

Das DRG-System 2022 –

„Reset der Krankenhausfinanzierung?!“

44. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 15.11.2021

Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband

Agenda

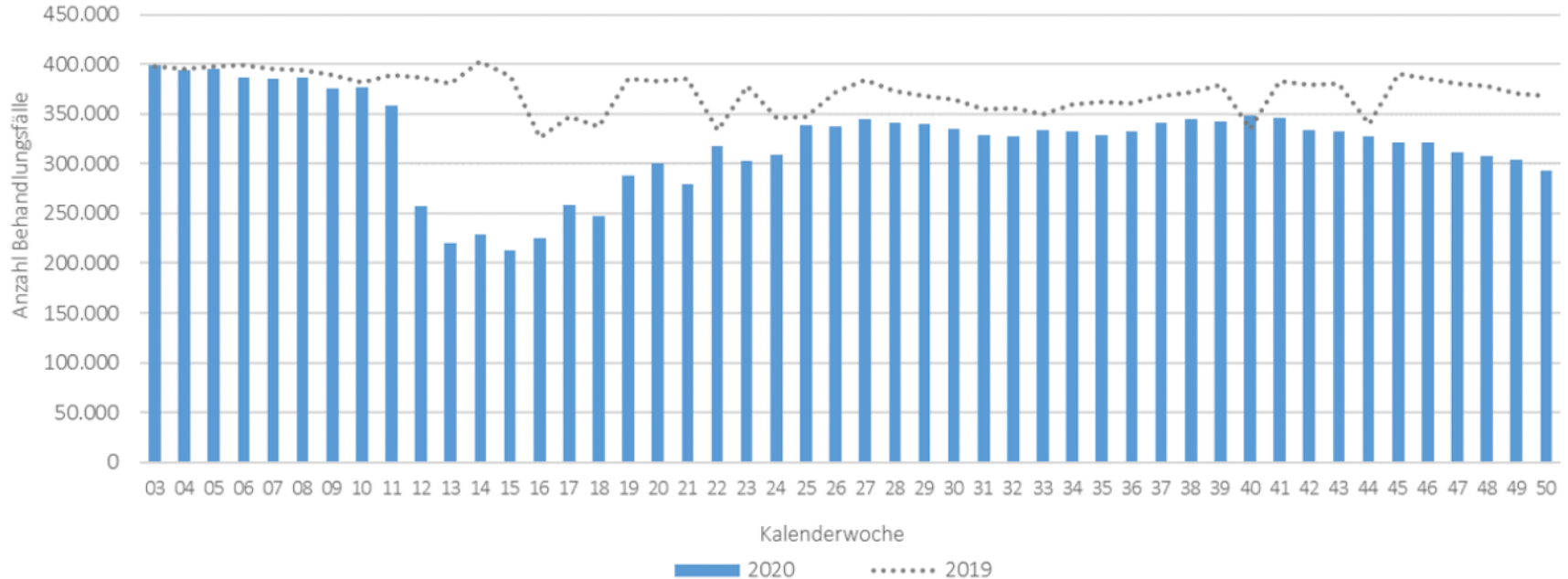
1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Leistungsentwicklung 2020 vs. 2019

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



Spitzenverband



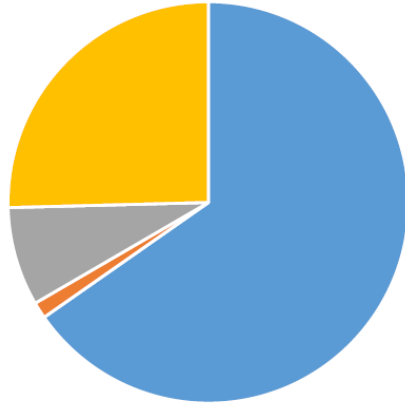
Quelle: Prof. Busse (auf Basis von Daten des InEK), Präsentation vom 15.03.2021 – Spreestadt-Forum

Bettenauslastung 2020



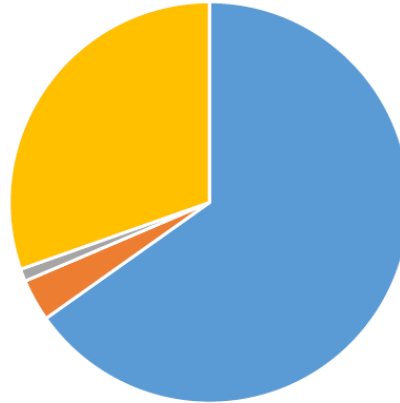
Snitzenverband

Bettenbelegung DRG-Häuser
2020



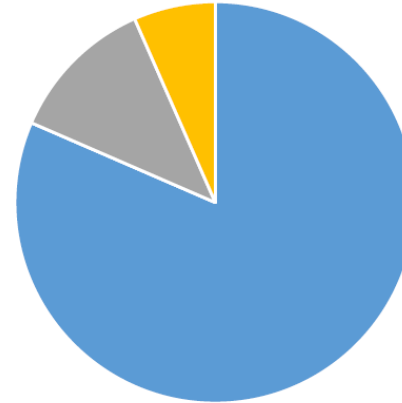
■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung Intensiv in
DRG-Häusern 2020



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

Bettenbelegung psych. Häuser
2020



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

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

Quelle:
Gutachten Augurzky,
Busse 2021 für den
Expertenrat

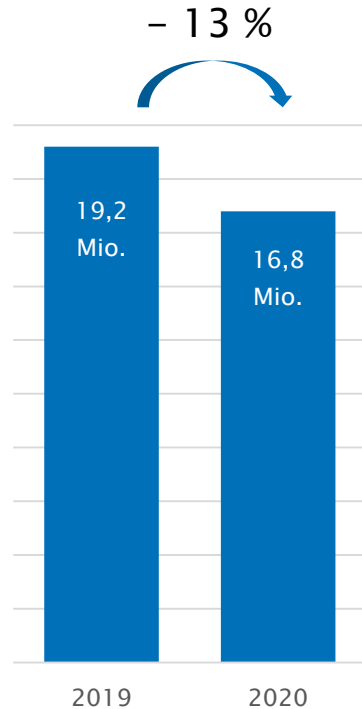


Nur 2 % der Betten waren mit Coronapatienten belegt,
4 % auf Intensivstationen.

