

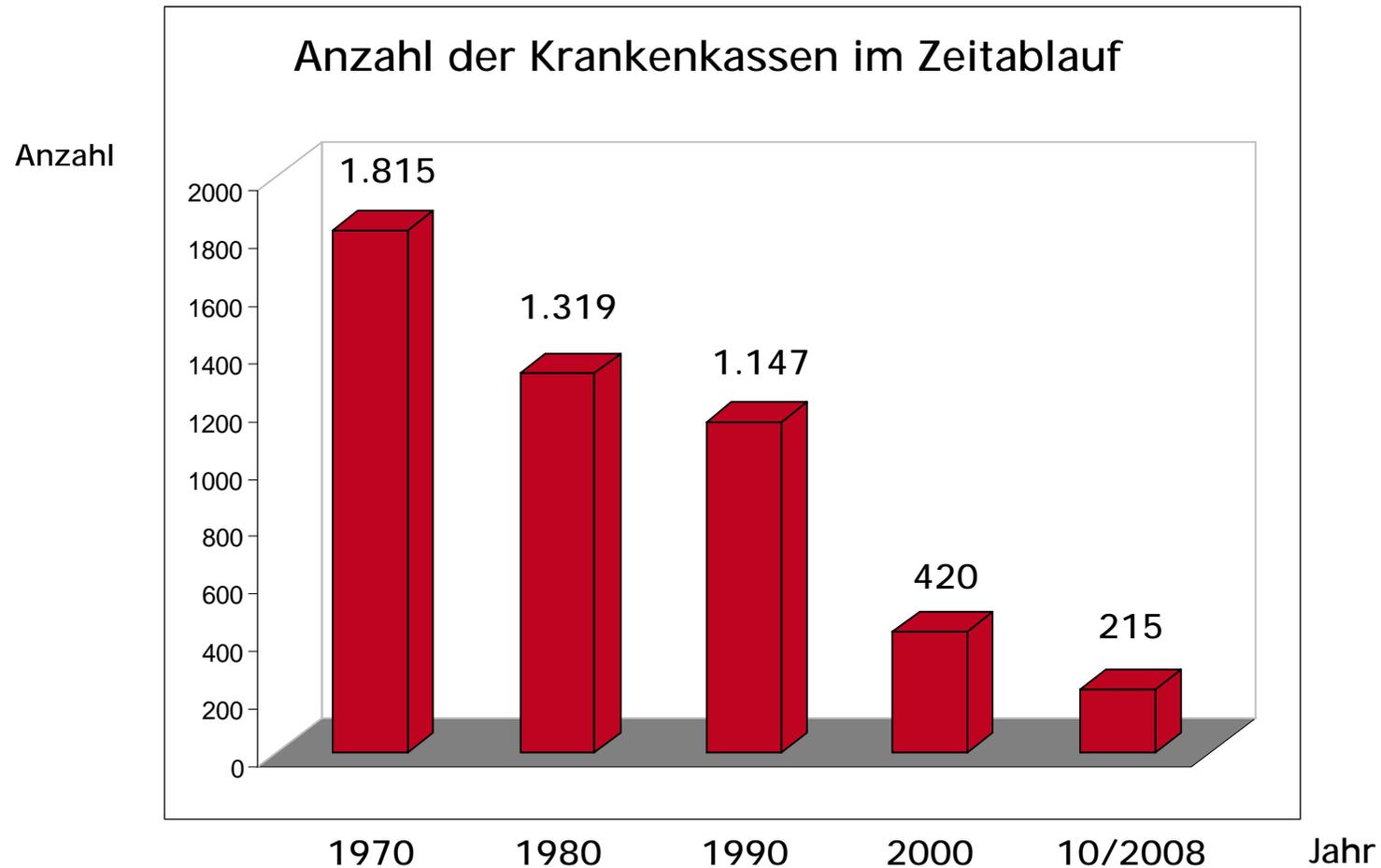
G-DRG-Systementwicklung

aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

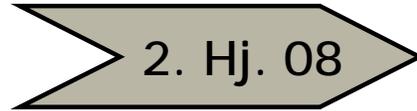
Krankenhaustag
Düsseldorf 19.11.2008

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Konzentrationsprozess durch Fusionen



"Verbändelandschaft"



GKV-Spitzenverband

und alte Verbände
ohne gesetzliche
Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband ...

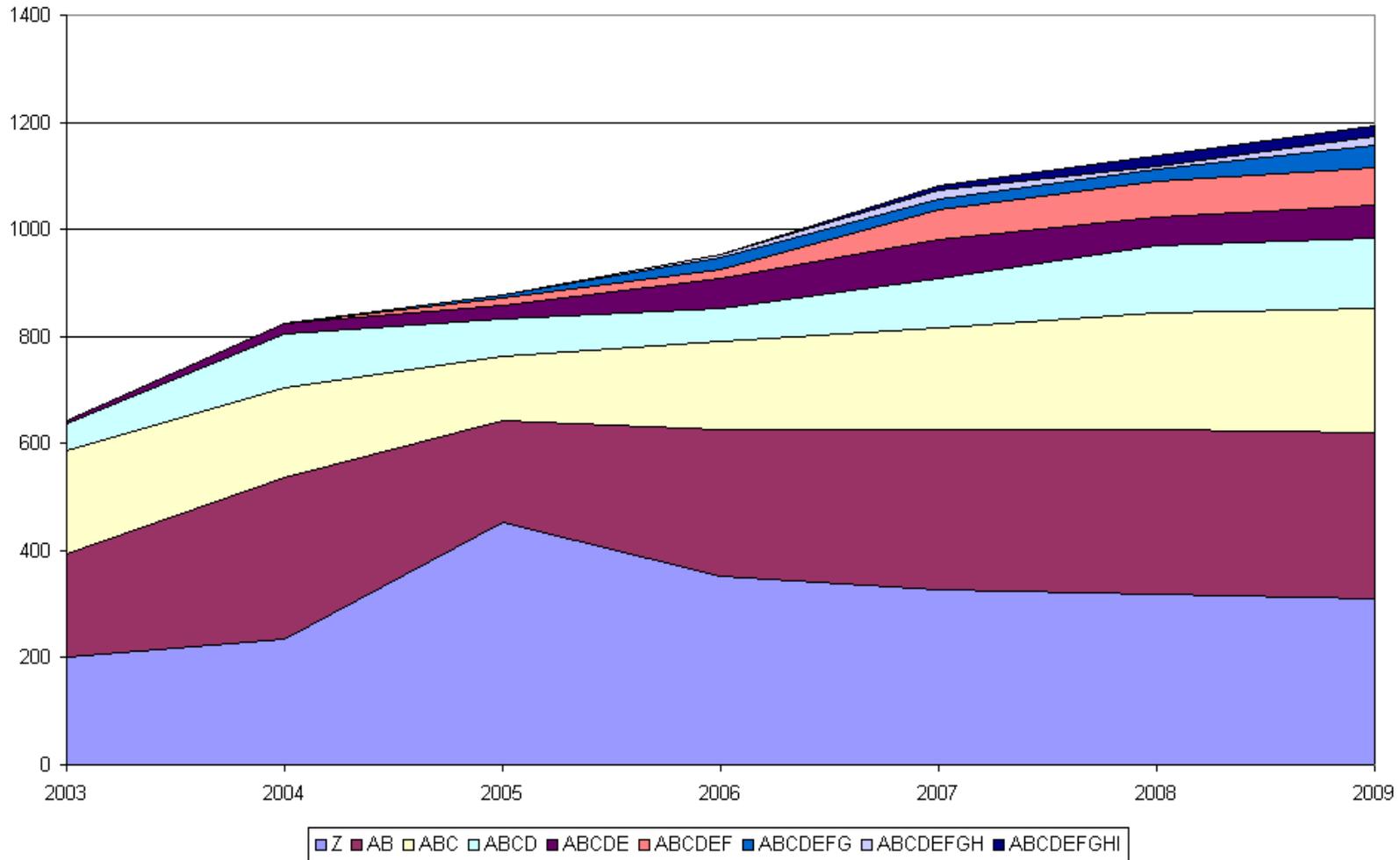
- è ... hat zum 1. Juli 2008 die gesetzlichen Aufgaben der bisherigen sieben Spitzenverbände der Krankenkassen übernommen,
- è ... ist der Verband aller gesetzlichen Krankenkassen, kein Verband der Verbände,
- è ... schließt Kollektivverträge und trifft seine sonstigen Entscheidungen verbindlich für alle Mitglieds-kassen, ihre Landesverbände und die Versicherten,
- è ... unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Vertretung ihrer Interessen.
- è ... hat laut Gesetz 166 Aufgaben.
- èhat zur Zeit ca. 110 Mitarbeiter in Berlin.

