besondere Vergütung von Zentren
- 1.11 OP-Checklisten
- 1.12 Zweitmeinung
- 1.13 Klinische Sektionen
- 1.14 Transplantationsregister und Implantateregister
- 1.15 Neue Methoden
- 1.16 Weiterentwicklung der spezialfachärztlichen Versorgung

1.3 Mindestmengen (MiMe)

- ▶ MiMe-Beschlüsse werden erleichtert, aber Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben.
- ▶ Klarstellung: Keine Bezahlung unterhalb der Mindestmenge.

GKV-Position:

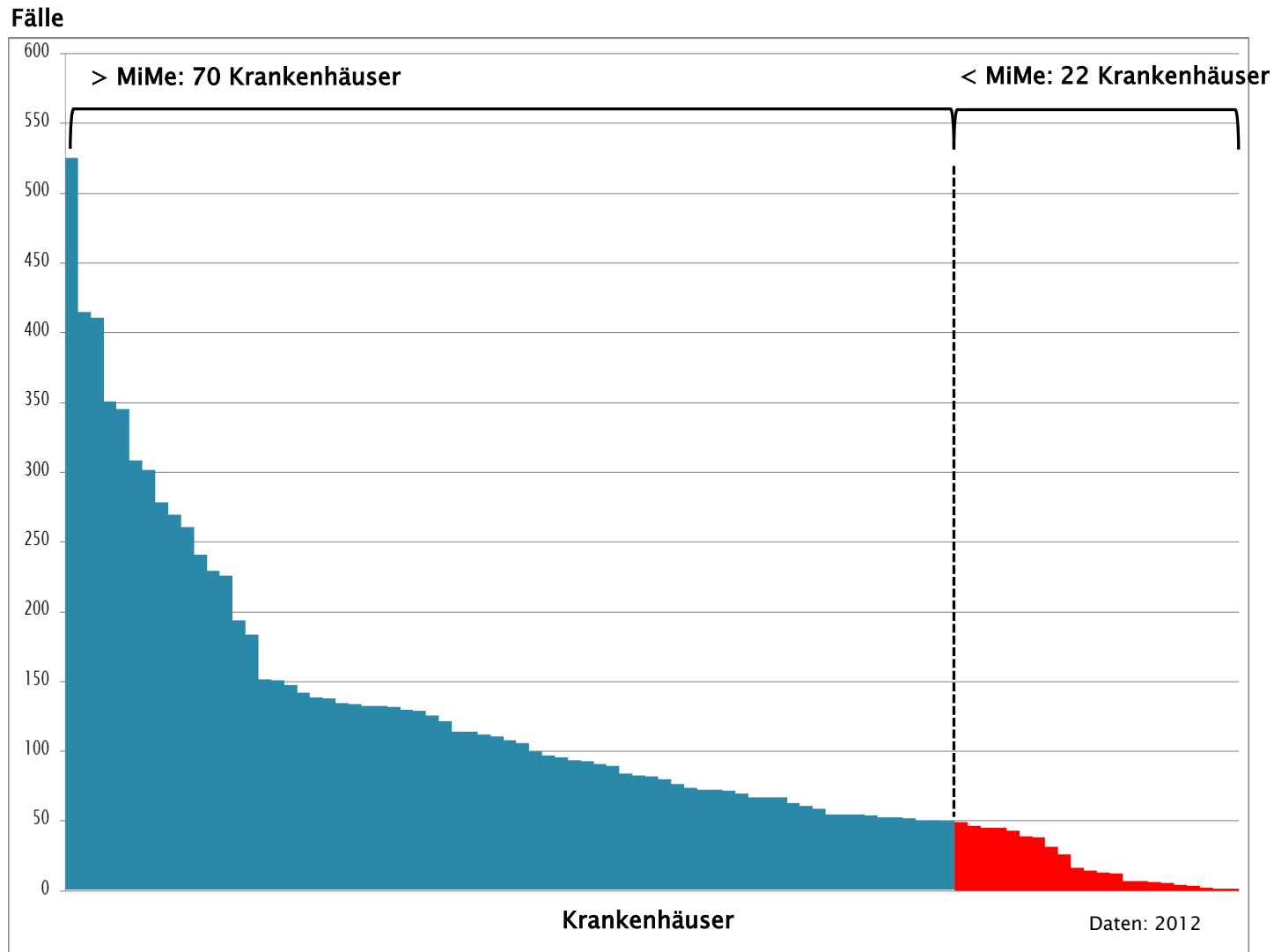
- ▶ Die Streichung des „besonderen Zusammenhangs“ und der Ausschluss von der Leistungserbringung bei Unterschreitung werden begrüßt.
- ▶ Kritisch bleiben die Ausnahmetatbestände (Härtefallregelung).
- ▶ Problematisch: Nachweis guter Qualität unterhalb der Mindestmenge ist nie möglich (statistisch).
- ▶ Transparenz über Krankenhausleistungsmengen ist erforderlich.

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.“

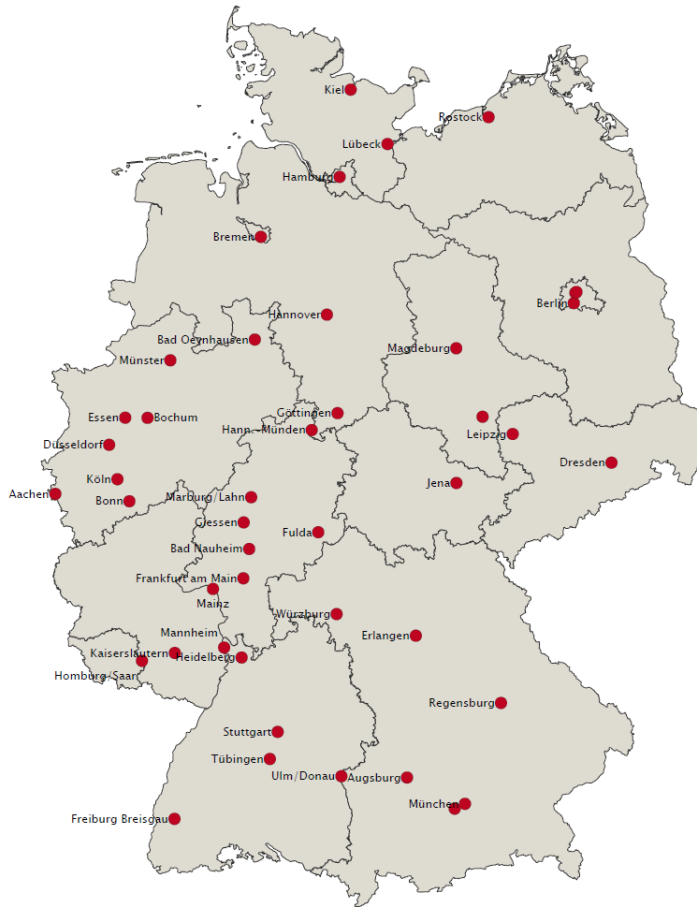
Jede Menge kleine Mengen: Krankenhäuser in Hessen