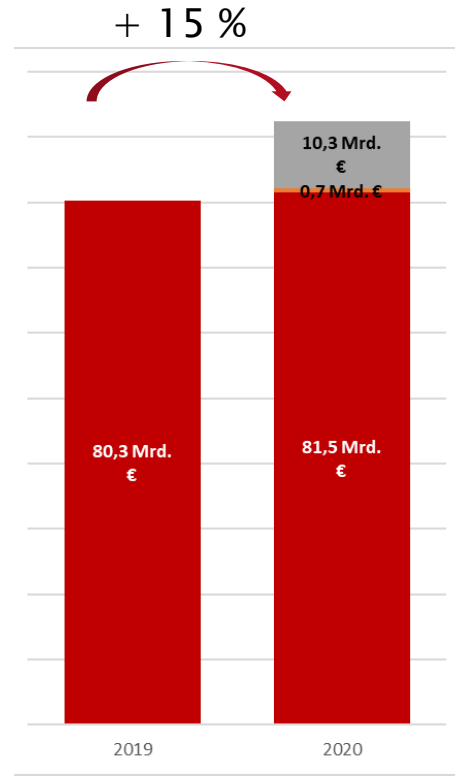
Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung



Spitzenverband



Fallzahlen



Erlöse

Bund im Jahr 2020:
+ 10,3 Mrd. Euro
Freihaltepauschalen
+ 0,7 Mrd. Euro
Intensivbettenaufbau

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

Quelle: Fallzahl – InEK (Datenbrowser); Erlöse: Amtliche Statistik KJ1; BAS; Meldungen der Länder

Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung

DAS GOLDENE JAHR DER KRANKEN- HAUS- FINANZIE- RUNG

Daten zeigen: 2020 war für Krankenhäuser eher ein Jahr der Unterauslastung, nicht der generellen Überlastung. Der Bund hat im vergangenen Jahr kräftig mitgemischt – und wird es künftig wohl noch stärker tun. Und: Es lohnt die Versorgung zu konzentrieren und planvoll zu stufen, nicht nur in Zeiten der Pandemie.

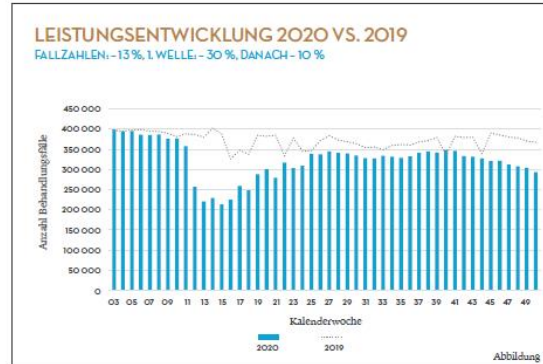
von *Wolfgang Dietrich Leber*, Leiter der Abteilung Krankenhaus bei GKV-Spitzenverbänden

2020 – war da was? Es war wenig. Lediglich 2 Prozent der Krankenhausbetten waren im vergangenen Jahr durch Corona-Patienten belegt. In Worten: zwei! Das ist das Ergebnis einer Analyse, die der Ökonom Boris Augurschky und der Epidemiologe Reinhard Busse für das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet haben. Beide Wissenschaftler sind Mitglied im Corona-Expertenbeirat, den Jens Spahn vor einem Jahr einberufen hat, um Umfang und Verteilung der beachtlichen staatlichen Corona-Hilfen zu analysieren.

Den Wissenschaftlern standen für die Analyse Leistungs-

daten aller deutschen Krankenhäuser zur Verfügung, die beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zusammengeführt wurden. Erste Analysen wurden bereits im letzten Sommer erstellt und waren Grundlage für Empfehlungen des Beirats.

Ein wenig konzentrierend zur medialen Darstellung war 2020 für die Krankenhäuser weniger ein Jahr der Überlastung – vielmehr war es das Jahr der Unterauslastung: Die Zahl der Krankenhausfälle ging im Frühjahr um 30 Prozent zurück – im Jahresdurchschnitt um 13 Prozent (Abbildung 1).



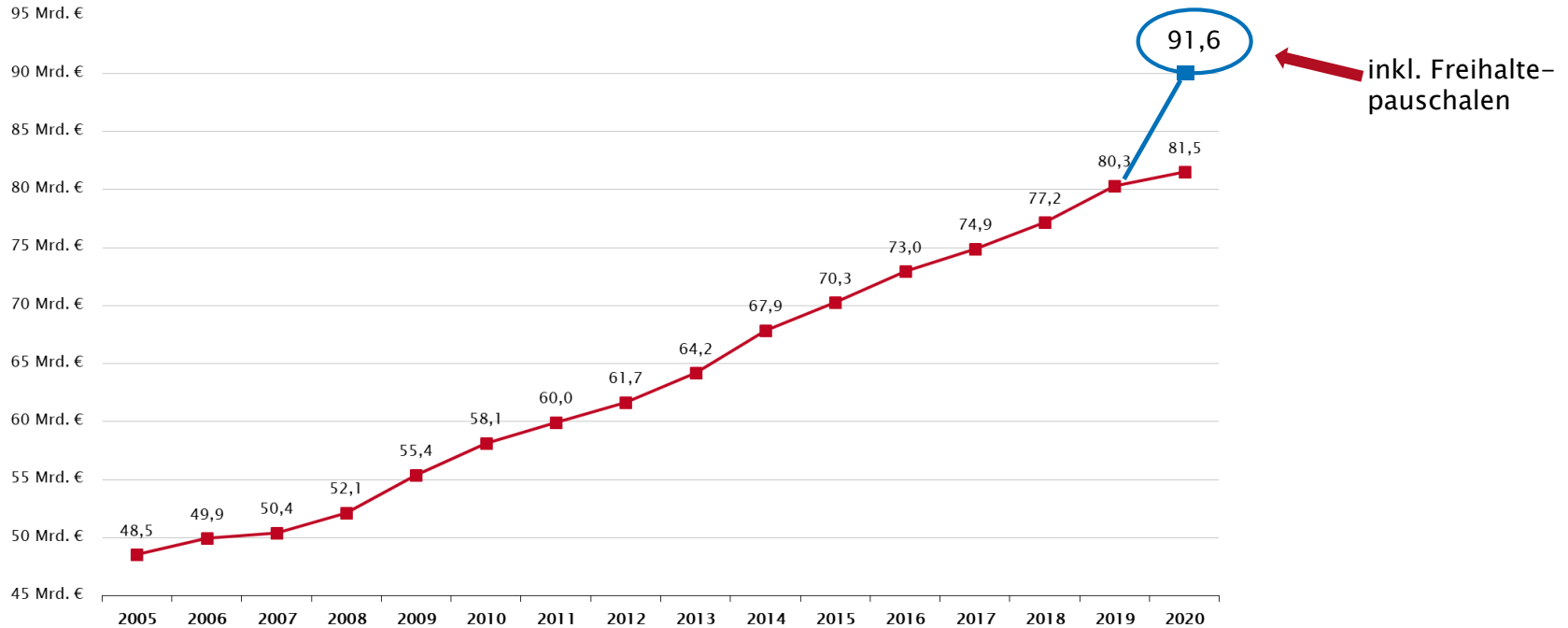
Quelle: Prof. Busse (auf Basis von Daten des InEK), Präsentation vom 16.03.2021, Spirexact-Forum

Quelle:
Leber, WD: Das goldene Jahr der
Krankenhausfinanzierung,
in: Deges, S (Hrsg.): Transformation
Leader 02/2021, Verlag ZENO,
Heidelberg 2021, S. 100 – 106

GKV-Ausgabenentwicklung und Freihaltepauschalen



Spitzenverband



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45 für 2020

Warten auf die DRG-Ersatzvornahme für 2022

- ▶ Kernbotschaft: Pflege wird voll finanziert, aber bitte keine Doppelfinanzierung!
- ▶ Durch die Selbstkostendeckung werden die tatsächlichen Pflegepersonalkosten vollständig ausfinanziert (2018/2019 und 2019/2020 jeweils + 10 %).
- ▶ Die Verlagerungsdiskussion um die Verabschiedung des DRG-Kataloges 2022 zielt auf die Doppelfinanzierung derselben Kosten über die Fallpauschalen.
- ▶ Die Bereinigung um 175 Mio. Euro (Entwurf der Ersatzvornahme) reicht nach Ansicht der GKV nicht aus – aber das wussten Sie schon.