Gang der Handlung

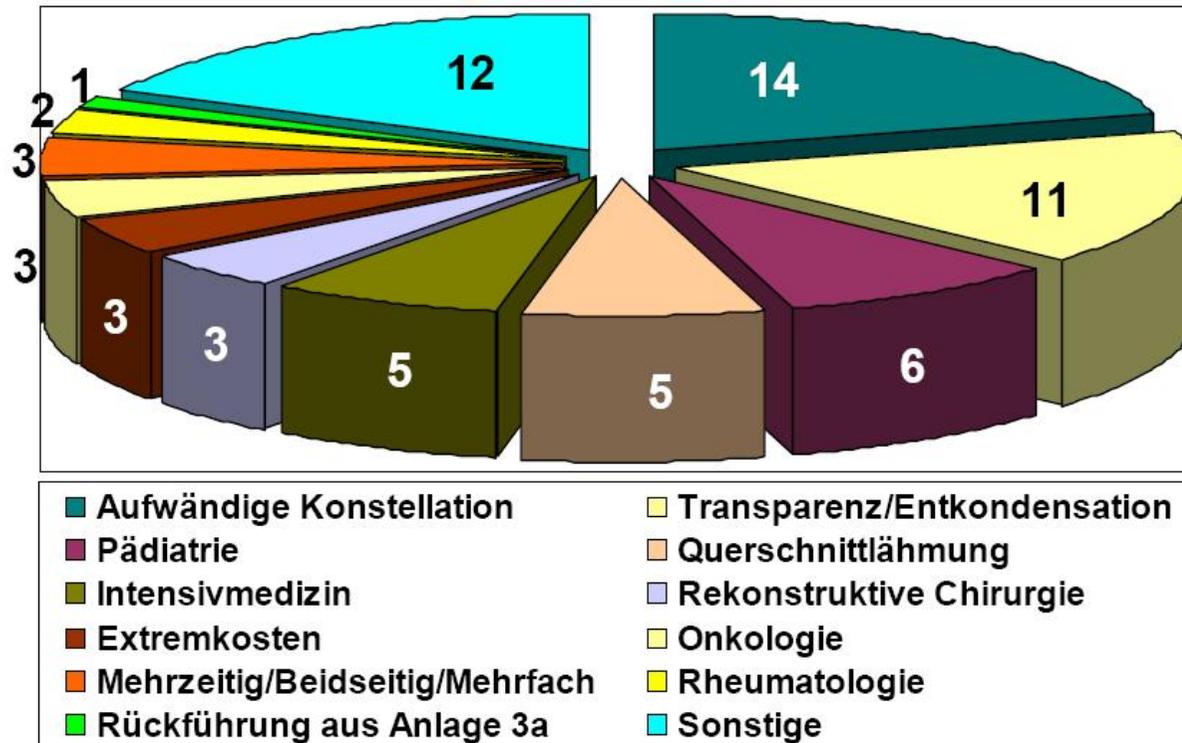


- 1 G-DRG 2009
- 2 Ambulante Krankenhausleistungen nach § 116b
- 3 Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009
- 4 Qualitätssicherung
- 5 Anmerkungen zum KHRG

Schweregradsplits 2003 bis 2009 (Anzahl der DRGs)



55 Fallpauschalen mehr



Quelle: Heimig 22.08.08

Kondensationen versus sachgerechte Leistungsabbildung -
Anwenderfreundlichkeit versus Transaktionskosten

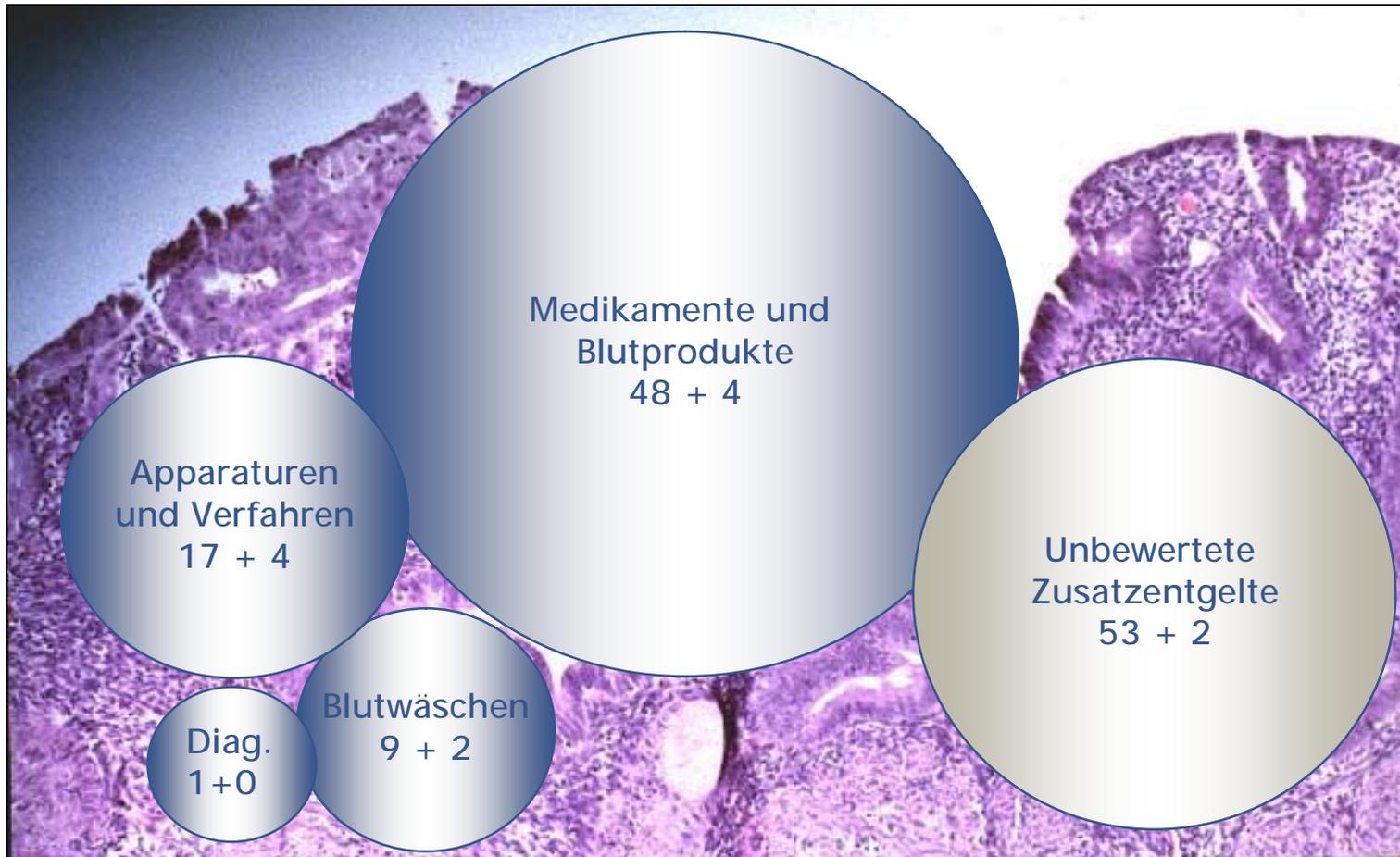
Plastische und Knochenchirurgie/ Rheumatologie

- è Muskel- und Sehnenerkrankungen nach Pflegeaufwand durch Begleiterkrankungen dekomprimiert

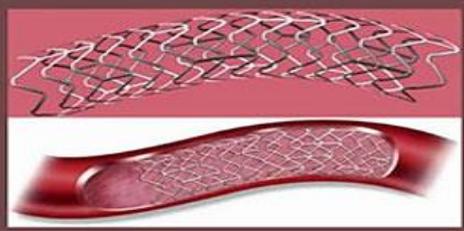


- è Neue rheumatologische Komplexbehandlung als DRG-FP
 - greift erst ab 14 d, auffällig niedriges RG
 - Vermeidung Fehlanreiz? Besonderes Kalkulationsverfahren? (2008 in Anlage 3a KH-spezifisch)
- è Hüftgelenkschirurgie dekomprimiert und gleichzeitig aufgewertet

Zusatzentgelte 2009



Koronarstents – 2009 neues ZE

ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101.01	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	693,11 €
		ZE101.02	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	1.386,22 €
			8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	

- è Indikationen mit maximaler Vorteilserwartung durch DES
 - langstreckige, schmalkalibrige Stenosen, Diabetiker, In-stent-Restenosen
- è Auswirkungen
 - Preise bei 600 - 1200 Euro/Stück, Preisunterschiede durch Längen und Durchmesser, bisherige Herstellerfestlegung unterlaufen
 - Anreiz Kostenreduktion bei Leistungserbringer
 - Anreiz für Hersteller i.S. unterjähriger Preissenkung
 - Aufwandsreduktion Leistungserbringer/KK bei Kodierung/Kodierprüfung und Vorbereitung der Budgetverhandlungen
 - ein höheres Maß an therapeutischer Freiheit für Behandler
 - bei weiterem Preisverfall 2jährige Systemlücke der Kalkulation

Deutsche Kodierrichtlinien

KDR 1525h



è **Primärer und sekundärer Kaiserschnitt**

- è Ein primärer Kaiserschnitt ist definiert als ein Kaiserschnitt, der als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen.
- è Ein sekundärer Kaiserschnitt (inkl. Notfallkaiserschnitt) wird definiert als ein Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation (z.B. HELLP-Syndrom, Geburtsstillstand, fetaler Distress) erforderlich war, auch wenn dieser primär geplant war. Zur Kodierung ist der passende Kode aus
- è 5-74 *Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes* auszuwählen.

