



Spitzenverband

Weiterentwicklungsbedarf der Krankenhausversorgung

aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes

BDPK–Bundeskongress
Potsdam 22.06.2016

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband



Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. 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

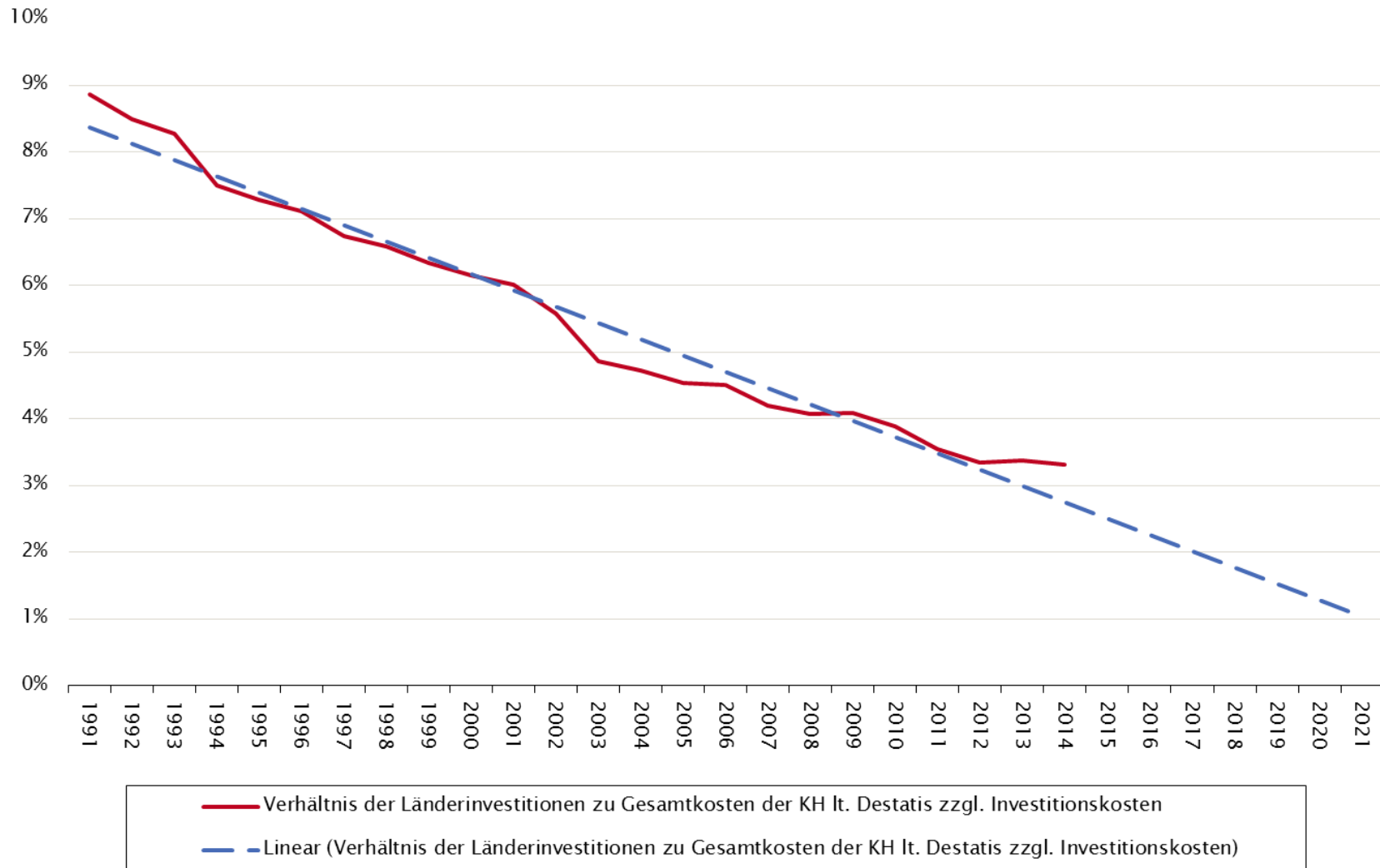
CDU: 7