DRG – wie weiter?

- ▶ Leistungsbezogene Vergütung bleibt im Grundsatz richtig.
- ▶ Man spürt den Stimmungswechsel:
 - Bei steigenden Fallzahlen wollen alle Fallpauschalen.
 - Bei sinkenden Fallzahl wollen alle feste Budgets.
- ▶ Achtung: Weniger als 50 % der Krankenhausfinanzierung erfolgt durch DRG-Fallpauschalen. Der Rest ist:
 - Pflegebudget
 - PEPP-Tagespauschalen
 - Investitionsfinanzierung
 - Ambulante Leistungen
 - ZE, Besondere Einrichtungen,

Ein Vorschlag: Finanzierung von Vorhaltekosten aus Bundesmitteln

- ▶ Weitere Ausgliederungen à la Pflegebudget führen ins Chaos. Das würde insbesondere gelten für Ausgrenzung von Leistungen für Kinder, ambulante-stationäre Budgets und Regionalbudgets.
- ▶ Halbwegs Konsens nach kollektiver Pandemieerfahrung:
Mehr Finanzierung von „Vorhaltekosten“
- ▶ Die Bundesmittel, die in der Pandemie für Freihaltepauschalen verwendet wurden, könnten künftig direkt zur Vorhaltefinanzierung genutzt werden.
- ▶ Achtung: Vorhaltefinanzierung ist weder eine Freihaltepauschale noch Investitionsfinanzierung.
- ▶ Die Mittel sollten nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgen und nicht über die Länderhaushalte fließen (Gefahr der Veruntreuung).

Vorhaltefinanzierung: Einige Grundprinzipien

- ▶ Die Vorhaltefinanzierung hat einen klaren Bevölkerungsbezug.
- ▶ Erreichbarkeit ist die zentrale Zuordnungsgröße für den Bevölkerungsbezug.
- ▶ Die Finanzierung muss nach Versorgungsstufe differenziert sein. Für die Stufen bedarf es einheitlicher Kriterien (vgl. Notfallstufen).
- ▶ Vorhaltung bezieht sich auf Fachabteilungen, Ärzte oder Leistungsgruppen.
- ▶ Der Versorgungsauftrag muss klar definiert sein (vgl. Notfallreserve im DIVI-Register).
- ▶ Eigener Finanzierungsweg (fallzahlunabhängig)

Agenda

1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Versorgungsstrukturen

- ▶ Wichtiger als die Reform der Vergütungsstruktur ist für Deutschland die Reform der Versorgungslandschaft.
 - ▶ Die Pandemie hat einen Mangel an Strukturierung deutlich gemacht: Betten wurden in Häusern freigehalten, die gar nicht zur Pandemiebewältigung beitragen können.
 - ▶ Die DKG fordert scheinheilig, dass die Strukturbereinigung durch Landesplanung geschehen müsse.
 - ▶ Aber: Landesplanung ist „Fake News“!
-
- ▶ Achtung: Im Folgenden geht es um das Ruhrgebiet. Für ländliche Regionen gibt es Instrumente wie den Sicherstellungszuschlag.

Hier spricht die Landesregierung von NRW

- ▶ „Eine Krankenhausschließung ist immer eine unternehmerische Entscheidung des Krankenhausträgers und keine der Landesregierung.
- ▶ Die Entscheidung über die Schließung oder den Bau eines Krankenhauses liegt in erster Linie im Verantwortungsbereich eines Krankenhausträgers.“

(vgl. Seite 7 der FAQs zum neuen Krankenhausplan; abgerufen August 2021)

- ▶ Damit wäre wohl endgültig klar, dass es keine landesplanerische Bereinigung der Krankenhauslandschaft geben wird.

Wohltemperierte Strukturanpassung

f&w 9|2021

GKV-Reformkonzept Wohltemperierte Strukturbereinigung

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft lässt sich nach Meinung unseres Autors Wulf-Dietrich Leber von der GKV nur durch konsequente Qualitätsvorgaben erreichen. Beispiele dafür sind Mindestmengen, Struktur Anforderungen für Stroke-Units und Geriatrien Notfallstufen oder Anforderungen an Zentren.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

„Die Krise ist die Mutter aller Reformen“, besagt eine alte Weisheit aus dem Politikbetrieb. Fast ein Jahrzehnt lang gab es dank sprudelnder Beitragsgelder keine nennenswerte Reform der stationären Versorgung. Mit der Corona-Pandemie könnte sich das ändern, da angesichts der finanziellen Belastungen für die Haushalte von Bund, Ländern und Krankenkassen eine Neubewertung unvermeidlich ist.

Das Spektrum notwendiger Reformen umfasst den Umbau der Pflegeversicherung und die Personalsituation in der Altenpflege ist. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass das Wachstum der Krankenversicherung gebremst werden muss, um den unvermeidlichen Anstieg in der Pflegeversicherung kompensieren zu können. Sogar „systemsprengende“ Ansätze, wie eine Bürgerpflegeversicherung, sind auf einmal nicht mehr ausgeschlossen.

Für die Pflege im Krankenhaus hat der Gesetzgeber die Richtung vorgegeben: Ein unvollendetes Projekt ist die Reform der Gesetzgebung. Das Reformvorhaben reits im Dezember 2019 in Form von Eckpunkten vorgelegt wurde aber recht kümmerlich umgesetzt. Die GKV wurde gerade in der Fallambulanz auf den Kopf gestellt. Dieser Reformabbruch ist aber vor allem ein

Auch eine rationale Landesplanung würde gegenwärtig in Deutschland nicht funktionieren.

Der deutsche Weg lautet derzeit: Trägerautonomie.

Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit – so die verfassungsrechtliche Sicht der Dinge.

Also funktioniert nur noch die Strukturierung durch Qualitätsvorgaben des G-BA.

Was die DKG als kalte Strukturbereinigung diffamiert, ist in Wahrheit „wohltemperiert“.

Strukturierung durch Strukturvorgaben

Es helfen nur:

- ▶ Mindestmengen (noch hat Deutschland damit nicht richtig angefangen)
- ▶ Strukturvorgaben wie bei Notfallstufen
- ▶ Strukturvorgaben für Stroke-Units, Geriatrien
- ▶ Personalvorgaben wie Pflegepersonaluntergrenzen
- ▶ ...

Wenn die DKG dabei nicht mitwirkt, wird die Strukturierung ohne die DKG-Mitwirkung kommen.

Agenda

1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Pflege im Krankenhaus

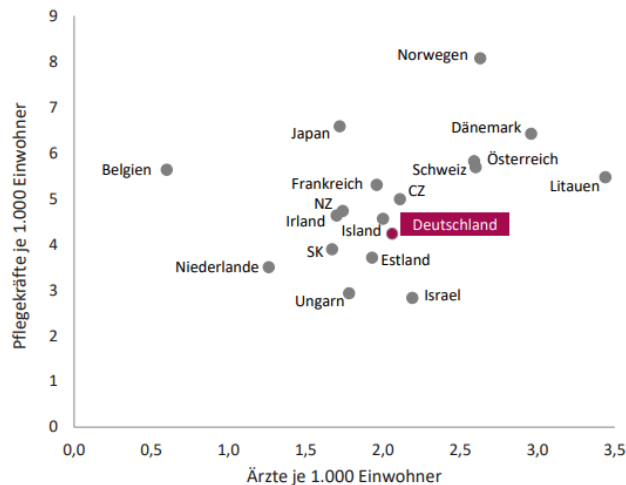
Zu wenig Pflegepersonal? Nein, zu viele Fälle.