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
Westfalzklinikum	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)

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)

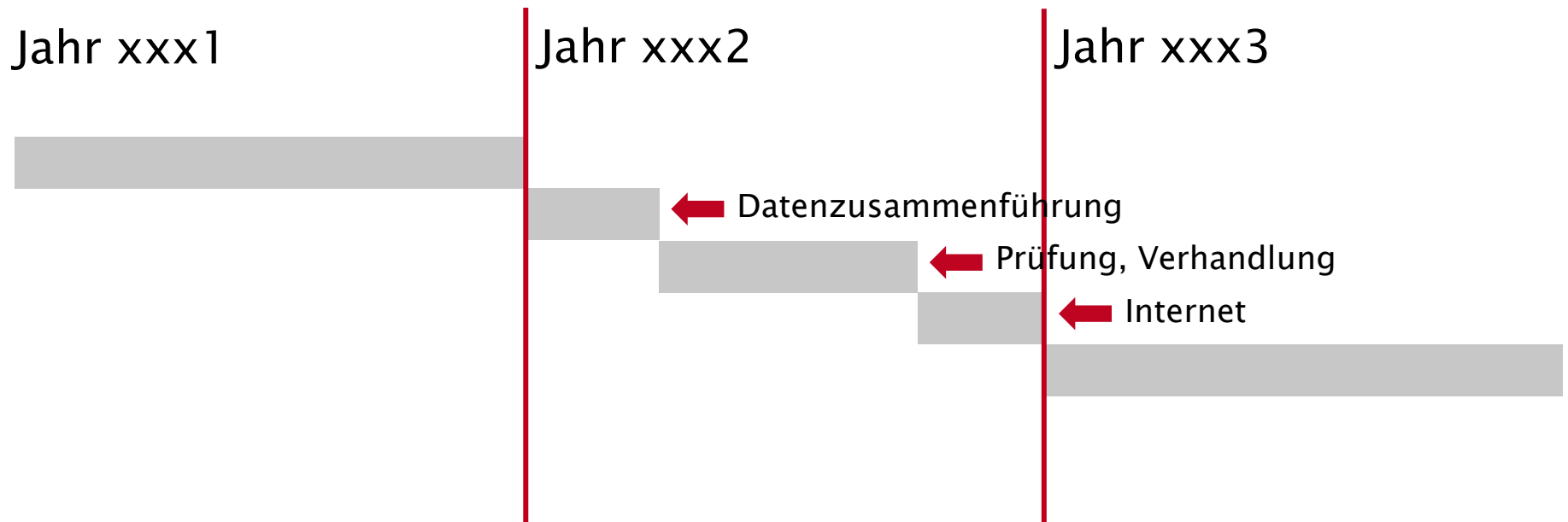
Ca. 530 Patienten
warten in Tx-
Zentren, die die
Mindestmenge
nicht erreichen.

(98 Tx in 2013)

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

Sommerstrukturgespräch

- ▶ Unabhängig von den Budgetverhandlungen bedarf es vor dem Budgetjahr einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität (MiMe, TAVI ...)



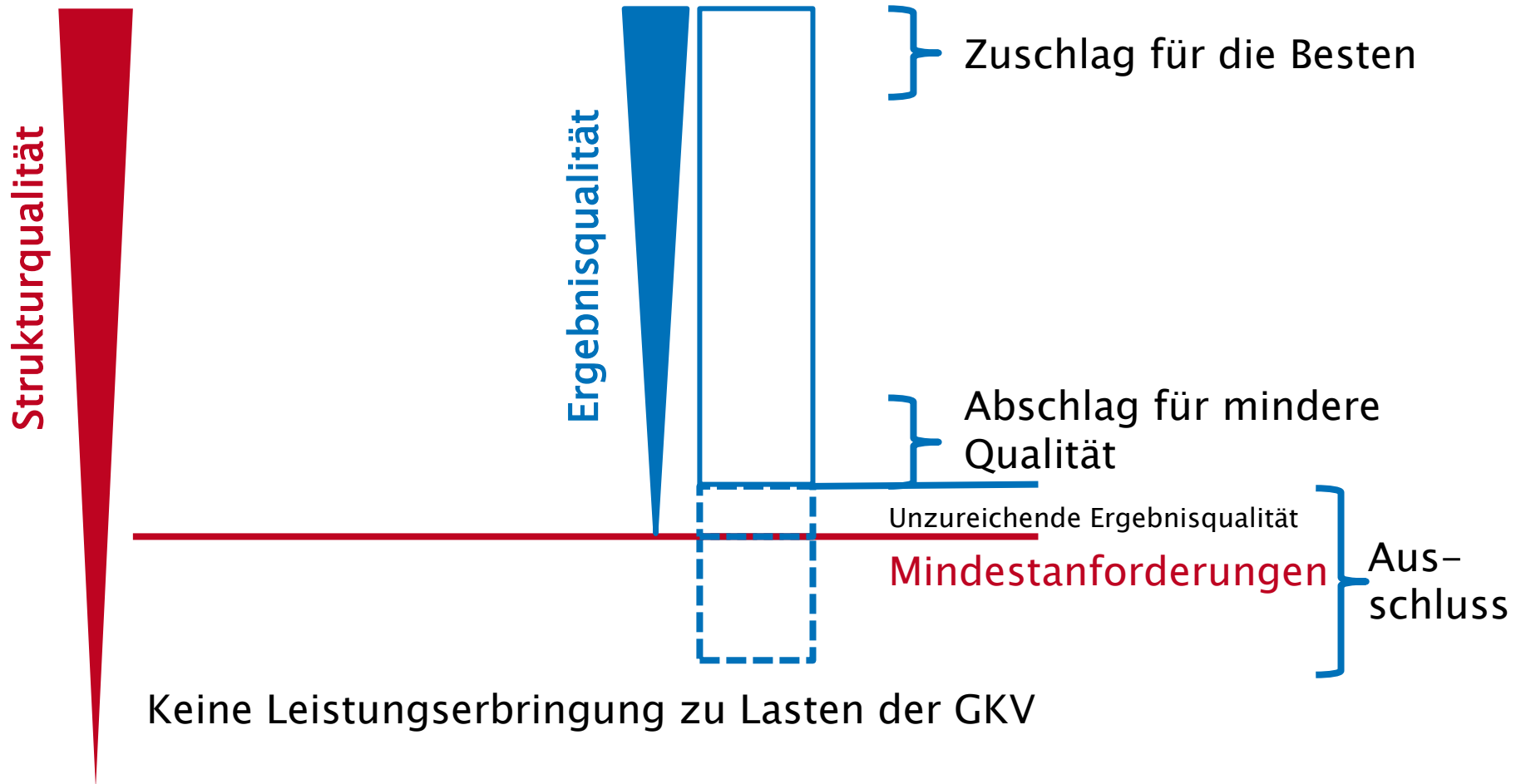
1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge

- ▶ Der G-BA definiert Indikatoren für qualitätsorientierte Vergütung.
- ▶ Abschläge bei schlechter Qualität obligatorisch.