* parteiloser Gesundheitssenator im SPD-geführten Bremen

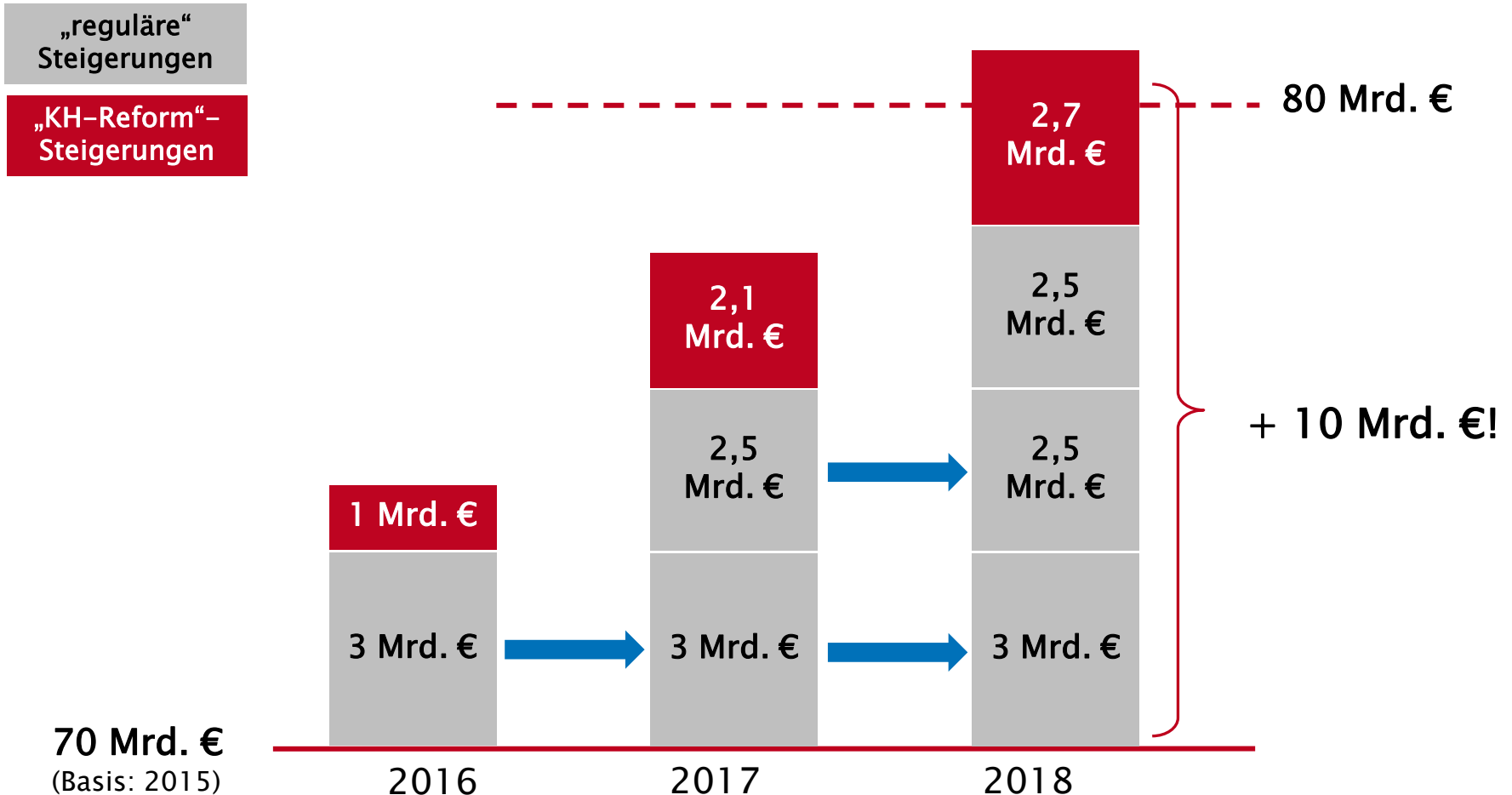
Stand:
25. Mai 2014

Abbildung: www.BibliomedManager.de
Fotos: Siehe Bildnachweis

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



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



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.
- ▶ Immerhin:
 - Erstmals wird Überversorgung adressiert.
 - Die Qualitätsorientierung ist gut.

Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

Strukturbereinigung einleiten (1 / 4)

Niederlande



132 KH

16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



401 KH

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

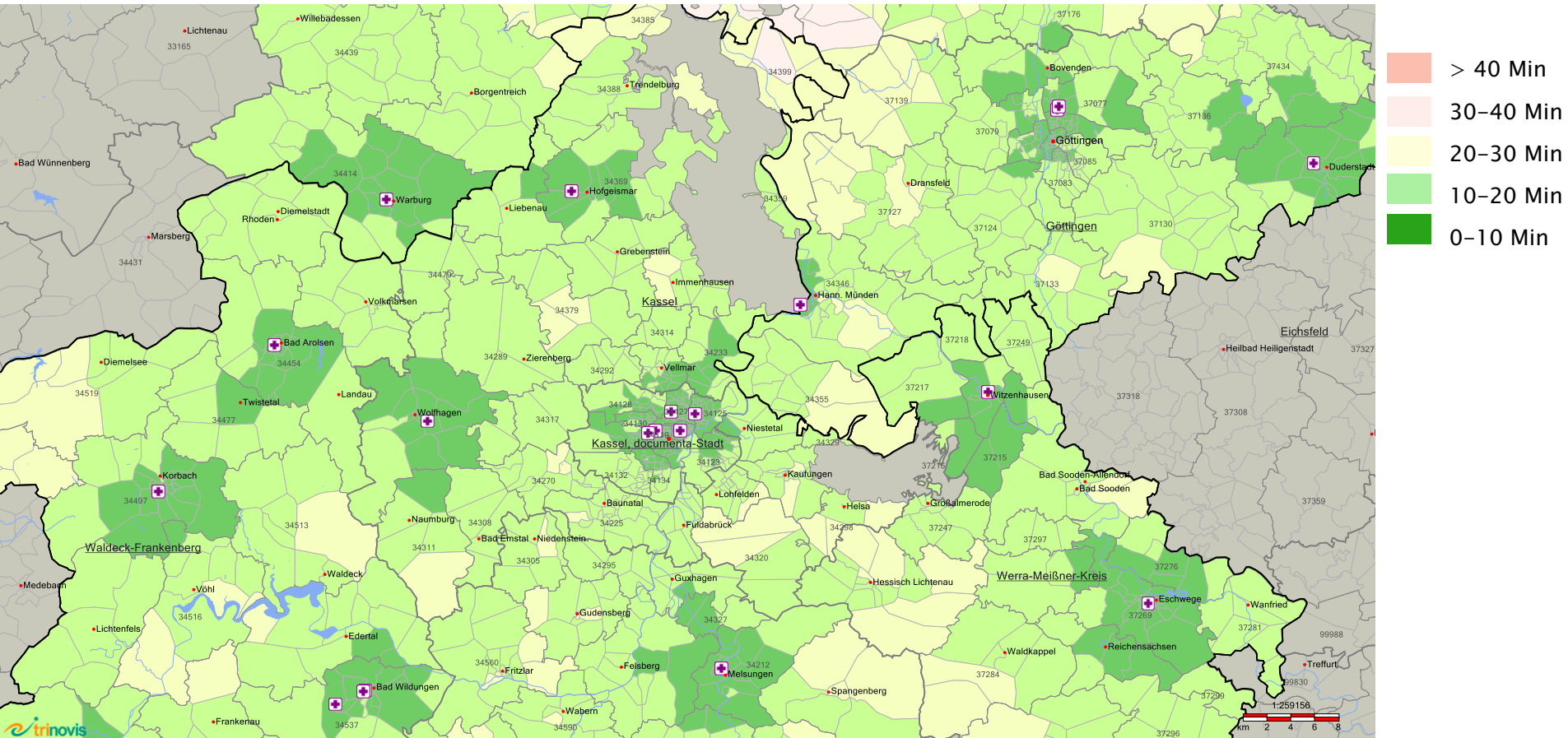
Gestern

- ▶ 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.