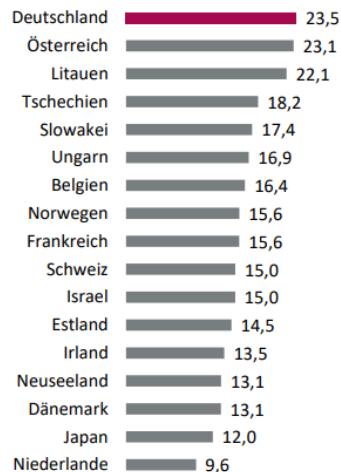
Spitzenverband

Personaldichte im Krankenhaus und Krankenhausfälle

Personaldichte im Krankenhaus (Vollkräfte)⁽¹⁾ je 1.000 Einwohner



Krankenhausfälle je 100 Einwohner



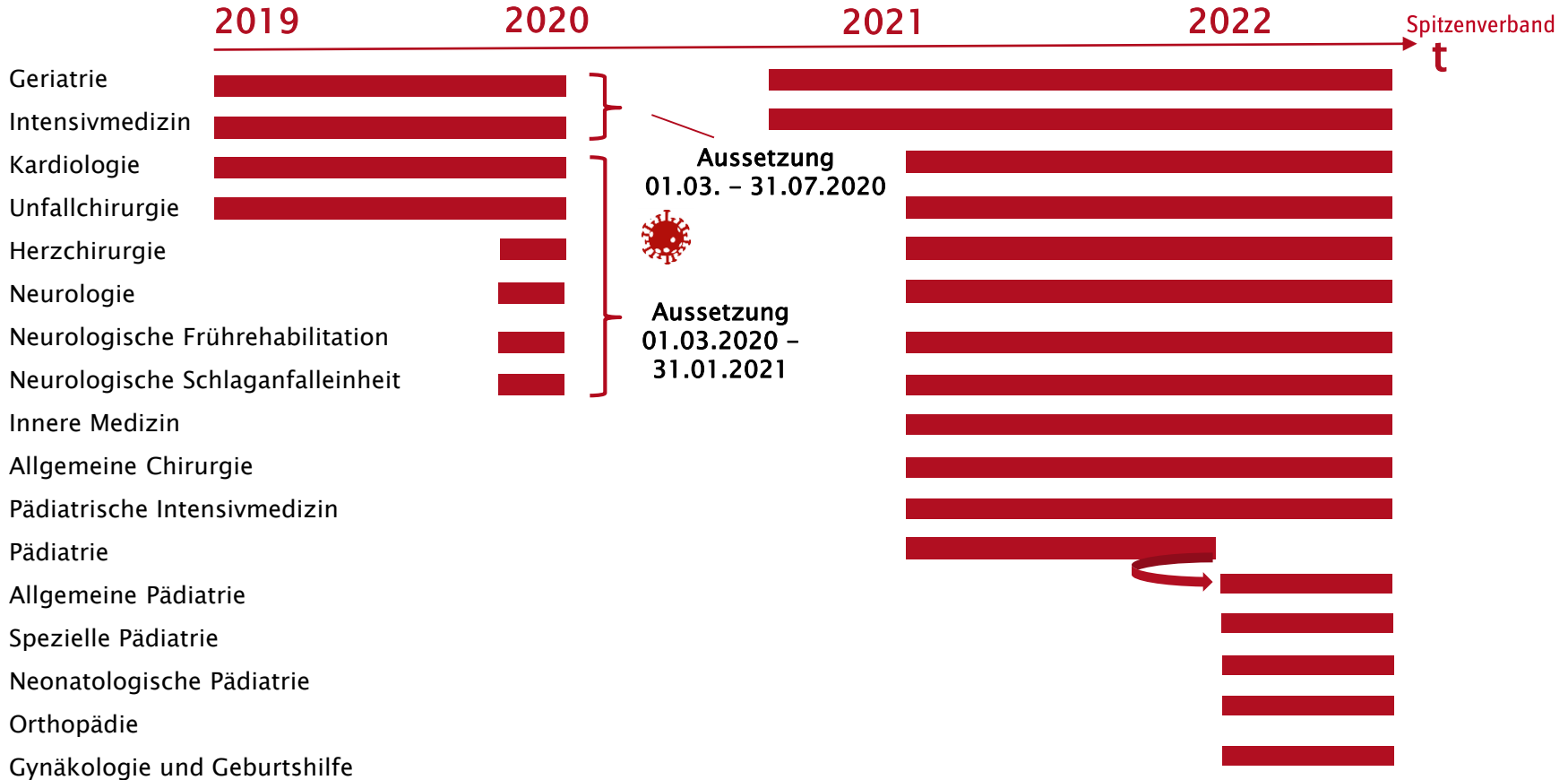
- ▶ Deutschland hat bezogen auf 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich eine durchschnittliche Personaldichte im Krankenhaus.
- ▶ Deutschland hat zu viele Krankenhausfälle!

(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2015 oder 2016). Daten zu Belgien und Dänemark aus 2014. Grundlage: Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus (Vollzeitäquivalente). Es werden nur OECD-Länder gezeigt, für die die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus als Vollzeitäquivalente sowie die Krankenhausfälle je Einwohner von der OECD bereitgestellt werden

Quelle: RWI; Augurzky et al. (2018).

Quelle: https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/K Drs._7-42.pdf

Pflegepersonaluntergrenzen: Weiterentwicklung



Pflegepersonaluntergrenzen

Es gibt in der Mindestbesetzung noch viel zu tun!



Spitzenverband

Pflegesensitiver Bereich	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt	Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt
Gesamt	4,8%	12,5%
Neurologische Schlaganfalleinheit	11,6%	20,3%
Pädiatrische Intensivmedizin	10,3%	14,6%
Intensivmedizin	8,1%	15,8%
Herzchirurgie	8,0%	12,2%
Neurologische Frührehabilitation	7,5%	14,1%
Neurologie	5,8%	14,2%
Allgemeine Chirurgie	5,0%	14,0%
Unfallchirurgie	4,3%	13,4%
Interdisziplinär	4,0%	11,4%
Kardiologie	3,7%	10,8%
Pädiatrie	3,5%	8,7%
Innere Medizin	3,0%	10,1%
Geriatric	2,7%	11,0%

12 % der Schichten sind unterbesetzt!

In einem Bereich ist sogar jede fünfte Schicht unterbesetzt!