GKV-Position:

- ▶ Begrüßenswertes Instrument; Umsetzung auf Basis bereits bestehender Indikatoren
- ▶ Aufkommensneutrale Umverteilung mit Anreizen zur Qualitätsverbesserung auch über der Mindestanforderung
- ▶ Qualitätsabschläge würden die Krankenhausplanung und -struktur nachhaltig positiv verändern.

GKV-Spitzenverband: Struktur- und Ergebnisqualität



DRG-QS-Kreuztabelle

DRG		Endoprothetik																
		Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ... Anderer Eingriffe am Hüftgelenk Prothesenwechsel am Hüftgelenk Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ...																
QS-Indikator		1	2	3	4	...	I03A	I03B	I08H	I46A	I46B	I47A	I47B	...	1197	1198	1199	1200
		520	521	522	523	524	525	526	...	1197	1198	1199	1200					
	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Ind	1082	HUFT-TEP	85														
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	456	HUFT-TEP	86														
	Sterblichkeit im Krankenhaus	457	HUFT-TEP	87														
	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	449	HUFT-TEP	88														
	Allgemeine postoperative Komplikationen	455	HUFT-TEP	89														
	Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	264	HUFT-TEP	90														
	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach	446	HUFT-TEP	91														
	Gefäßläsion / Nervenschaden	447	HUFT-TEP	92														
	Wundhämatome / Nachblutungen	454	HUFT-TEP	93														
	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationsk	268	HUFT-WECH	94														
	Reoperation aufgrund von Komplikationen	470	HUFT-WECH	95														
	Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung	10878	HUFT-WECH	96														
	Gefäßläsion / Nervenschaden	2221	HUFT-WECH	97														
	Wundhämatome / Nachblutungen	468	HUFT-WECH	98														
	Allgemeine postoperative Komplikationen	469	HUFT-WECH	99														
	...																	
	335																	
	336																	
	337																	
	338																	
	339																	
	340																	
	DRG-Bereich mit Zu-Abschlägen																	

QS-Score

DRG-Cluster



Spitzenverband

Qualität

Der Fokus auf Qualität ist richtig. Dies wird die Versorgungswirklichkeit kurzfristig nicht ändern.

Am ehesten wird sich die konsequente Umsetzung von Mindestmengen auswirken.

Qualitätszu- und -abschläge sind technisch anspruchsvoll und umstritten. Es bleibt dabei: Durch Abschläge werden schlechtere Leistungen nicht besser, aber sie werden seltener.

Jede Leistungsorientierung muss gegen die DKG durchgesetzt werden.



Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

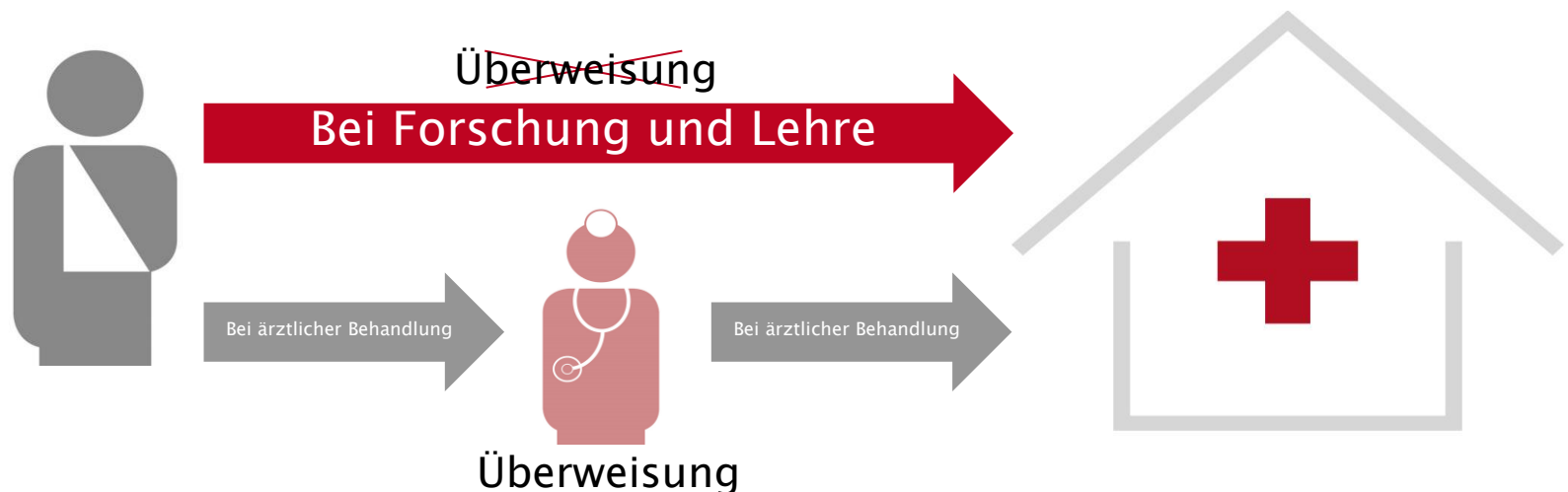
Neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband

Neue Aufgabe G-BA	Aufgaben für die Selbstverwaltung
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)
Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA	Notfallversorgung (Vergütung)
Qualitätszu- und -abschläge	Zentrumszuschläge (Konzept)
Qualitätsverträge	Klinische Sektionen
Sicherstellungszuschläge	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallversorgung	Absenkung von Bewertungsrelationen & Sinkende Sachkosten
Zweitmeinung	Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag
Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA	Katalog nicht-mengenanfälliger Leistungen
<i>Mindestmengenregelung</i>	Tarifrate
<i>Qualitätsbericht</i>	Expertenkommission Pflege
<i>OP-Checklisten (QM-Richtlinie)</i>	Hochschulambulanzen
<i>Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse</i>	Mehrkosten G-BA

Hochschulambulanzen

Erweiterter Behandlungsumfang

- ▶ § 117 Absatz 1/2 SGB V – Erweiterung Behandlungsumfang:
 - Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung kraft Gesetzes
 - Forschung u. Lehre grdsl. ohne Überweisungsgebot, dafür
 - ärztliche Behandlung/Untersuchung von Personen, die wegen Art, Schwere, Komplexität Erkrankung einer HSA-Behandlung bedürfen, nur auf Überweisung
 - betrifft gleichermaßen psychologische Universitäten und psychotherapeutische Ausbildungsstätten (PsychThG?)