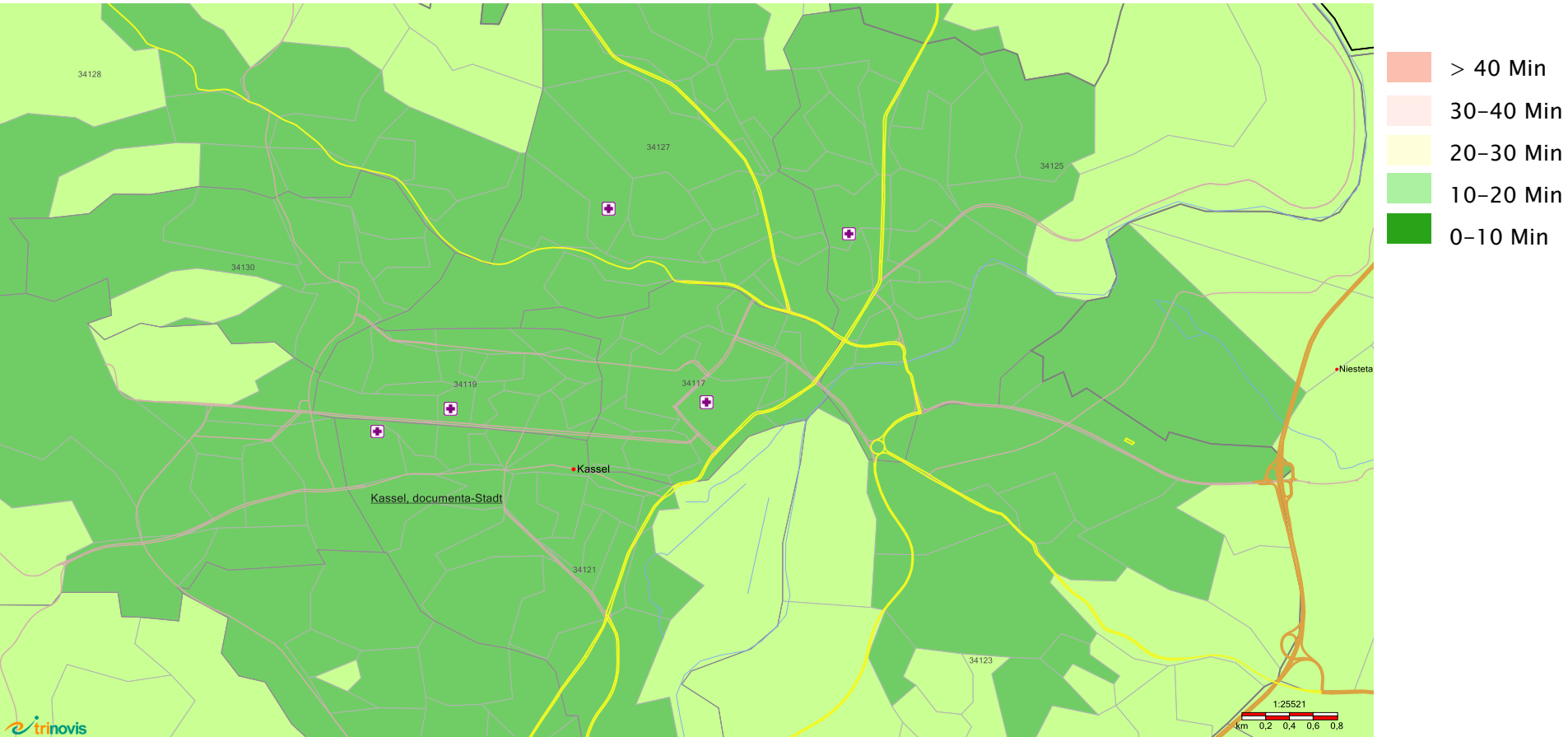
Morgen

- ▶ 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.