Abb.: Nachweise 2. Quartal 2021 – Nichteinhaltung je pflegesensitiver Bereich

Neue Pflegepersonaluntergrenzen ab 2022

Übersicht Grenzwerte und anrechenbare Anteile an Hilfskräften



Spitzenverband

	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie		Geriatric		Herzchirurgie		Innere Medizin und Kardiologie		Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin*		Neurologie		Neurologische Frührehabilitation		Neurologische Schlaganfall-einheit	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./ Pfl.-k.	10	20	10	20	7	15	10	22	2	3	10	20	5	12	3	5
Anteil Hilfsk.	10 %	10 %	15 %	20 %	5 %	-	10 %	10 %	5 %	5 %	8 %	8 %	10 %	10 %	-	-

	Allgemeine Pädiatrie		Spezielle Pädiatrie		Neonato-logische Pädiatrie		Gynäkologie und Geburtshilfe	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./ Pfl.-k.	6	10	6	14	3,5	5	8	18
Anteil Hilfsk.	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	0 %

Gynäkologie und Geburtshilfe:
 Höchstanteile von Hebammen an der Gesamtzahl der Pflegefachkräfte und Hebammen:

- Tagschicht: 10 %
- Nachtschicht: 5 %

Pflegepersonalbedarfsermittlung

Gesetzlicher Auftrag: § 137k SGB V



Spitzenverband

Vertragsparteien auf Bundesebene abgestimmt mit BMG

- ▶ Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs
- ▶ bis 15.12.2021: Leistungsbeschreibung und Zeitplan an BMG
- ▶ bis 30.06.2022: Beauftragung der unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung oder von Sachverständigen mit der Entwicklung und Erprobung
→ Einbeziehung von pflege- und arbeitswissenschaftlicher Expertise

Beteiligte

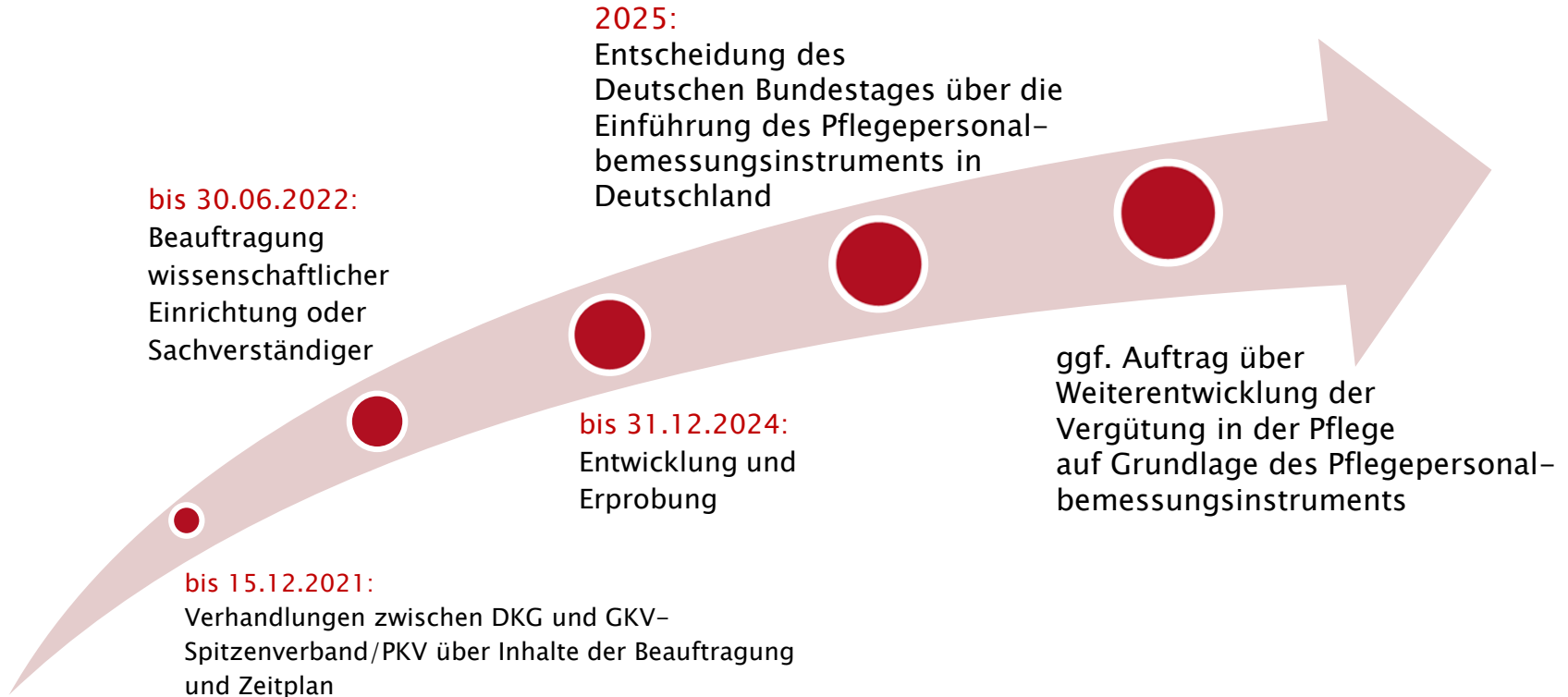
- Beauftragter der Bundesregierung für Belange Patientinnen/Patienten
- Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung
- Deutsche Pflegerat e. V.
- Personalvertreter der maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände für Krankenhäuser
- die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

Pflegepersonalbedarfsermittlung

Umsetzung § 137k SGB V und weitere Schritte



Spitzenverband



Pflegepersonalbedarfsermittlung

Lösungsansatz GKV-Spitzenverband



Spitzenverband



In KIS/Datenbanken der
Krankenhäuser integriert

Bundeseinheitliche Pflegeterminologie
mit empirisch validierten
Aufwandszeiten

Digitale
Pflegedokumentation
mit Anwendung der
Terminologie



Automatisierte
Berechnung der Anzahl
an Pflegepersonen nach
Pflegebedarf

Für die digitale
Pflegedokumentation
gibt es KHZG-Gelder.

Ab 01.01.2025 ist die
digitale Pflegedoku
Standard (andernfalls
drohen dem Krankenhaus
Rechnungsabschläge).