Wie gut sind die Hochschulambulanzen als Versorger?

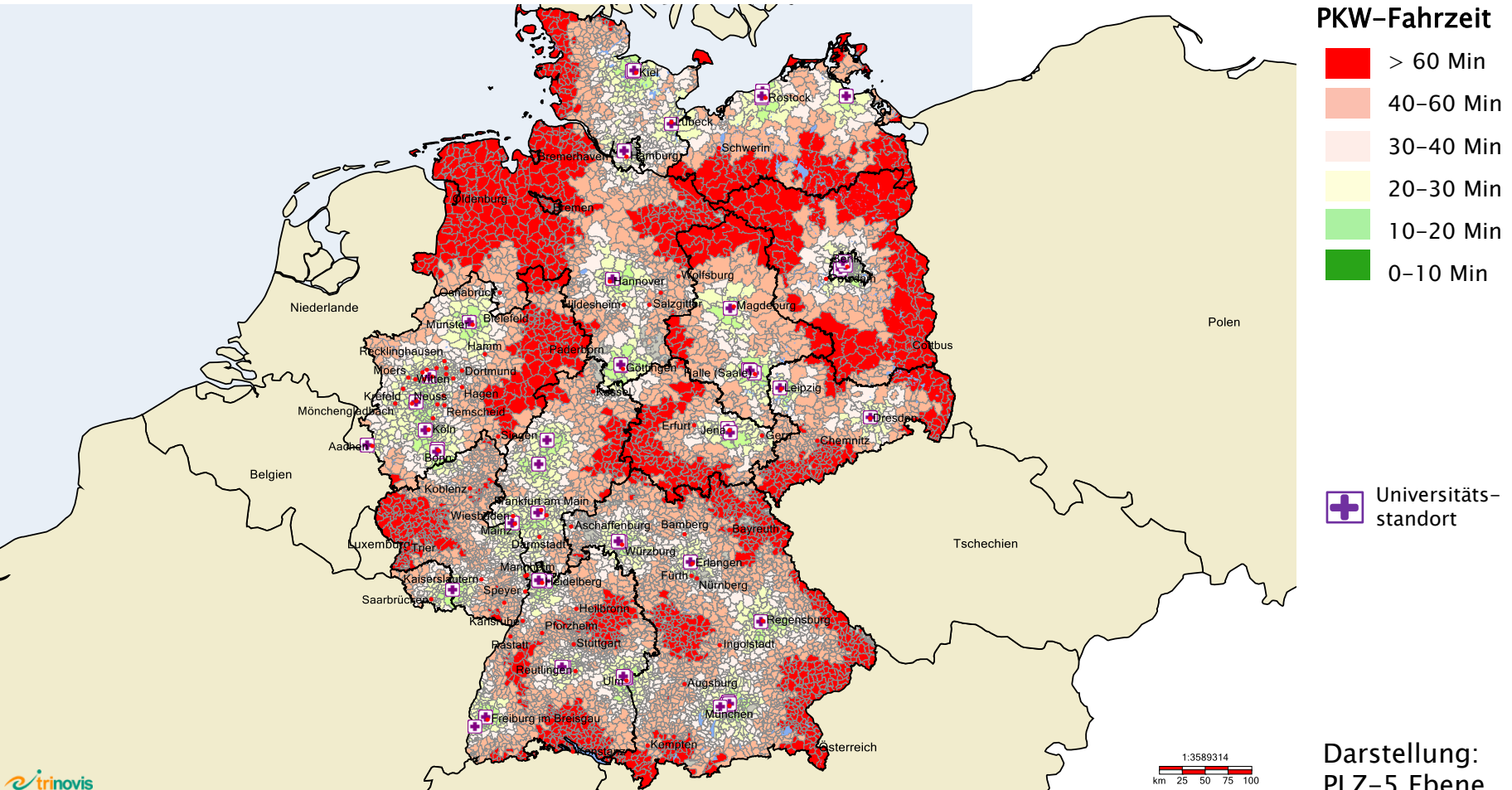
- ▶ Erreichbarkeit
- ▶ Patientenfreundliche Arbeitsabläufe
- ▶ Persönliche Betreuung des Patienten
- ▶ Nachweisliche Qualitätsstandards
- ▶ Effizienz
- ▶



Erreichbarkeit von Universitätsstandorten



Spitzenverband



Erreichbarkeit von Universitätsstandorten nach Bevölkerungsperzentilen

Erreichbarkeit

Perzentil	Fahrzeit	Fahrstrecke
5%	8,7	4,6
10%	12,2	7,4
20%	18,1	15,1
30%	23,7	24,0
40%	29,1	33,5
50%	35,1	43,5
60%	41,3	54,6
70%	48,6	66,7
80%	56,9	81,6
90%	68,4	103,1
95%	78,5	121,5
99%	100,0	177,5
100%	168,0	276,0
Einwohner gesamt	80.523.746	

Das bedeutet, dass...

... fast 20 % der Bevölkerung länger
als eine Stunde zur nächsten
Hochschulambulanz benötigt.

Hochschulambulanz auf drei Säulen



GKV-Vorschlag: Separate Regularien für Zugang

- ▶ Forschung

Kriterium freier Zugang für alle Versicherten, die Teil einer Studie sind oder dafür rekrutiert werden