Solide DRG-Entwicklung – wie gehabt



- è Die bisherigen Schwerpunkte wurden professionell weiterentwickelt.
- è Das DRG-System stabilisiert sich, auch wenn die DRG-Zahl noch immer steigt.
- è Die DRG-Abbildung teilstationärer Leistungen funktioniert nicht.
- è Überraschung: Niemand fordert eine Verlängerung der Konvergenzphase, nicht mal die Universitäten!

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2009
- 2 Ambulante Krankenhausleistungen nach § 116b
- 3 Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009
- 4 Qualitätssicherung
- 5 Anmerkungen zum KHRG

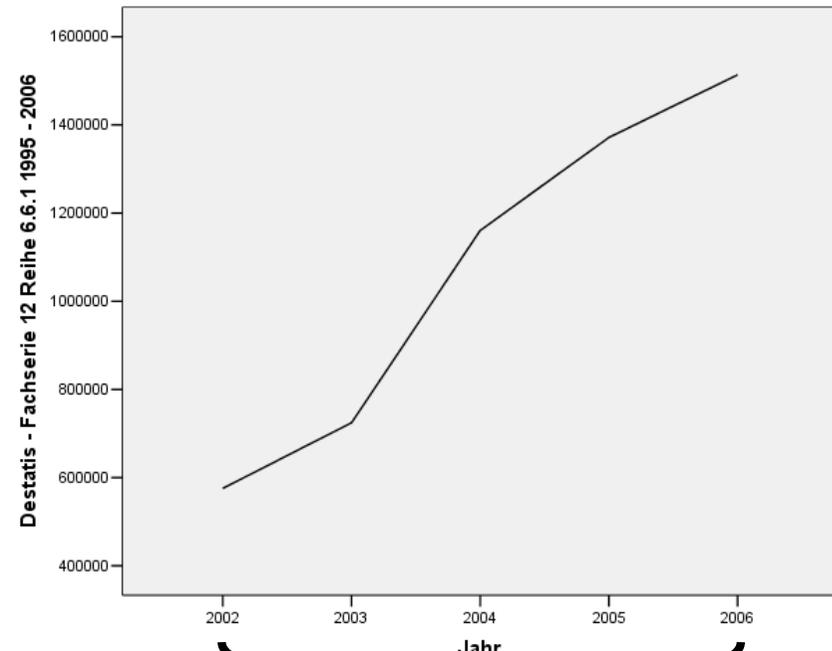
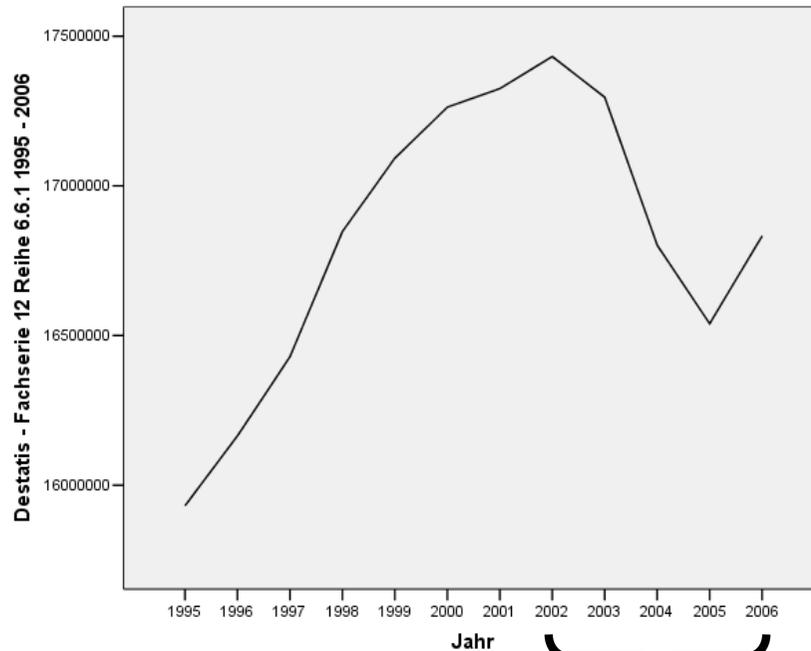
Möglichkeiten der ambulanten Behandlung am KH seit 1989



- 1989 Teilstationäre Versorgung
- 1989 Hochschulambulanzen
- 1989 Sozialpädiatrische Zentren
- 1989 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993 Ambulantes Operieren
- 1993 Vor- und nachstationär
Integrierte Versorgung
- 2004 Disease-Management-Programme (DMP)
Hochspezialisierte Leistungen

- 2009 Belegarztvergütung?, Notfallvergütung?*

Fallzahlen gem. § 115 b SGB V und vollstationäre Fallzahlen



vollstationär

ambulantes
Operieren

Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Katastrophale Neuregelung des § 116 b im GKV-WSG



- è enttäuschende 116 b-Bilanz wegen fehlender Refinanzierung von 116 b-Leistungen
- è GKV-WSG-Fehlentscheidung: jeder darf unabhängig von der Bedarfslage beliebig viele 116 b-Leistungen abrechnen
- è Zulassung von Krankenhäusern für 116 b-Leistungen durch die Landesbehörden (Abrechnung nach EBM)

Stand der Konkretisierungen (Anlage 2)



Anlage 2: Seltene Erkrankungen

1. Mucoviszidose	in Kraft
2. Hämophilie	in Kraft
3. Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen	in Bearbeitung
4. Schwerwiegende immunologische Erkrankungen	in Bearbeitung
5. gestrichen	
6. Biliäre Zirrhose	offen
7. Primär sklerosierende Cholangitis	in Kraft
8. Morbus Wilson	in Kraft
9. Transsexualismus	offen
10. Angeborene Stoffwechselstörungen (Kinder)	offen
11. Marfan-Syndrom	in Kraft
12. Pulmonale Hypertonie	in Kraft
13. Tuberkulose	in Kraft

Stand der Konkretisierungen (Anlage 3)



Anlage 3: Erkrankungen mit besonderem Verlauf

1. Onkologische Erkrankungen	In Kraft
2. HIV/Aids	In Kraft
3. Schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen	In Kraft
4. Schwere Herzinsuffizienz	In Kraft
5. Anlage 2 zugeordnet	In Kraft
6. Multiple Sklerose	In Kraft
7. Anfallsleiden	in Bearbeitung
8. Pädiatrische Kardiologie	offen
9. Frühgeborene mit Folgeschäden	offen
10. Querschnittslähmung mit Komplikationen	offen

116 b-Arzneimittelverschreibung



Neuer Absatz 6 durch Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Krankenhausärzte sind im 116 b-Rahmen berechtigt zur:

- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen
- Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
- Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Verordnung von Soziotherapie

Formulare aus der vertragsärztlichen Versorgung
Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen

Umsetzungsprobleme



- è Eindeutige Kennzeichnung des verschreibenden Krankenhausarztes ist notwendig.
- è Kontenrahmen der Kassen muss angepasst werden.
- è Konzept für die Wirtschaftlichkeitsprüfung muss erarbeitet werden.
- è Achtung: Die Verordnungsberechtigung gilt nicht generell, sondern nur für die 116 b-Leistung.

116 b-Konkretisierung Onkologie (Beschluss vom 17.01.2008)



- è erster Arbeitsentwurf im Sommer 2007
- è Beschluss am 17.01.2008
- è Beanstandungsfrist wegen Nachfragen des Ministeriums zeitweise unterbrochen.
- è Nichtbeanstandung des BMG am 13.05.2008

Konkretisierung Onkologie

Allgemeiner Teil

Spezieller Teil für 11 Tumorgruppen



- 1 Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
- 2 Tumore der Lunge und des Thorax
- 3 Knochen- und Weichteil-Tumore
- 4 Hauttumore
- 5 Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
- 6 Kopf- und Halstumore
- 7 Tumore des Auges
- 8 Gynäkologische Tumore
- 9 Urologische Tumore
- 10 Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- 11 Tumore bei Kindern und Jugendlichen

Allgemeine Anforderungen



- è Krankenhaus zugelassen für die jeweilige Tumor-versorgung
- è Fachabteilungen für Hämatologie-Onkologie und Strahlentherapie sollten vorhanden sein
- è interdisziplinäres Team, Tumorkonferenz
- è Leitung des Teams: Onkologe, Strahlentherapeut oder jeweilige Fachgruppe
- è umfangreiche Rufbereitschaften
- è Verpflichtung zur leitlinienorientierte Behandlung
- è Erstüberweisung der Patienten durch Vertragsarzt (kein Facharztfilter; abweichende KBV-Position!)