Agenda

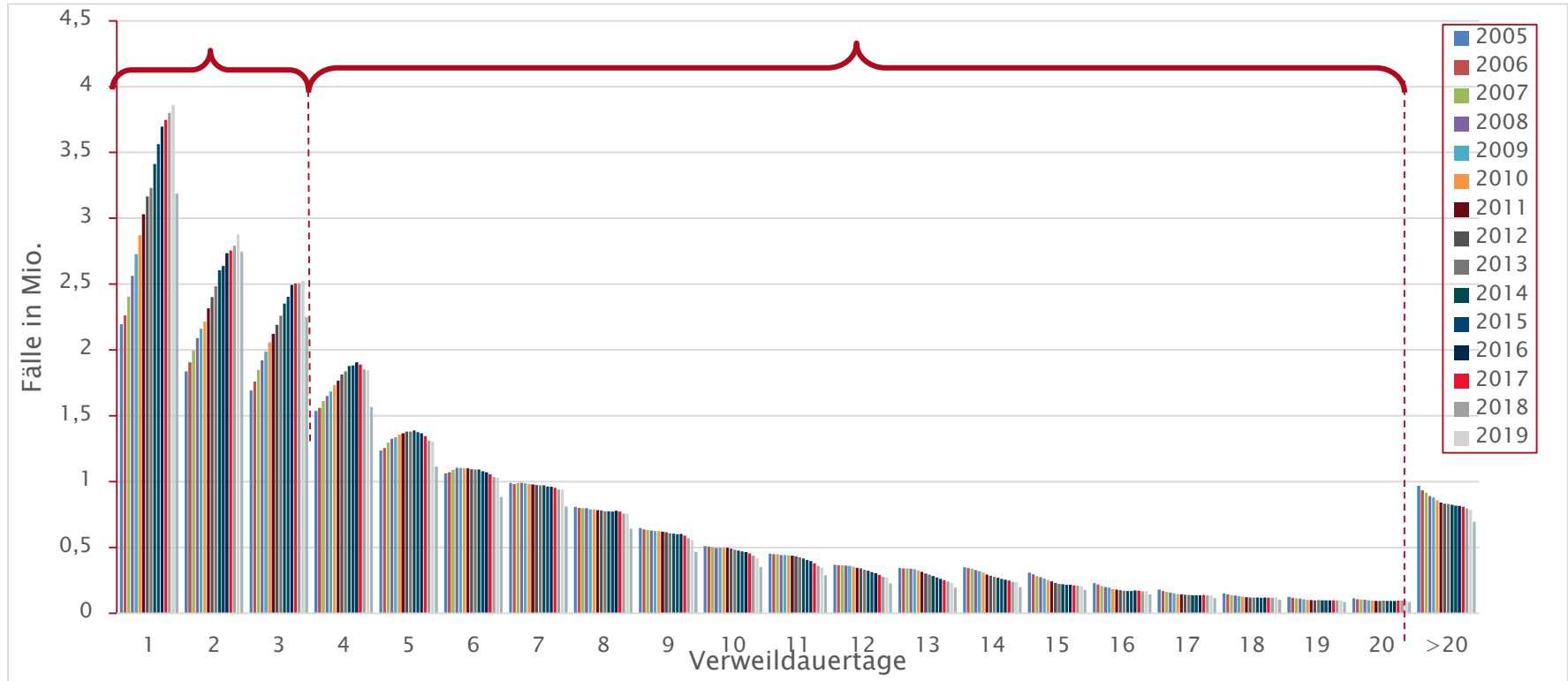
1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



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

Umsetzung des künftigen AOP-Katalogs

Zeitplan

- ▶ Gesetzliche Frist zur Vereinbarung des AOP-Katalogs und Vergütung unter der Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad bis zum 31.01.2022
- ▶ ABER: Leistungsspektrum und Systematik der Schweregraddifferenzierung erst abschließend nach Vorliegen des Gutachtens festlegbar (Gutachtenabgabe: 04.01.2022)
- ▶ IGES empfiehlt möglicherweise über 2.000 Leistungen zur Aufnahme in den Katalog, aber darunter:
 - genehmigungspflichtige Leistungen
 - Leistungen befinden sich derzeit in der Methodenbewertung des G-BA
 - Begleitleistungen
- ▶ Damit eine konkrete Überprüfung der Leistungen möglich ist, ist eine Umsetzung in Etappen erforderlich.

Stufenplan zur Umsetzung (GKV-Vorschlag)

1. Ziel bis zum 31.01.2022: Bewertung und Abnahme des Gutachtens
2. Stufe 1 (01.04.2022): Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs um neue Leistungen, für die bereits eine EBM-Vergütung besteht
3. Stufe 2 (01.01.2023): Vereinbarung der Schweregraddifferenzierung und der Vergütung für AOP-Leistungen; Aufnahme von weiteren AOP-Leistungen
4. Stufe 3 (01.01.2024): Weitere Katalogleistungen unter Nutzung von Kalkulationsdaten der Krankenhausambulanzen; Anpassungen des EBM und der DRG-Systematik

Thesen zur ambulanten Krankenhausbehandlung

- ▶ Das Spektrum ambulanter Krankenhausleistungen wird wesentlich erweitert. Aber es wird keine „Generalöffnung“ für alles geben, was im EBM abrechenbar ist.
 - ▶ Es wird weiterhin eine einheitliche Vergütung für Praxen und Ambulanzen geben, aber mit Schwergraddifferenzierung.
 - ▶ Das ist zugleich eine Absage an ambulante–stationäre Budgets.
“Ambulant behandeln, stationär kassieren“ ist kein vernünftiges Konzept.
-
- ▶ Anmerkung: Die Begriffsbildung „Überwindung der Sektorengrenze“ ist inzwischen völlig sinnentleert.

Agenda

1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Notfallreform – Stand des Gesetzgebungsverfahrens

- ▶ Eckpunkte zur Notfallreform:
18.12.2018
- ▶ Diskussionsentwurf zur Notfallreform:
12.07.2019
- ▶ Referentenentwurf zur Notfallreform:
08.01.2020
- ▶ Fachanhörung: 17.02.2020
- ▶ GWVG-Referentenentwurf
(Fachanhörung: 19.11.2020)

Themen:

- Notfallstufen für Kliniken
- Gemeinsame Leitstellen
- Rettungsdienst
- Notfallaufnahme
(INZ, Tresen,
KV-Notdienstpraxis)

Gesetzesentwurf zur Notfallversorgung: Rettungsdienst wird Teil des Gesundheitswesens

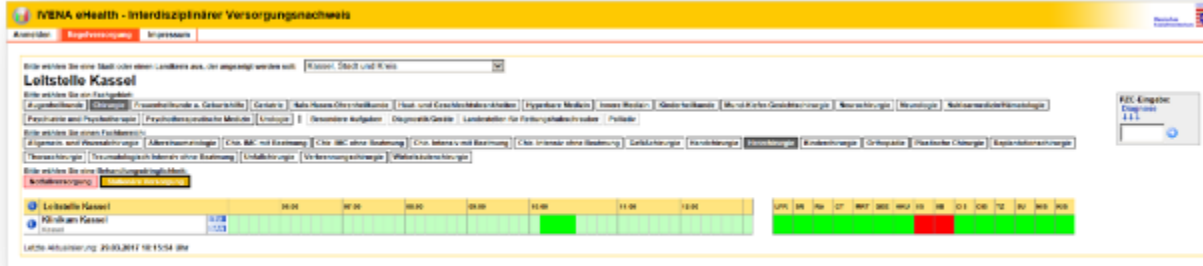
- ▶ Grundgesetzänderung:
in Artikel 74 Absatz 1 wird eingefügt:
„12a die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“



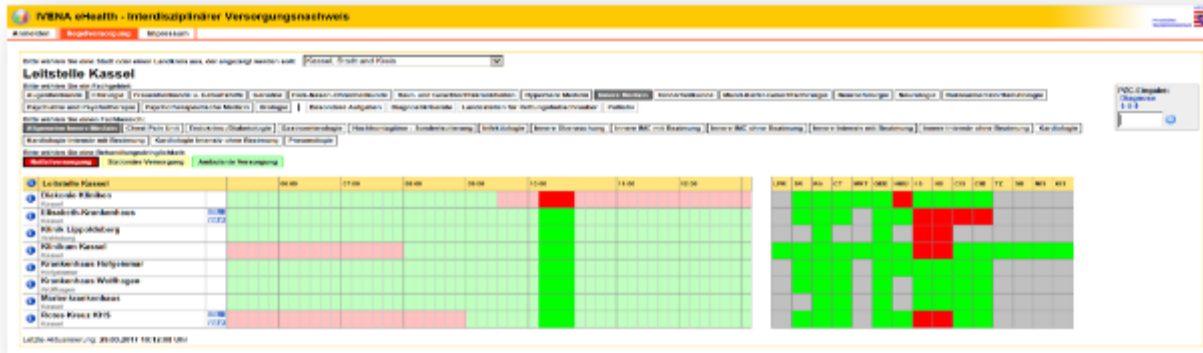
IVENA eHealth

Bsp. Hessen, Kassel (Stadt und Kreis)

Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie



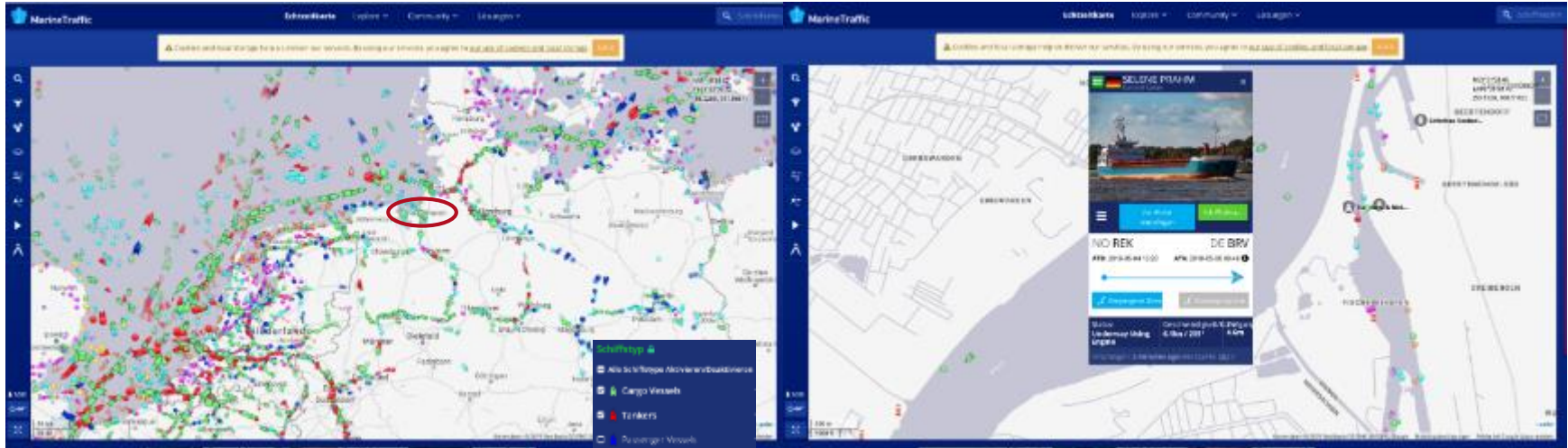
Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin



Echtzeitverfolgung der Rettungsmittel à la Marinetrassic



Spitzenverband

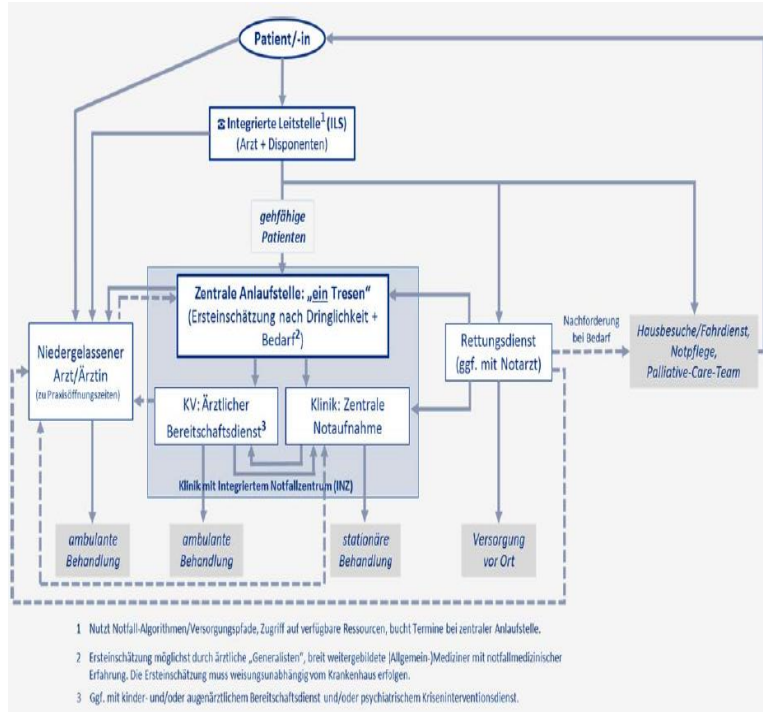


Quelle: [www. Marinetrassic.com](http://www.Marinetrassic.com), abgerufen am 06.05.2019

SVR-Gesamtkonzept eines Integriertes Notfallzentrums (INZ)



Spitzenverband



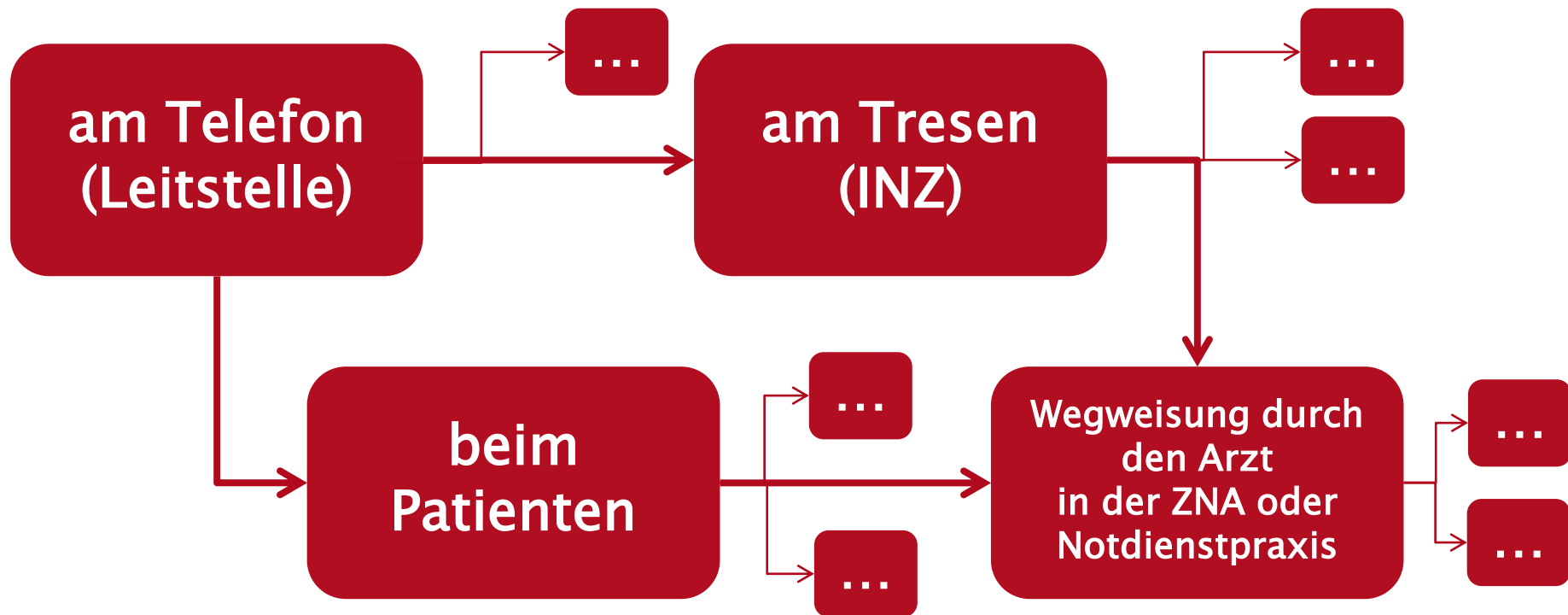
- ▶ GKV-Position: Einen KV-Containerriegel vor dem Krankenseingang sollte es nicht geben.
- ▶ Der SVR geht irrtümlicherweise davon aus, dass Krankenhäuser und KVen dieses Modell umsetzen wollen.
- ▶ De facto würden keine Sektorgrenzen fallen, sondern zwei neue entstehen.
- ▶ Vergütung, Übergabe, ... alles müsste neu geregelt werden.