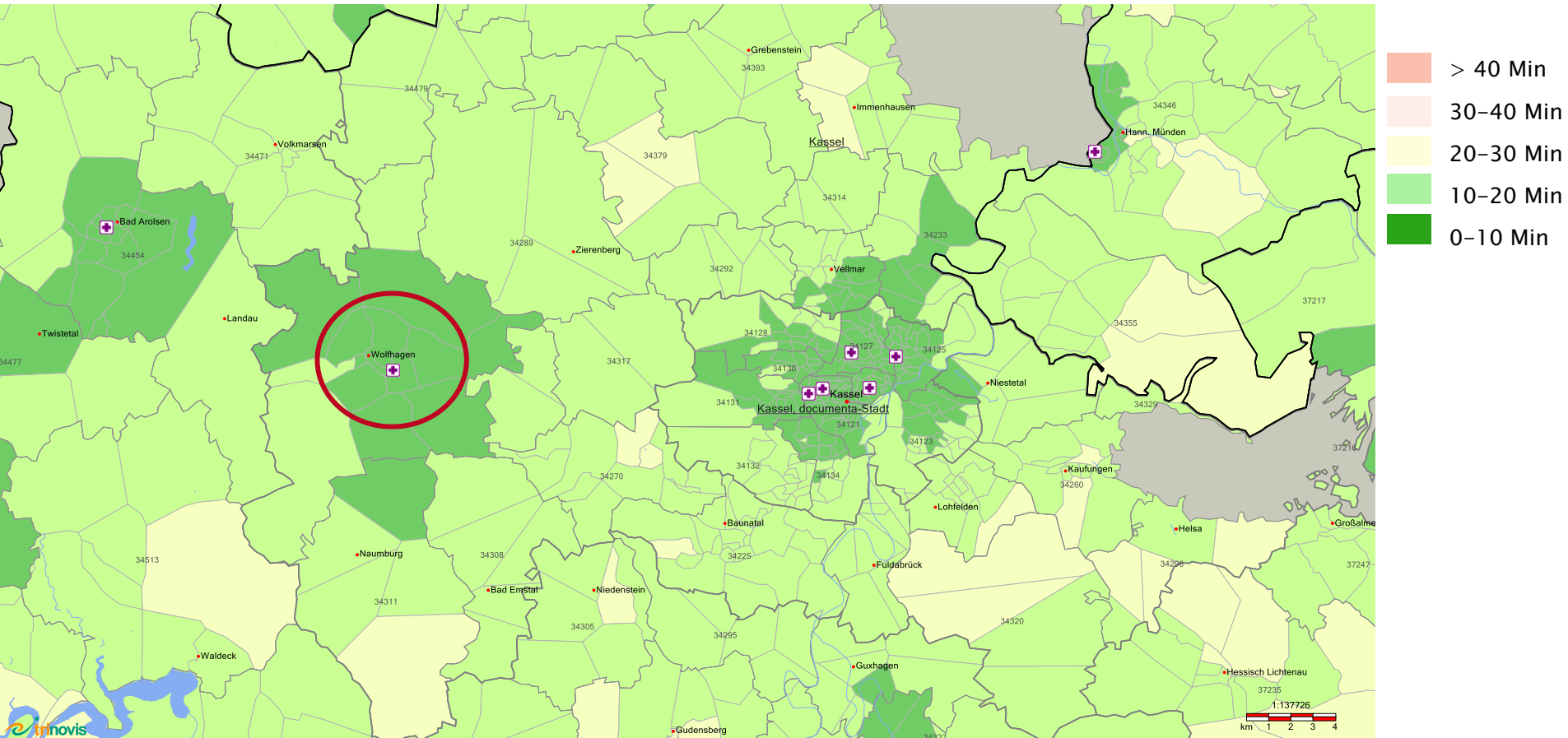
Erreichbarkeit von Grundversorgern in Nord-Hessen