Mindestmengenbeschluss Onkologie vom 17.01.2008



280	Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
70	Tumore der Lunge und des Thorax
50	Knochen- und Weichteil-Tumore
50	Hauttumore
50	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
70	Kopf- und Halstumore
-	Tumore des Auges
330	Gynäkologische Tumore
320	Urologische Tumore
90	Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
-	Tumore bei Kindern und Jugendlichen

Zögerliche Zulassung



- è Ein Dutzend Kliniken in Schleswig-Holstein zugelassen; weitere Zulassungen u.a. in Hessen, Niedersachsen und Hamburg
- è jeweils exakter Bezug zu den einzelnen Krankheiten (Anlagen der Richtlinie) und Vorbehalt bezüglich künftiger G-BA-Konkretisierungen
- è bislang quasi keine Zulassungen im Bereich der onkologischen Versorgung
- è insgesamt zögerliches Verhalten der Zulassungsbehörden

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2009
- 2 Ambulante Krankenhausleistungen nach § 116b
- 3 Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009
- 4 Qualitätssicherung
- 5 Anmerkungen zum KHRG

Drei große Entwicklungslinien



è Auf dem Weg in die Monistik

Die Länder ziehen sich unaufhaltsam aus der Krankenhausfinanzierung zurück.

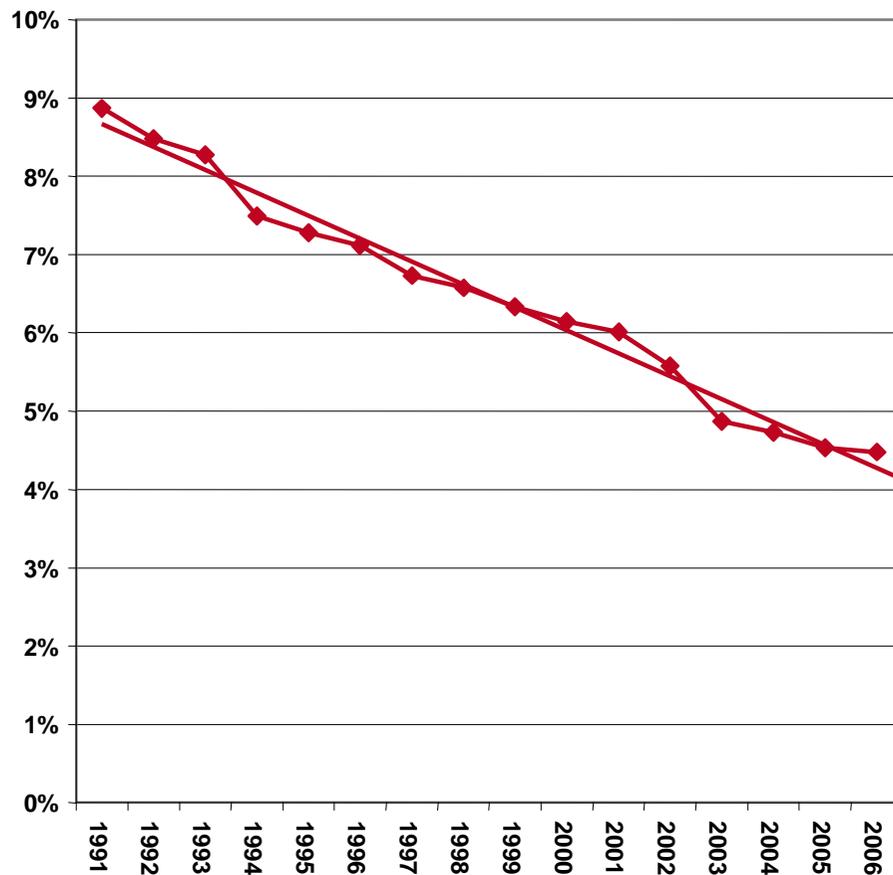
è Ambulante Krankenhausleistungen

Ambulante Klinikleistungen nehmen zu und es entsteht ein eigener Regelungsbereich neben der rein stationären Versorgung.

è Wettbewerbliche Neuordnung

Das Verhandlungsprinzip „gemeinsam und einheitlich“ ist nicht kompatibel mit der wettbewerblichen Neuordnung des Gesundheitswesens.

Erosion der Länderinvestitionen 1991 – 2006



Verhältnis der Länderinvestitionen zu
Gesamtkosten der KH lt. Destatis zzgl.
Investitionskosten nach Art. 14 GG

Kassenwettbewerb stärken

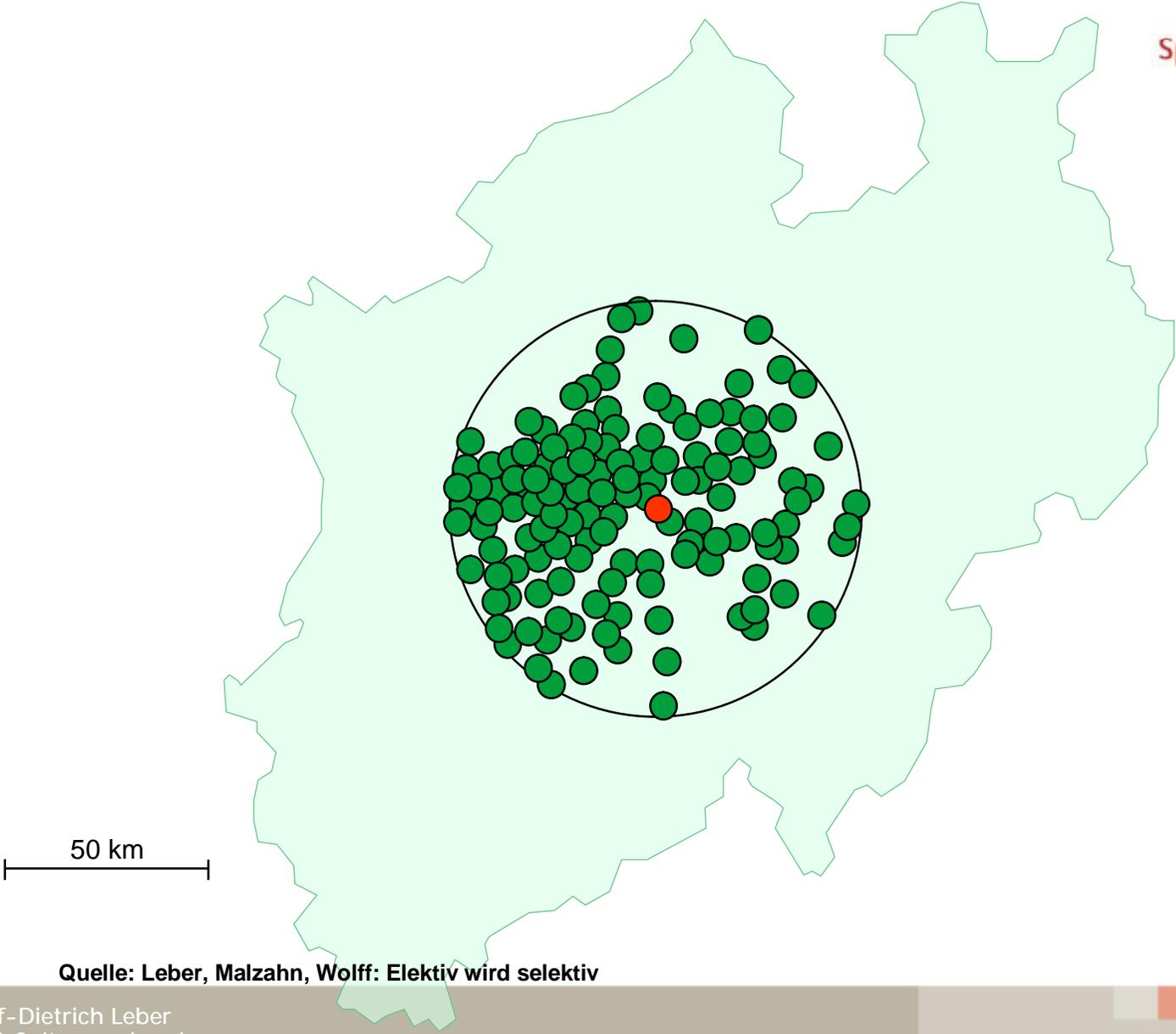
- è Bislang dominiert die gemeinsame und einheitliche Budgetverhandlung – Wettbewerb zwischen Krankenkassen bleibt Schmuckwerk.
- è Die Krankenkassen brauchen aus diesem Grund endlich die Möglichkeit, krankenkassenspezifische Einzelverträge mit Krankenhäusern zu schließen.
- è Alle Kassen sprechen sich für mehr selektive Verträge aus.
- è Effizienzreserven würden so gehoben, der Abschluss dieser Verträge wäre freiwillig.

Forderung: Ausschreibung von Elektivleistungen



- è Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten für definierte Elektivleistungen aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- è Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der Landesbasisfallwert hat als Höchstpreis Bestand.
- è Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.