- ▶ Zentrum

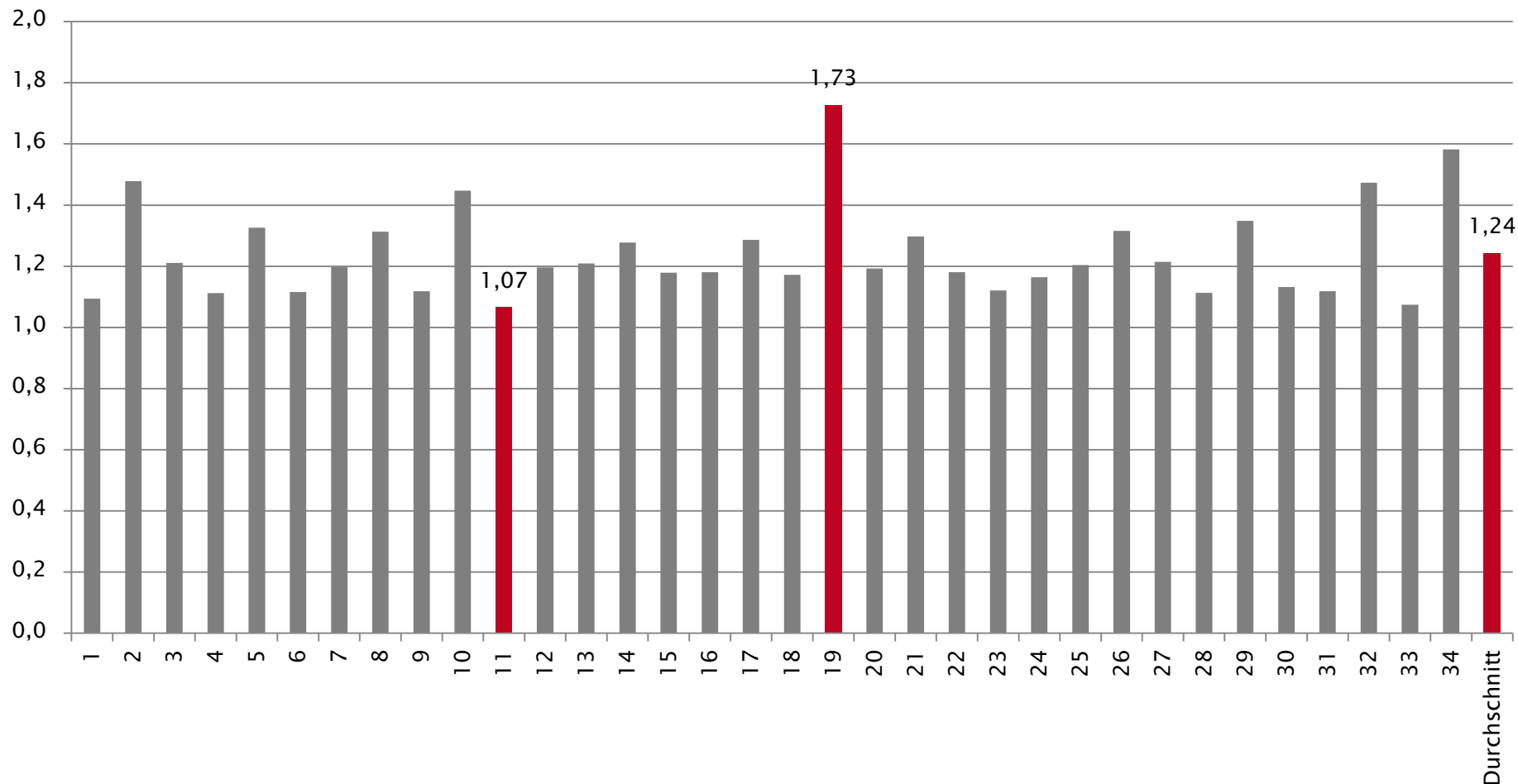
Zugang via Überweisung und Eingrenzung auf bestimmte „schwere“ Diagnosen und Prozeduren (ähnlich wie in den ASV-Konkretisierungen)

- ▶ Lehre

Breites Patientenspektrum mit einer an der Studentenzahl orientierten Mengengrenze

Anzahl kodierter Diagnosen

Anzahl Diagnosen je Fall



Quelle: WIdO Stand 04/2015

Ein Vorschlag: Gebührenordnung für Hochschulambulanzen



- ▶ 50 % Mehrausgaben sind nur zu rechtfertigen, wenn man auch weiß, wofür das Geld ausgegeben wird.

Grundprinzipien:

- ▶ Bundesweit gültige Relativgewichte auf empirischer Basis (InEK-Kalkulation?), Preise vor Ort
- ▶ Mittlere Komplexität (z. B. 5 Schweregerade für 50 unterschiedliche Ambulanzen)
- ▶ Ergänzende Entgelte „vor Ort“
- ▶ Grouper auf der Basis einer sauberen Kodierung

Notfallambulanzen

Gesetzgeberische Maßnahmen

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

▶ Ambulant:

- Kann-Regelung zur Kooperation zwischen KVen und Krankenhäusern wird zur Soll-Regelung

Krankenhausstrukturgesetz

▶ Stationär:

- G-BA-Richtlinie für eine gestufte stationäre Notfallversorgung (Strukturanforderungen) bis Ende 2016
- Vergütungsvereinbarung, auf Basis der G-BA-Richtlinie bis Mitte 2017

▶ Ambulant (Ergänzung vom 02.10.15):

- KVen müssen entweder Portalpraxen an/in Krankenhäusern betreiben oder Notfallambulanzen der KHs einbinden
- Ergänzter Bewertungsausschuss (GKV-SV, KBV und DKG) künftig für Vergütung zuständig

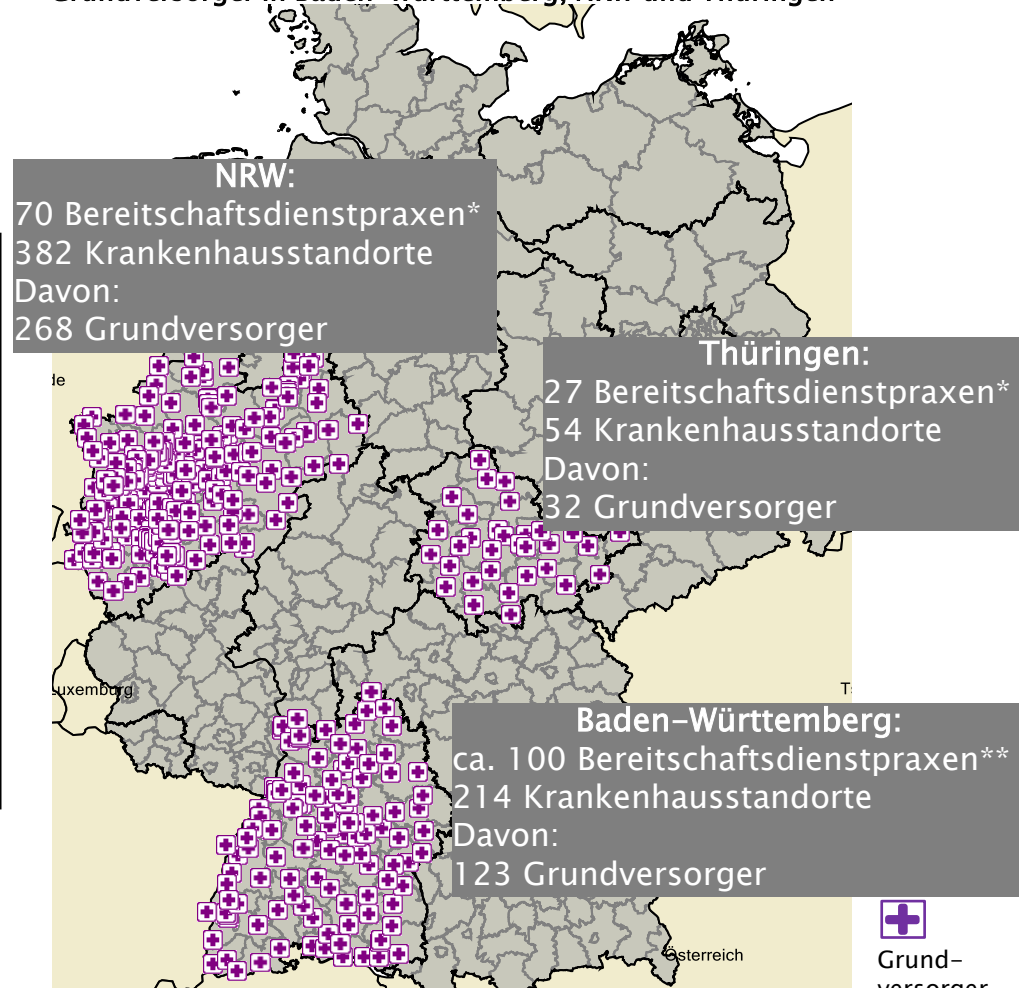
Portalpraxen ?!?