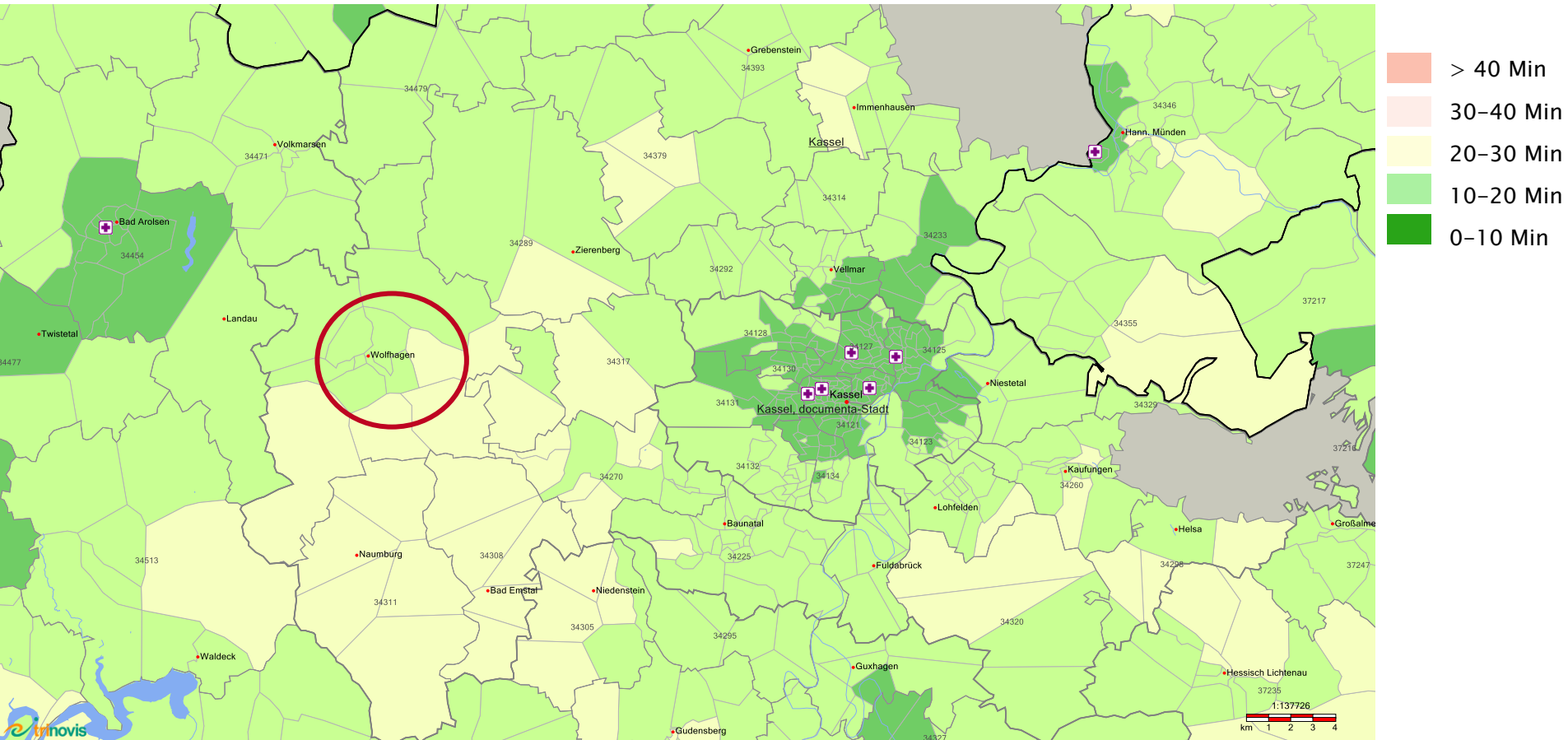
Erreichbarkeit von Grundversorgern in Kassel