Region um Essen



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Katalog elektiver Krankenhausleistungen



- è Erarbeitung in Expertengruppe beim BMG
- è Orientierung am DRG-Katalog
- è Veränderungen im DRG-System sind notwendig, z.B. Aufteilung in Hüft-TEPs bei Schenkelhalsfraktur und bei Coxarthrose
- è größenordnungsmäßig ein Fünftel der Krankenhausleistungen
- è Geburten elektiv, aber politisch ein Notfall

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2009
- 2 Ambulante Krankenhausleistungen nach § 116b
- 3 Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009
- 4 Qualitätssicherung
- 5 Anmerkungen zum KHRG

Gründe für Qualität als Teil der Ausschreibung



- è Das Gesetz wird die Berücksichtigung der Qualität in der Ausschreibung vorschreiben.
- è QS-Marketing: Jede Kassen wird versuchen müssen, Rabatte als Qualitätssteigerung zu verkaufen.
- è Echte Qualitätsmängel könnten teuer werden.

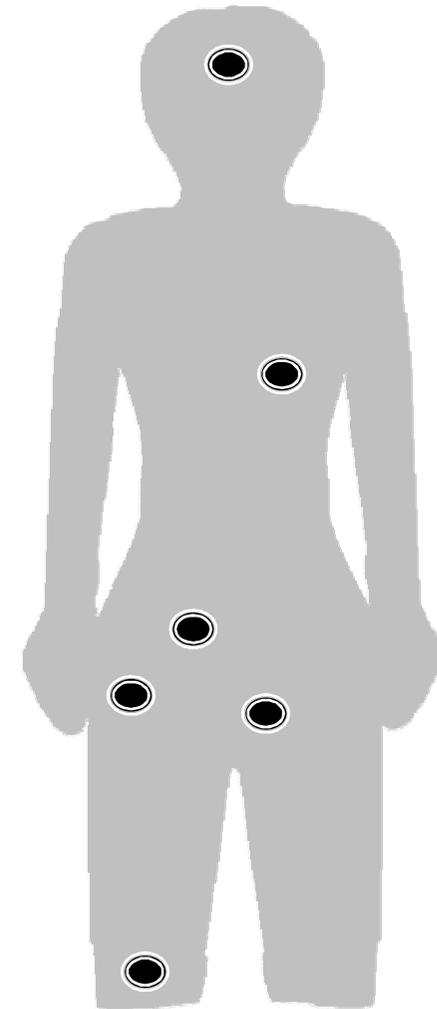
Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

- è Verfahren zur Qualitätsmessung mit administrativen Routinedaten wurde entwickelt (Projektpartner: AOK-Bundesverband, HELIOS Kliniken, Universität Magdeburg (FEISA), WIdO)
- è aufwandsarme, an Ergebnis-qualität orientierte Qualitäts-sicherung möglich
- è erstmals Qualitätssicherung über Entlassungstermin hinaus
- è valide Indikatoren der Ergebnis-qualität



QSR-Tracer zu 80 % für Notfall

- è Herzinsuffizienz
- è Herzinfarkt
- è Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung
- è Kolon-/Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom
- è offene oder n.n. bez./laparoskopische Appendektomie
- è Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP)/ Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur
- è Kniegelenk-Totalendoprothese



BQS-Indikatoren für Elektiv- Leistungen – Fehlanzeigen...



Bisher ohne Dokumentationspflicht:

è Katarakt

è Tonsillektomie

è Venenstripping

è Prostataresektion

... aber auch Fundstellen

è Hüftgelenks-TEP

è Knie-TEP

è Hysterektomie

è vaginale Entbindung

è Sectio caesarea

Kollektiv messen - Selektiv kontrahieren



- è Kassenspezifische QS-Messungen haben Vorteile:
 - QSR ist entwickelt.
 - Zugriff auf Versichertendaten (z.B. Tod) ist unaufwändig.
 - Konkurrenz verbessert die Methodik.

- è Aber sie haben auch schwerwiegende Nachteile:
 - Die Transparenz geht verloren.
 - Die Krankenhäuser sind genervt.
 - Man glaubt der Messung nicht.
 - Die Fallzahl ist zu klein.

Gang der Handlung



- 1 G-DRG 2009
- 2 Ambulante Krankenhausleistungen nach § 116b
- 3 Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009
- 4 Qualitätssicherung
- 5 Anmerkungen zum KHRG

KHRG-Zeitplan

Regierungsentwurf; <u>nicht BR-zustimmungbedürftig</u>	
Vorlage des Referentenentwurfs	22. August 2008
Zuleitung der Kabinettvorlage an Chef BK	19. September 2008
Kabinettsbeschluss	24. September 2008
1. Durchgang Bundesrat	7. November 2008
Kabinettsbeschluss über Gegenäußerung	12. November 2008
BT-Ausschuss-G (Einführung und Beschlussfassung über Anhörung)	<u>Vorratsbeschluss</u> am 12. November 2008; Einführung im Ausschuss ausnahmsweise schon <u>vor</u> 1. Lesung!
1. Lesung Bundestag	Mittwoch, 12. November 2008, ca. 22.00 Uhr
BT-Ausschuss-G (Öffentliche Anhörung)	Montag, 24. November 2008, 11.00 Uhr bis 13.30 Uhr
BT-Ausschuss-G (Beratung)	3. Dezember 2008 (ab 16.00 Uhr)
BT-Ausschuss-G (Beratung und Abschluss)	17. Dezember 2008
2./3. Lesung Bundestag	19. Dezember 2008
2. Durchgang Bundesrat	13. Februar 2009
Inkrafttreten	Nach Verkündung/ Sanierungsbeitragsaufhebung rückwirkend zum 1. Januar 2009

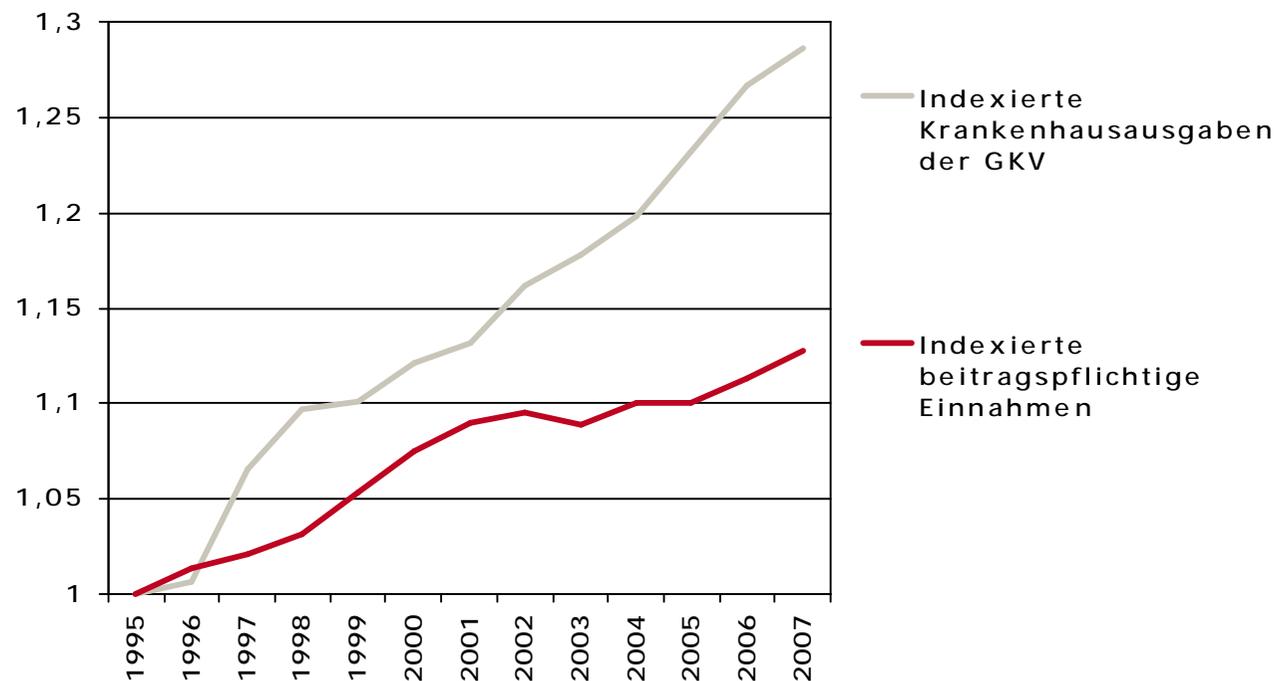
Kernpunkte

- è Kleine Überraschung: Das Gesetz bedarf angeblich nicht der Zustimmung des Bundesrat. Alle „Kompromissfindung“ mit den Ländern war möglicherweise nur Bayern-Wahlkampf.
- è Hauptanliegen: Verbesserte Finanzausstattung der Krankenhäuser mit beitragsatzsteigernder Wirkung.
- è Unverbindlichkeiten zur Investitionsfinanzierung
- è Fehlanzeige in puncto wettbewerblicher Erneuerung

Ausgabenentwicklung Krankenhäuser



- è Die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen entwickelten sich – trotz „Budgetierung“– in der Vergangenheit dynamischer als die Grundlohnsumme.