- ▶ 02.10.2015, Eckpunkte zum Änderungsbedarf des Entwurfs des KHSG:

„Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag. Die Regelung zur Organisation des Notdienstes wird ergänzt; KVen sollen zukünftig entweder **„Portalpraxen“** in bzw. an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten **oder** die **Ambulanzen** von Krankenhäusern über entsprechende Vertragsvereinbarungen **unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden.**“

KV-Bereitschaftspraxen und Notfallambulanzen am Krankenhaus

Grundversorger in Baden-Württemberg, NRW und Thüringen



*Öffnungszeiten: i.d.R. bis 22.00 oder 24.00 Uhr
 **i.d.R. am Krankenhaus angesiedelt

STARTSEITE

116 117 AUF EINEN BLICK

Einsatzzeiten
 In Ihrer Region
 Über das Projekt
 Fragen und Antworten

ÜBER UNS

INFOMEDIEN

116 117 IN IHRER REGION




Die Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen

Je nach Region ist der ärztliche Notdienst unterschiedlich aufgebaut. Er wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. So gibt es in vielen Bundesländern spezielle Bereitschaftsdienstpraxen, die Sie im Krankheitsfall aufsuchen können. Anderenorts findet die Behandlung in der Praxis des Arztes statt, der Dienst hat. Etliche Kassenärztliche Vereinigungen arbeiten zusätzlich mit einem fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, der Sie zu Hause ärztlich versorgt, vor allem dann, wenn es Ihr Gesundheitszustand nicht zulässt, dass Sie eine Notfallpraxis aufsuchen.

Über die vorwahlfreie Rufnummer 116 117 werden Sie an den jeweiligen Dienst weitergeleitet. Dies ist eine enorme Erleichterung, denn derzeit gibt es für den ärztlichen Bereitschaftsdienst annähernd tausend verschiedene Telefonnummern, die teilweise täglich wechseln.

Mehrere Kassenärztliche Vereinigungen bieten neben dem allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst spezielle fachärztliche Bereitschaftsdienste an, zum Beispiel einen kinderärztlichen oder augenärztlichen Dienst. Diese Angebote sind weiterhin über die bekannten regionalen Rufnummern erreichbar.

So ist der ärztliche Bereitschaftsdienst in Ihrer Region organisiert:

- Baden-Württemberg 
- Bayern 
- Berlin 
- Brandenburg 
- Bremen 

WEITERE INFOS

Die Kassenärztlichen Vereinigungen

TEILEN

Diese Seite bookmarken

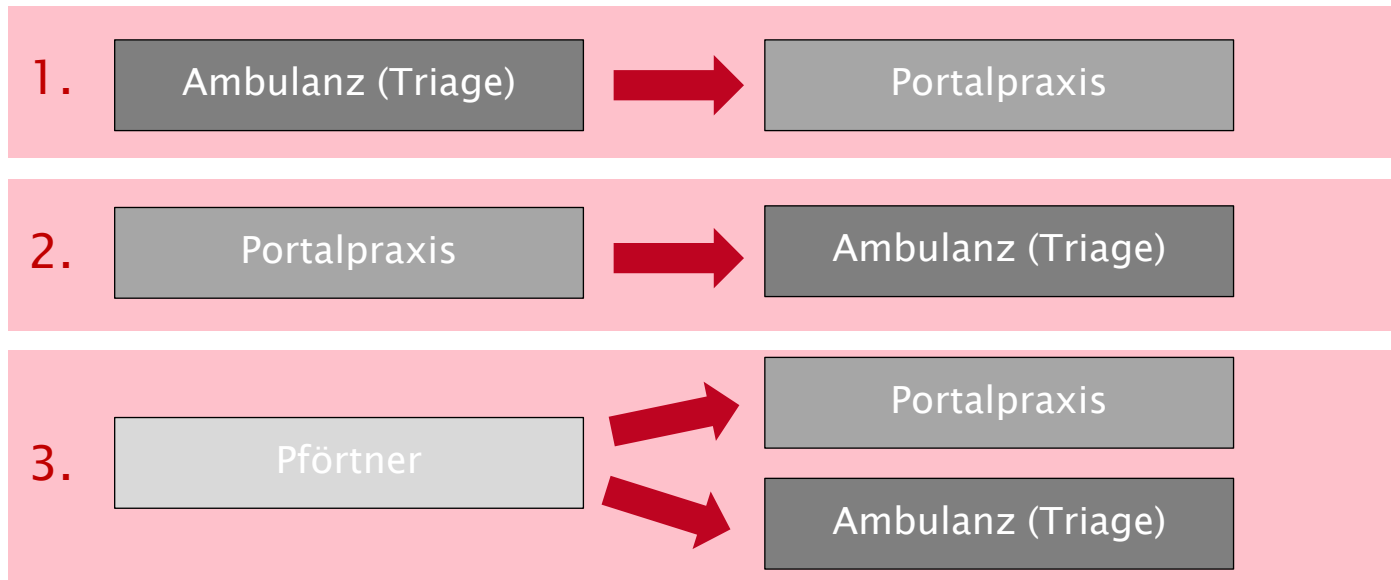


Empfehlen Sie diese Seite

Quelle: KBV-Webseite, <http://www.116117info.de/html/14.php>

Entscheidung an der Pforte ?