Erreichbarkeit Wolfhagen (Nord-Hessen) Status quo



Erreichbarkeit Wolfhagen (Nord-Hessen) nach Marktaustritt



Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

KHSG–Aufgaben

Neue Aufgaben im G–BA	Neue Aufgaben für die Selbstverwaltung
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Zentrumszuschläge
Notfallversorgung → Notfallstufenkonzept	Notfallversorgung → Notfallstufenvergütung
Sicherstellungszuschläge → Kriterienfestlegung	Klinische Sektionen
Qualitätszu- und -abschläge → Indikatoren	Qualitätszu- und -abschläge → Vergütung
Qualitätsverträge → Leistungsbereiche	Qualitätsverträge → Rahmenvertrag
MDK–Qualitätsprüfungsrichtlinie	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
	Absenkung von Bewertungsrelationen
	Sachkostenvergütung
Weiterentwicklung von Aufgaben des G–BA	Fixkostendegressionsabschlag
<i>Mindestmengenregelung</i>	Tarifrate
<i>Qualitätsbericht</i>	Mehrkosten G–BA → Vorgaben für befristete Zuschläge
	Expertenkommission Pflege

KHSG–Umsetzung: Themen und Fristen

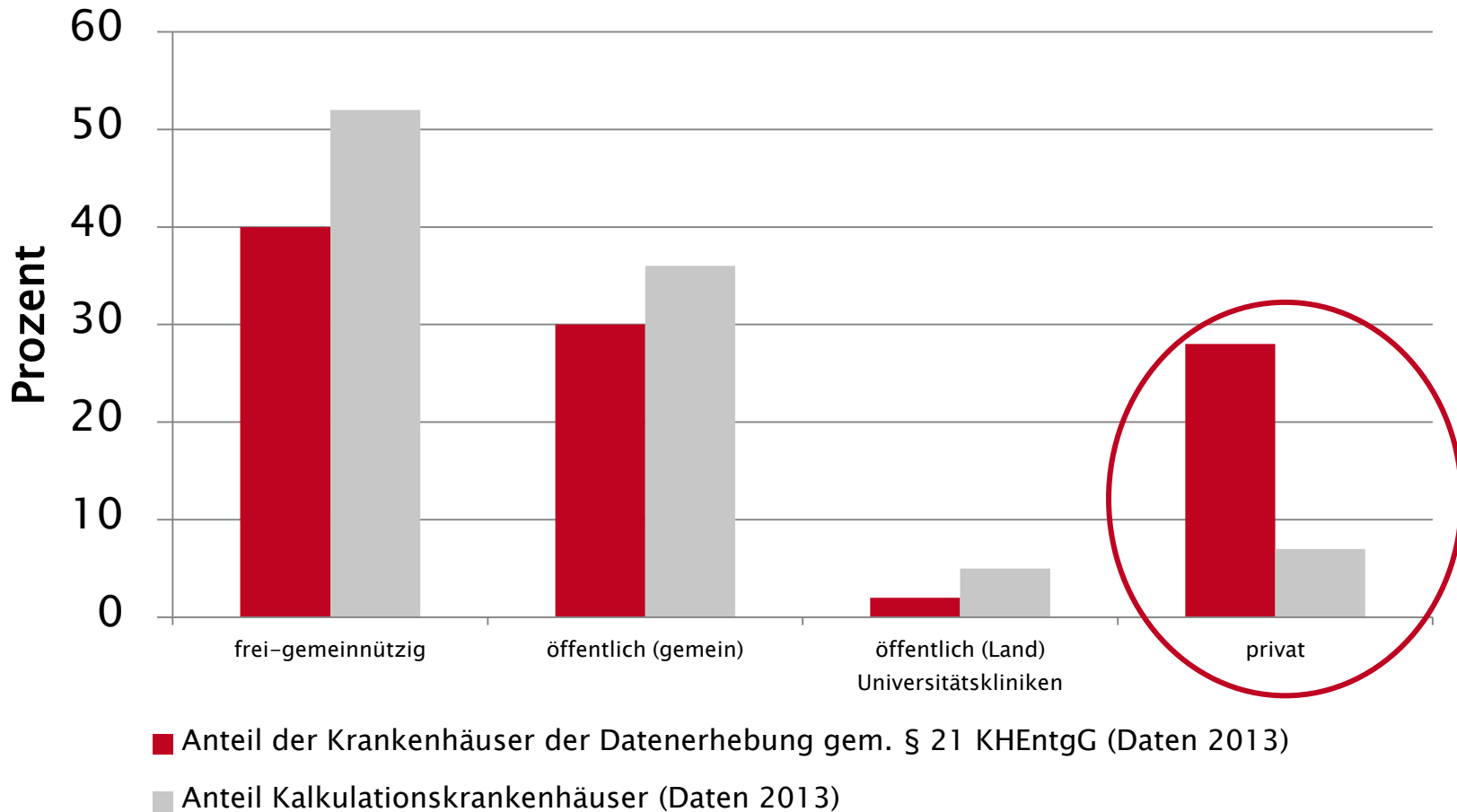
Nr.	Thema	Frist						
		2015	2016				2017	2018
			1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal		
1	Zentrumsvereinbarung		31. Mrz					
2	Notfallstufenkonzept					31. Dez		
3	Notfallstufenvergütung					30. Jun		
4	Sicherstellungszuschlag					31. Dez		
5	Repräsentative Kalkulationsstichprobe					31. Dez		
6	Sachkostenvergütung		30. Jun					
7	Fixkostendegressionsabschlag			31. Jul				
8	Absenkung von Bewertungsrelationen		31. Mai					
9	Mehrkosten G-BA-Beschlüsse							
10	MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie							