Allg. Beitragssatz:

è 1995: 13,5 %

è 2007: 14,8 %
(inkl. 0,9 %)

Quelle Destatis, Fachserie 12.3, Bereinigte Kosten insgesamt, KJ1 - eigene Darstellung

KHRG: Tariflohnerhöhungen Gefahr Selbstkostendeckung



- è Es ist beabsichtigt, im Jahr 2009 die Tariflohnerhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 in den Landesbasisfallwert anteilig (50%) einzubeziehen, soweit die Auswirkungen der Vereinbarungen höher sind als die Veränderungsrate (§ 10 Abs. 5 KHEntgG neu).
- è Kleines Problem: TVöD spiegelt nur einen Teil der realen Tariflohnentwicklung wider.
- è Großes Problem: Durchreichen wäre Selbstbedienung auf Kosten der Beitragssatz- bzw. Prämienzahler.

Orientierungswert nach KHRG: KH-Warenkorb statt Grundlohn

- è Der Gesetzentwurf sieht die Festlegung eines Beitragssatz steigernden „Orientierungswertes“ (§ 10 Abs. 6 KHEntgG neu) vor. Der Orientierungswert (Kostensteigerung des Krankenhauswarenkorbes) soll die gesetzliche Bindung an die Grundlohnsummenrate (§ 71 SGB V) ab 2010 ablösen.
- è Der Orientierungswert berücksichtigt die Kostenstrukturen der Krankenhäuser im Sinne eines Krankenhauswarenkorbes und soll durch das Statistische Bundesamt ermittelt werden.
- è Das Bundesministerium für Gesundheit setzt per Rechtsverordnung fest, welcher Anteil des Orientierungswertes Berücksichtigung findet.
- è GKV-Bewertung: Revitalisierung der Selbstkostendeckung

KHRG: Pflegekraft-Sonderprogramm

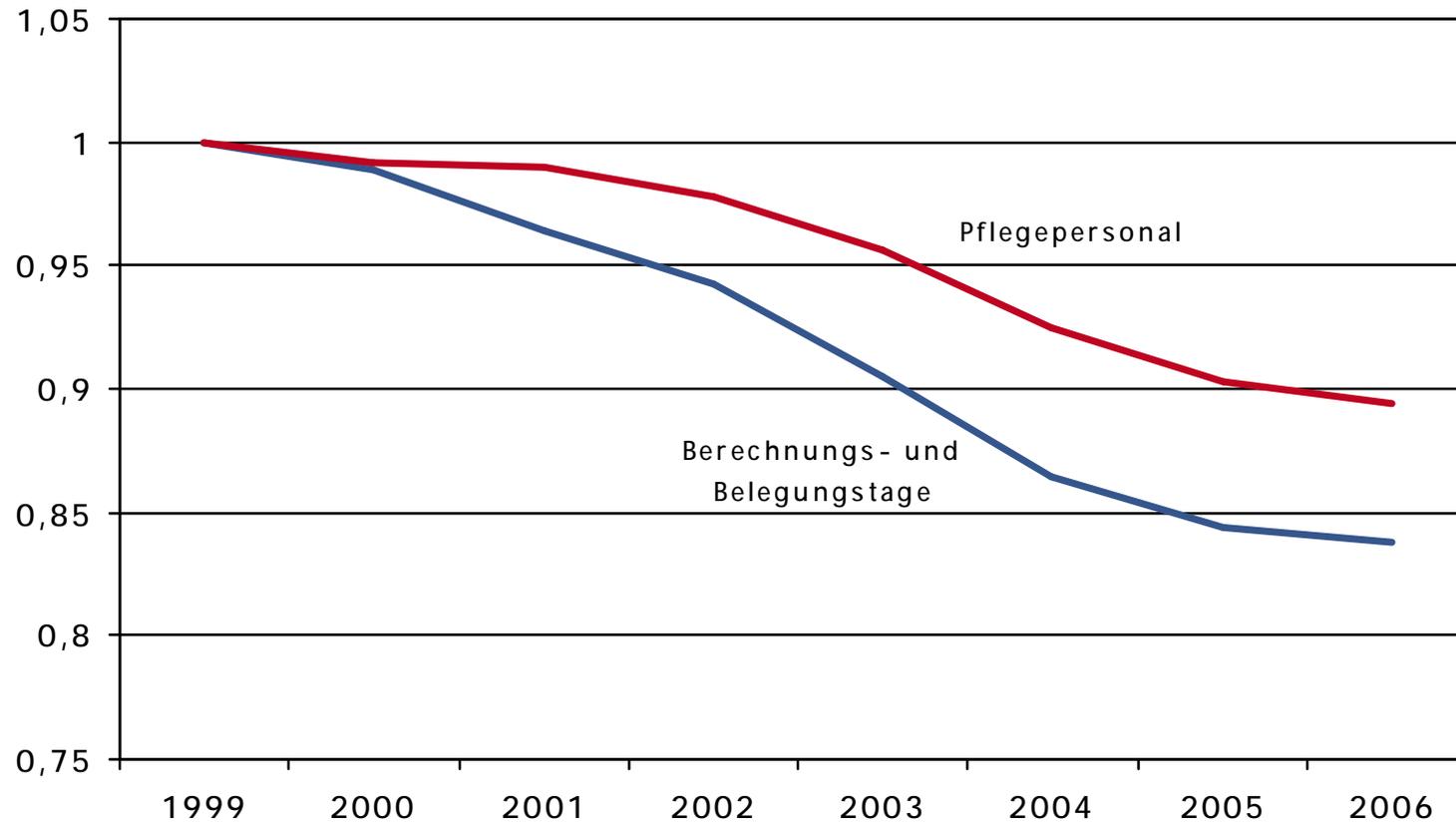
- è In drei Jahren werden 21.000 zusätzliche Stellen anteilig finanziert. 70% Refinanzierung.
- è Referenzwert ist der Personalbestand zum 30.06.2008.
- è Schriftliche Vereinbarung des Krankenhausträgers mit der Arbeitnehmervertretung.
- è Bis zu 5 % der Finanzmittel können für die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsformen verwendet werden.
- è Die Regelung ist schiedsstellenfähig. Das Krankenhaus kann sogar ohne eine Vereinbarung einen vorläufigen Zuschlag festsetzen.
- è Ab 2012 sollen die zusätzlichen Fördermittel zur Finanzierung des pflegerischen Aufwands in die DRGs integriert werden.

Pflegekraft-Sonderprogramm?

Die Reduktion der Pflegekräfte hat gute Gründe:

- Rückgang der Verweildauer pro Fall (weniger Pflegebedarf)
- Verlagerung der Pflege in andere Bereiche (Pflegeheim, häusliche Pflege, Hospiz,...)
- Erledigung „nichtpflegerischer“ Tätigkeit durch andere Arbeitskräfte (Betten reinigen, Essen austragen,...)
- Rückgang der Anzahl der Pflegekräfte auch eine Reaktion auf den Rückgang der Krankenhauszahl

Mehr Pflegekräfte je Pflegeetag



Quelle: Destatis, Berechnungs- und Belegungstage indexiert (1999 = 1) und Personal im Pflegedienst Vollkräfte im Jahresdurchschnitt indexiert (1999 = 1)