Notfall-
sympto-
me*



Mangelnde Qualifikation und Spezialisierung in KH-Ambulanzen

- ▶ Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist in Deutschland kein Problem.
- ▶ Der Notfall beginnt, wenn man das Krankenhaus erreicht hat.
- ▶ Oft überforderte Assistenzärzte in lebenskritischen Situationen.
- ▶ Andere Länder (z.B. Österreich) konzentrieren aus Qualitätsgründen die Notfallaufnahmen auf wenige Standorte.

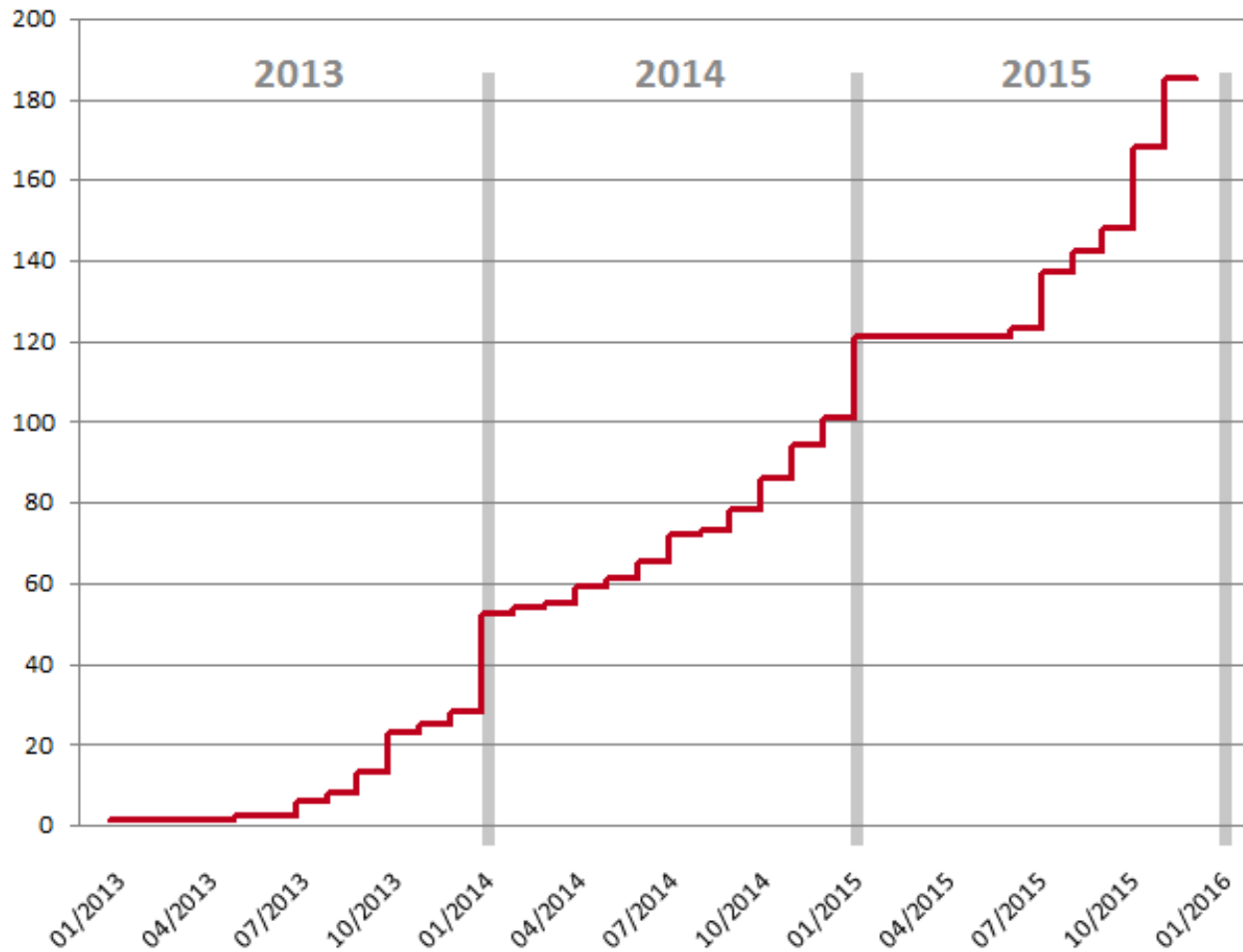


Spitzenverband

Gang der Handlung

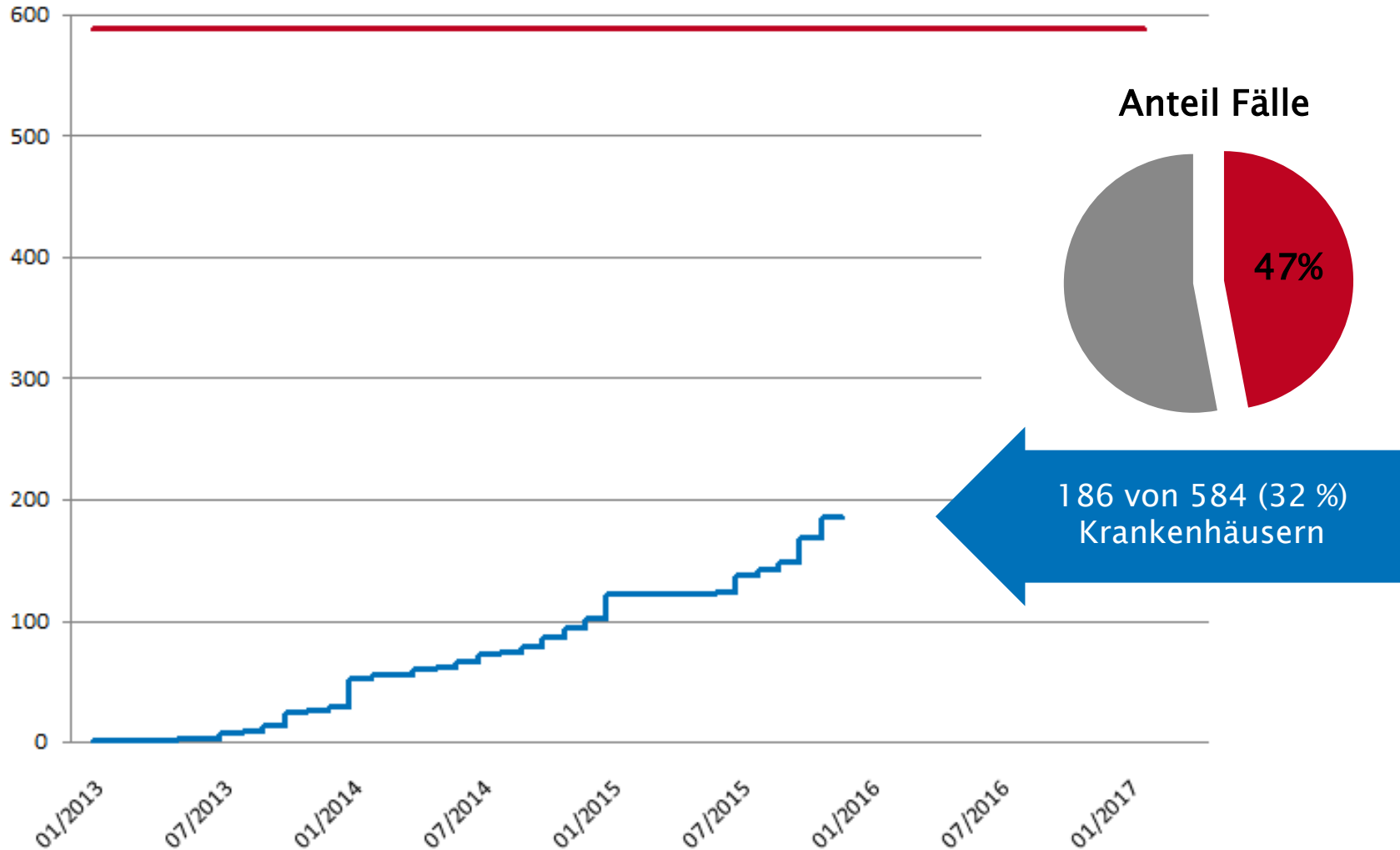
1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