Aber so wie die Notfallaufnahme jetzt ist, wird sie nicht bleiben!

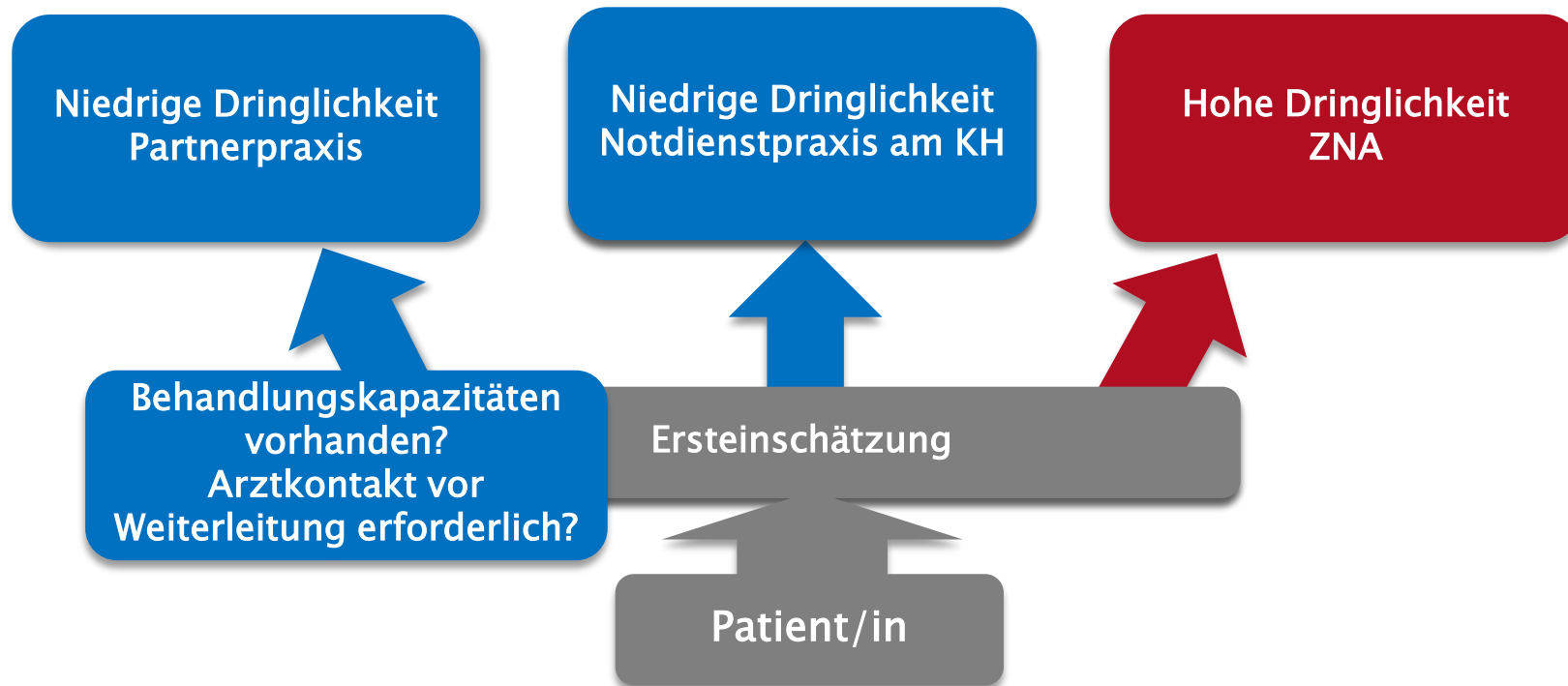
Kümmertlich, aber ein Anfang: Regelung der Ersteinschätzung im GVWG

- ▶ § 120 Absatz 3b (neu) SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen
- ▶ Der G-BA legt bis zum 20.07.2022 Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines (ambulanten) Notfalls an ein Krankenhaus wenden. Dazu gehören Vorgaben
 - zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
 - zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
 - zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
 - zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein von einem Krankenhaus nach der Ersteinschätzung weitergeleiteter Fall vorliegt, und
 - zur Weiterleitung an Notdienstpraxen oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren.

4 x Triage



Entscheidung am Tresen



Wesentlicher Teil der Notfallreform: Kooperation von Klinik und KV–Notfallpraxis regeln

- ▶ Grundprinzip: Keine neue Unternehmenseinheit (à la INZ), aber verbindliche Kooperation und gemeinsam betriebener Tresen
- ▶ Ohne KV–Notdienstpraxis keine Aufnahme von Notfällen (Konkretisierung in G–BA–Regelwerk)
- ▶ Die Klinik stellt die Räumlichkeiten für die Notdienstpraxis zur Verfügung, die Kassenärztliche Vereinigung stellt die Besetzung sicher (möglichst „hauptamtlich“).

Agenda

1. Vergütung nach Corona
2. Wohltemperierte Strukturbereinigung
3. Pflege im Krankenhaus
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Notfallversorgung
6. Fazit

Fazit

1. Pandemie 1: Wir sind alle genervt. Dank an jene, die in schwierigen Zeiten die Versorgung aufrecht erhalten haben. Aber im Durchschnitt war weniger zu tun.
2. Pandemie 2: Die bundesfinanzierten Freihaltepauschalen haben den Krankenhäusern ein goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung beschert. So wird es nicht weitergehen. Das neue Normal hat weniger Krankenhausfälle.
3. Die DRG-Finanzierung wird ergänzt um Vorhaltefinanzierung.
Vorschlag: Direkte Bundesfinanzierung von Vorhaltekosten
4. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben.
5. Pflegepersonalbemessung sollte sich aus der digitalen Patientenakte ableiten.
6. Der Rettungsdienst muss Teil des Gesundheitswesens werden. An Krankenhäusern, die Notfälle aufnehmen, sollte zwingend eine KV-Notdienstpraxis existieren und ein gemeinsamer Tresen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.
Halten Sie durch !!!

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de