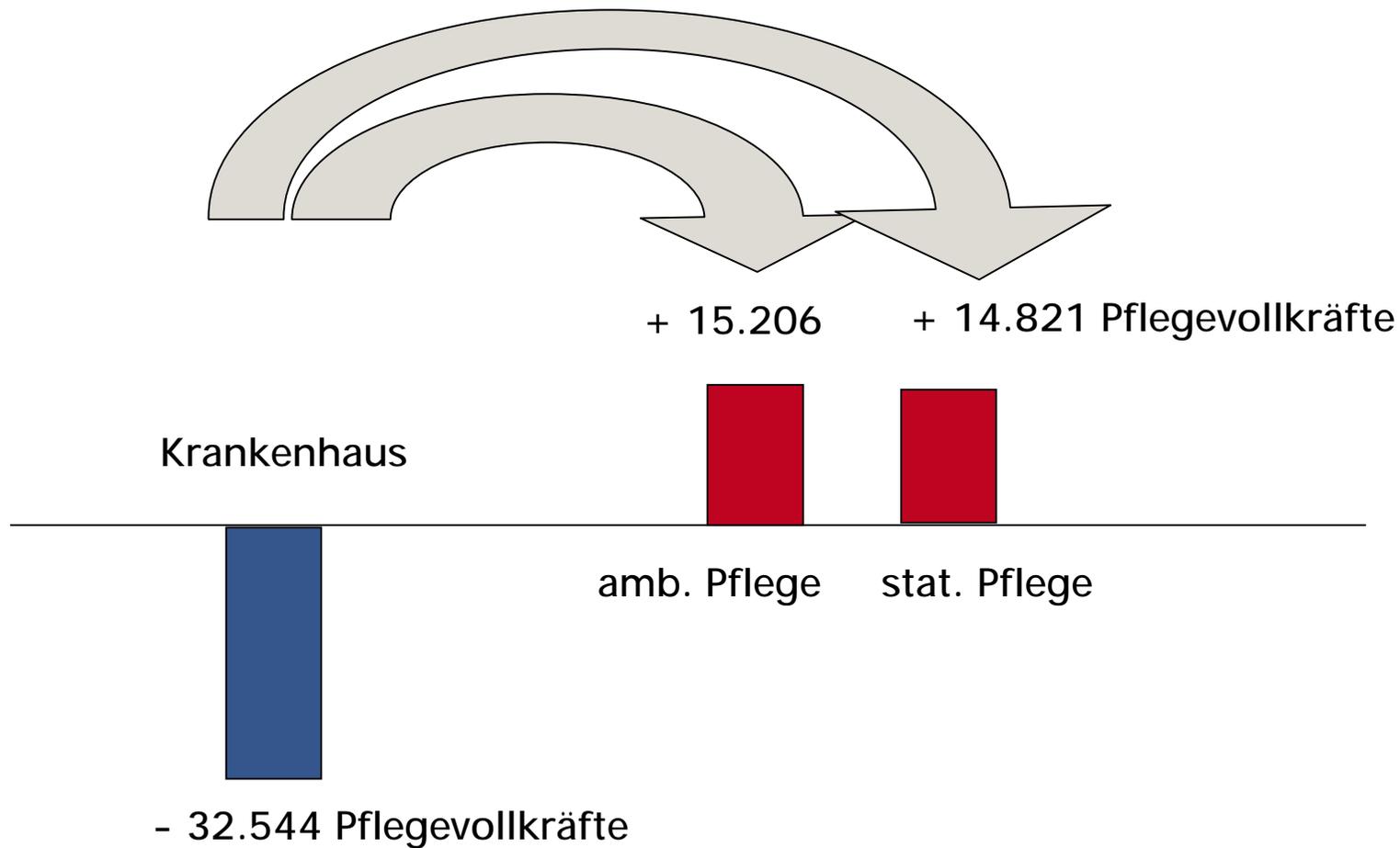
Ambulant vor stationär!

- è Vor 7 Jahren waren in einer Nacht durchschnittlich
 - 448.045 Betten im Krankenhaus belegt,
 - 2006 waren es nur noch 389.728 Betten.

Das sind im Vergleich 58.316 belegte Betten je Nacht weniger.

- è Schlussfolgerung: Wenn es zunehmend gelingt, „ambulant vor stationär“ umzusetzen, dann geht ein Pflegekraftbeschäftigungsprogramm für den stationären Bereich genau in die falsche Richtung.

Beschäftigtenshift in der Pflege Berufsgruppe Krankenschwestern/-pfleger 1999-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

KHRG: Investitionsfinanzierung

- è Der Referentenentwurf sieht in Bezug auf die Investitionsfinanzierung vor, die bisherige Förderungspraxis der Bundesländer auf Investitionspauschalen umzustellen und diese langfristig zu vereinheitlichen.
- è Zu einer verpflichtenden Bereitstellung zusätzlicher Ländermittel kommt es nicht (§§ 8 KHG neu und 9 a KHG neu).
- è Insgesamt eine Nullnummer

KHRG: Psychiatrie und Psychosomatik

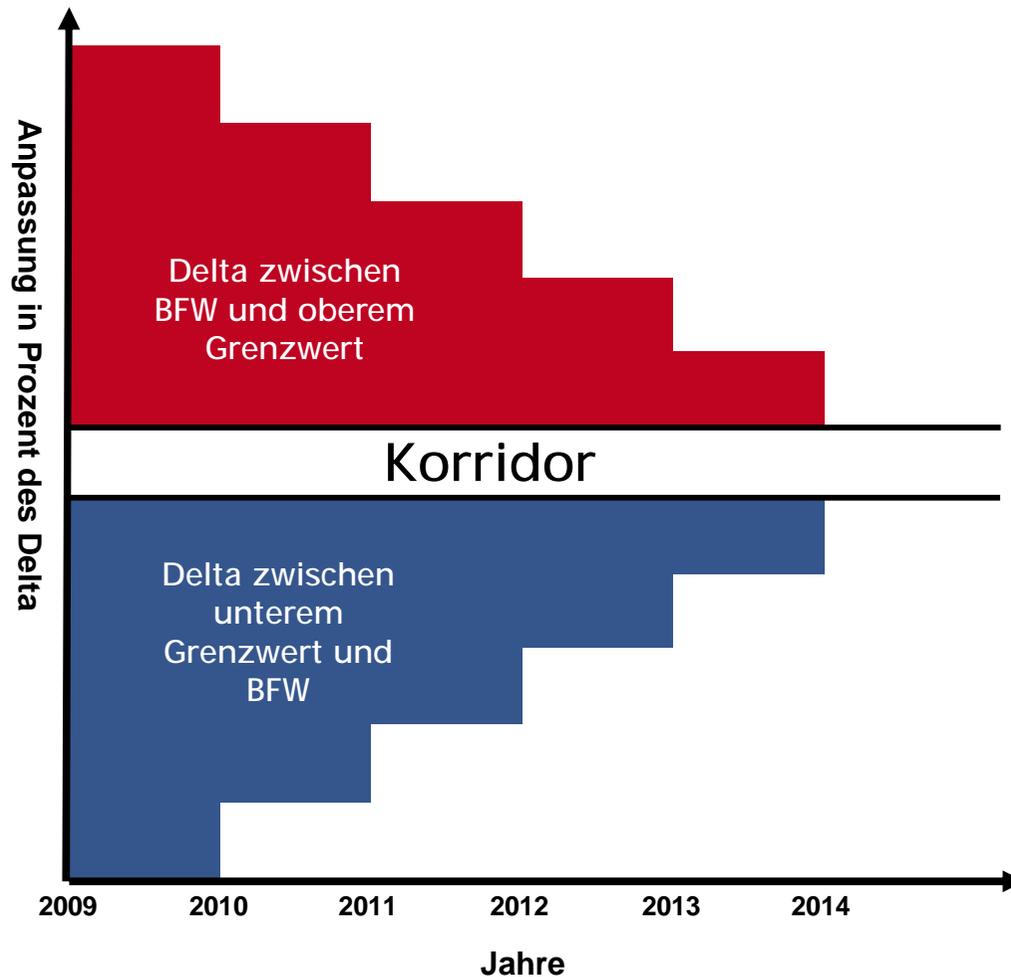


- è Es soll bis 2013 ein tagespauschalierendes System für die Psychiatrie und die Psychosomatik eingeführt werden. Die Selbstverwaltungsparteien werden verpflichtet, das InEK zu beauftragen.
- è Der GKV-Spitzenverband begrüßt die geplante Einführung eines tagespauschalierenden Systems für die Psychiatrie und die Psychosomatik. Die geplanten diskretionären Regelungen im Bereich der Psychiatriepersonalverordnung und die Vermischung der empirischen Ermittlung des tagespauschalierenden Systems mit den Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung sind jedoch abzulehnen.

KHRG: Einheitlicher Basisfallwertkorridor

- è Es ist beabsichtigt, im Hinblick auf die Schaffung eines Bundesbasisfallwertes innerhalb von 5 Jahren ab 2010 einen Konvergenzkorridor von + 2,5 % bis - 1,5 % festzuschreiben. Ziel: Heranführen von „Ausreißern“ bis an die Korridorgrenze.
- è Vereinbarung durch DKG und GKV-Spitzenverband
- è Bewertung: Die Korridorlösung garantiert keinen ausgabenneutralen Übergang.

KHRG-RefE: Konvergenzplan BBFW 2010 bis 2014



Jeweils 20 %
gegenüber 2009

bzw. gegenüber
dem Vorjahr:

20 % 2010

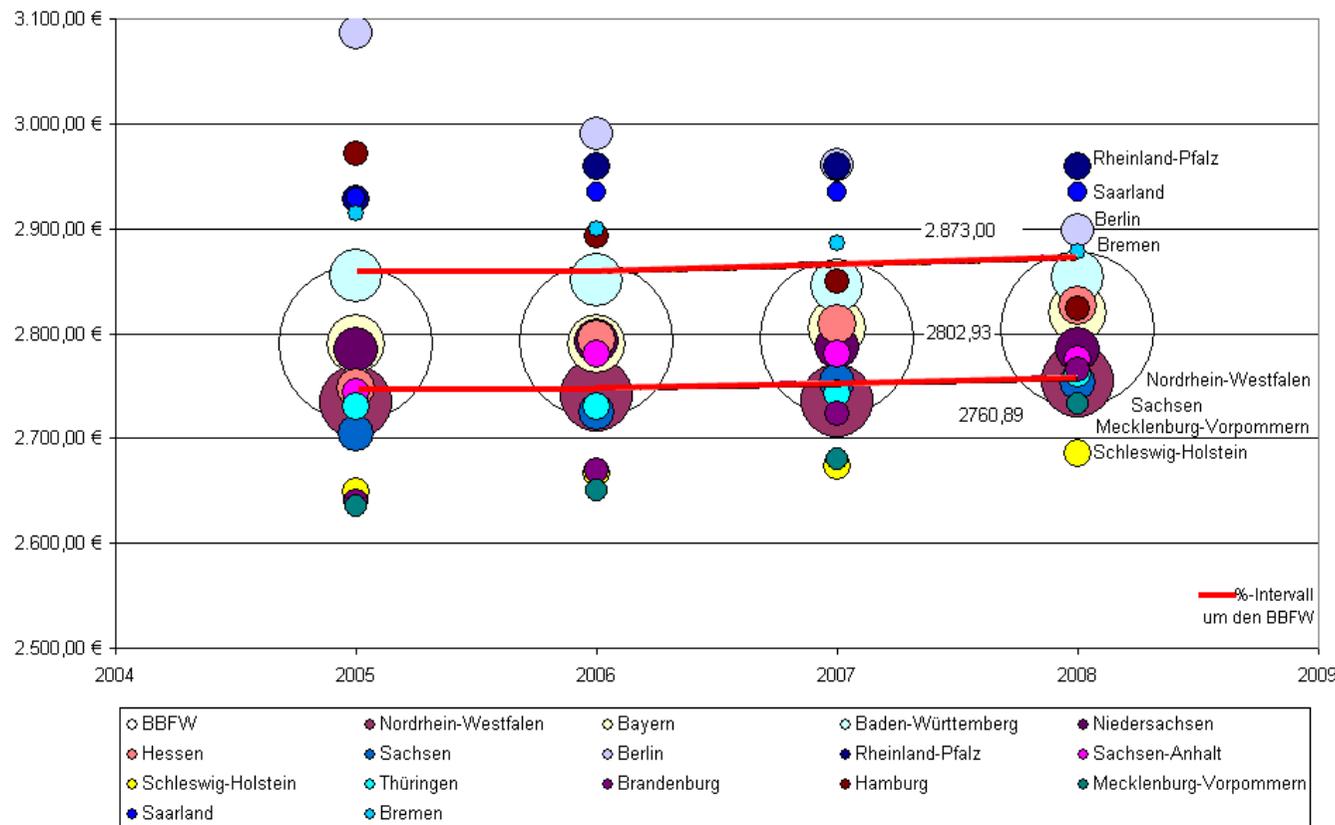
25 % 2011

33 % 2012

50 % 2013

Bundesbasisfallwert und Konvergenzkorridor (2005 - 2008)

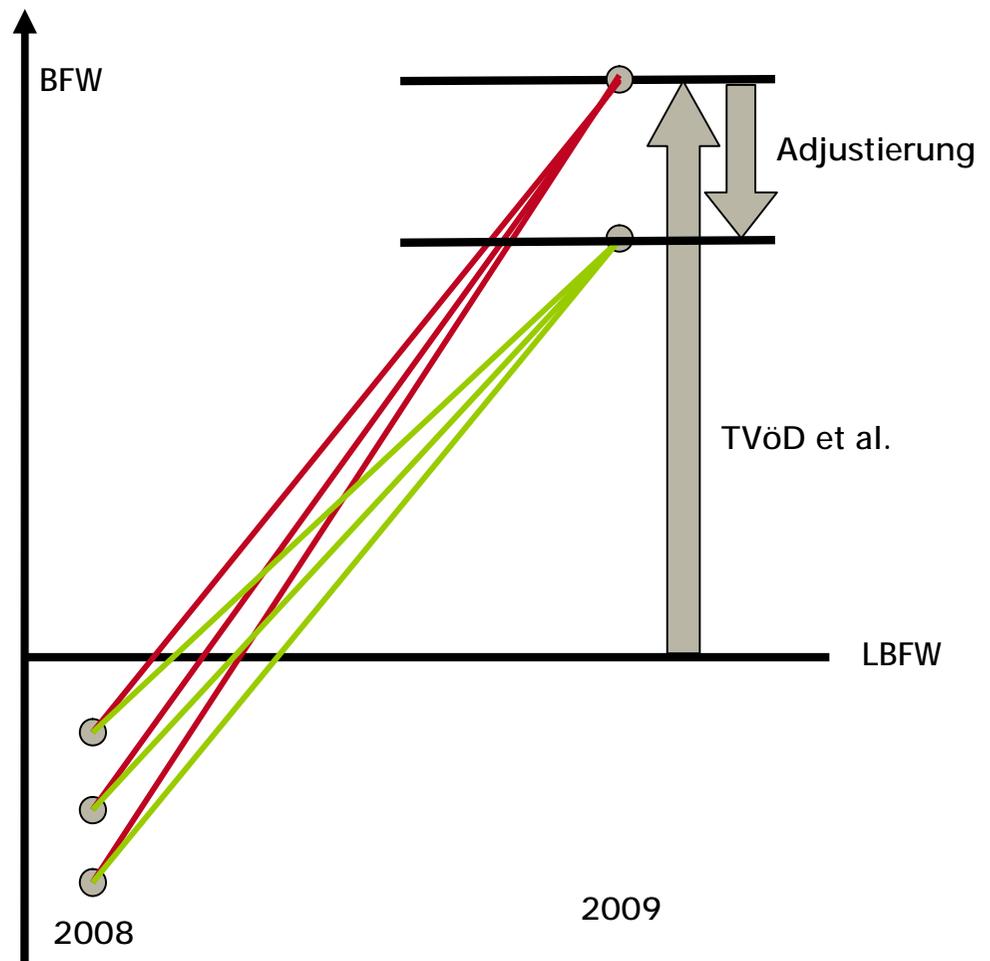
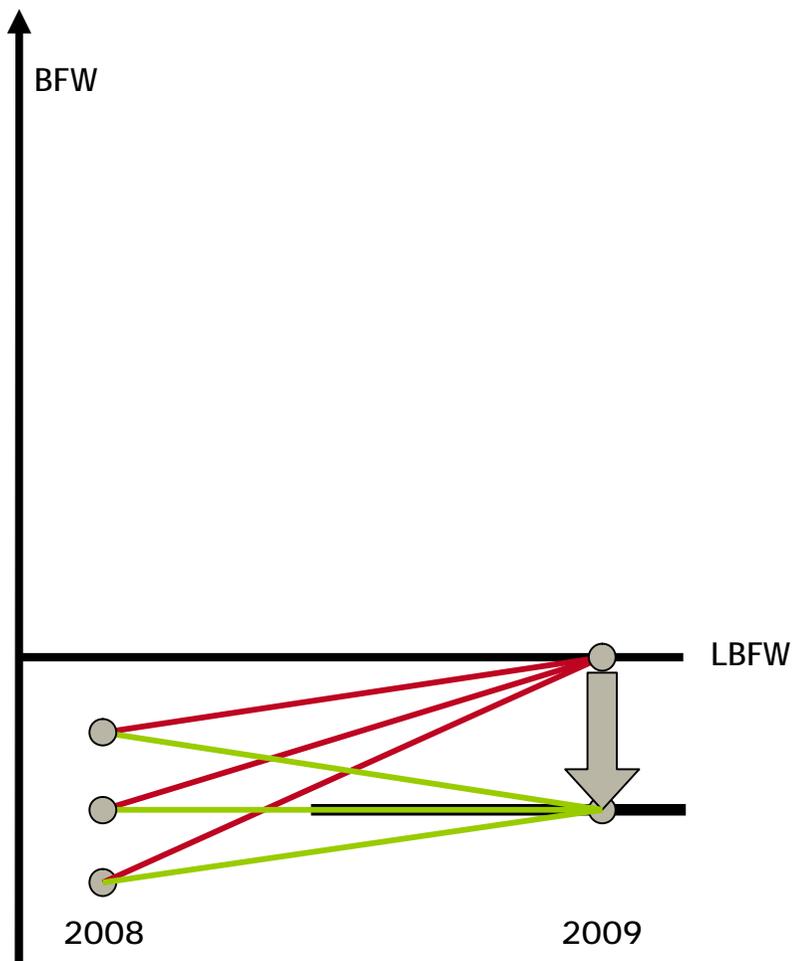
(LBFW ohne Kappung und ohne Ausgleiche)



Casemix-
volumen:
Anteil der
Bundesländer
entspricht
den
Kreisflächen
(BBFW = 1)

LBFW ohne
Kappung und
ohne
Ausgleiche

Gefühlte und reale LBFW-Entwicklung



GKV-Ausgabenfixum 2009

15,5 %

§ 220 Abs. 1 SGB V

„Die Beiträge sind bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.“

Positionen des GKV-Spitzenverbandes



1. Möglichkeit für selektive Verträge schaffen.
2. Keine Mehrbelastung der Versicherten durch rückläufige Länderförderung.
3. Bundesbasisfallwert nur ausgabenneutral einführen.
4. Keine ad-hoc-Maßnahmen wie Pflegesonderprogramm und keine automatisierte Beitragssatzsteigerung durch einen Orientierungswert.
5. Ausgabenwachstum auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Euro begrenzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.GKV-Spitzenverband.de