Optionsverlauf 2013 – 2015



Quelle: Abrechnung- und Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Stand November 2015

Optionshäuser Stand 11 / 2015



Quelle: Abrechnung- und Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Stand November 2015



Option nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl KH	Option	in %
Baden-Württemberg	90	11	12%
Bayern	84	36	43%
Berlin	17	3	18%
Brandenburg	18	2	11%
Bremen	5	0	0%
Hamburg	13	3	23%
Hessen	46	22	48%
Mecklenburg-Vorpommern	14	2	14%
Niedersachsen	42	6	14%
Nordrhein-Westfalen	116	53	46%
Rheinland-Pfalz	37	7	19%
Saarland	9	2	22%
Sachsen	27	18	67%
Sachsen-Anhalt	20	5	25%
Schleswig-Holstein	32	8	25%
Thüringen	14	8	57%
Gesamtergebnis	584	186	32%

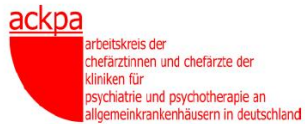
Übersicht der bewerteten PEPP-Entgelte 2016

	KJP		Psychiatrie						Psycho-somatik	
Prä-Strukturgruppe	P002Z		P003A							
			P003B							
			P003C							
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		PP14Z
	PK04A	PK14C		PA02D						
	PK04B									
Teil-stationär	TK04Z	TK14Z	TA02Z	TA15Z	TA19Z	TA20Z			TP20Z	

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung der bewerteten Entgelte auf Basis der PEPPV 2016 mit Änderungen zur PEPPV 2015

Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems

Beteiligte Fachgesellschaften:



Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt
Konzept für ein Budgetbasiertes Entgeltsystem

Die Fachgesellschaften und Verbände
der Plattform Entgelt

Konzept eines
Budgetbasierten Entgeltsystems
für die Fachgebiete
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Grundelemente des Konzept

- ▶ Krankenhausindividuelle Budgets
- ▶ Erarbeitung von (Kosten-)Modulen z.B. Intensiv
- ▶ Finanzierung der erforderlichen Personalausstattung in voller Höhe der tatsächlichen Kosten
- ▶ Bestimmung des Personalbedarfs durch eine Expertenkommission
- ▶ Patientenbezogene und tagesbezogene Abrechnung
- ▶ Selbstverpflichtung der Krankenhäuser zur Leistungstransparenz; nur exemplarische MDK-Prüfung
- ▶ Kontrahierungszwang der Krankenkassen in Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Erste Bewertung des GKV-SV (1 / 2)

- ▶ Ein Vorschlag ist besser als eine undifferenzierte Abwehrhaltung gegen PEPP.
- ▶ Das Konzept hat in der Umsetzung viele Elemente der PEPP-basierten Psych-Entgeltreform, ist im Kern aber alte Selbstkostendeckung.
- ▶ Statt globaler Festschreibung des Personalbedarfs plädiert der GKV-SV für Anhaltszahlen in qualitätskritischen Bereichen.
- ▶ In der Psychiatrie scheitert die Evidenzbasierung der Anhaltszahlen an fehlenden Verfahren der externen Qualitätssicherung und der schwierigen Risikoadjustierung.

Erste Bewertung des GKV-SV (2 / 2)

- ▶ Modellvorhaben sollten auf Basis von Konzepten, Patientennutzen und der Berücksichtigung von Kosten und Verlagerungen vereinbart werden – aber nicht durch einen Kontrahierungszwang für die Krankenkassen.
- ▶ Der Ruf nach weniger MDK-Prüfungen lässt Manipulationsabsicht vermuten.
- ▶ Es ist kein Ansatz erkennbar, den bestehenden Anreiz zur Maximierung von Tagen und Betten aufzulösen oder zumindest abzuschwächen.
- ▶ Die GKV ist bereit, in einen Dialog über neue Module (Komplex-OPS) einzutreten.



Spitzenverband

Gang der Handlung

1. Beitragsbelastung KHSG
2. Strukturfonds
3. Qualitätsorientierung
4. Ambulanzen
5. PEPP und Anti-PEPP
6. Fazit

Fazit

- ▶ Das KHSG ist eine Krankenhausreform, aber keine „große“. Ungelöst ist das Problem rückläufiger Länderinvestitionen.
- ▶ In der Schlussphase der KHSG–Gesetzgebung haben sich vor allem die Länder bedient (Griff in den Gesundheitsfonds).
- ▶ Die finanzielle Mehrbelastung ist beitragsrelevant.
- ▶ Qualitätsorientierung ist gut, wirkt aber erst langfristig.
- ▶ Die Neuordnung der Notfall– und Hochschulambulanzen wird mit dem KHSG begonnen, nicht abgeschlossen.
- ▶ Die Psych–Entgeltreform wird nur mit einem verbessertem OPS und differenzierter PIA–Vergütung erfolgreich sein können.
- ▶ Immerhin: Es zeichnet sich ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung ab.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de