11	Expertenkommission Pflege					31. Dez		
12	Qualitätszu- und -abschläge – Leistungsbereiche					31. Dez		
13	Qualitätszu- und -abschläge – Vergütung						30. Jun	
14	Qualitätsverträge – Leistungsbereiche					31. Dez		
15	Qualitätsverträge – Rahmenvertrag						31. Jul	
16	Tarifrate							
17	Hochschulambulanzen – Patientenzugang		23. Jan					
18	Hochschulambulanzen – Vergütungskonzept		23. Jan					
19	Entlassmanagement	31. Dez						

Repräsentative Stichprobe

Nr.	Thema	Frist						
		2015	2016				2017	2018
			1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal		
1	Zentrumsvereinbarung		31. Mrz					
2	Notfallstufenkonzept					31. Dez		
3	Notfallstufenvergütung						30. Jun	
4	Sicherstellungsabschlag					31. Dez		
5	Repräsentative Kalkulationsstichprobe					31. Dez		
6	Sachkostenvergütung			30. Jun				
7	Fixkostendegressionsabschlag				31. Jul			
8	Absenkung von Bewertungsrelationen			31. Mai				
9	Mehrkosten G-BA-Beschlüsse							
10	MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie							
11	Expertenkommission Pflege					31. Dez		
12	Qualitätszu- und -abschläge - Leistungsbereiche					31. Dez		
13	Qualitätszu- und -abschläge - Vergütung						30. Jun	
14	Qualitätsverträge - Leistungsbereiche					31. Dez		
15	Qualitätsverträge - Rahmenvertrag						31. Jul	
16	Tarifrate							
17	Hochschulambulanzen - Patientenzugang		23. Jan					
18	Hochschulambulanzen - Vergütungskonzept		23. Jan					
19	Entlassmanagement	31. Dez						

Repräsentative Kalkulationsstichprobe

Trägerschaft



Quelle: Abschlussbericht G-DRG-System 2015



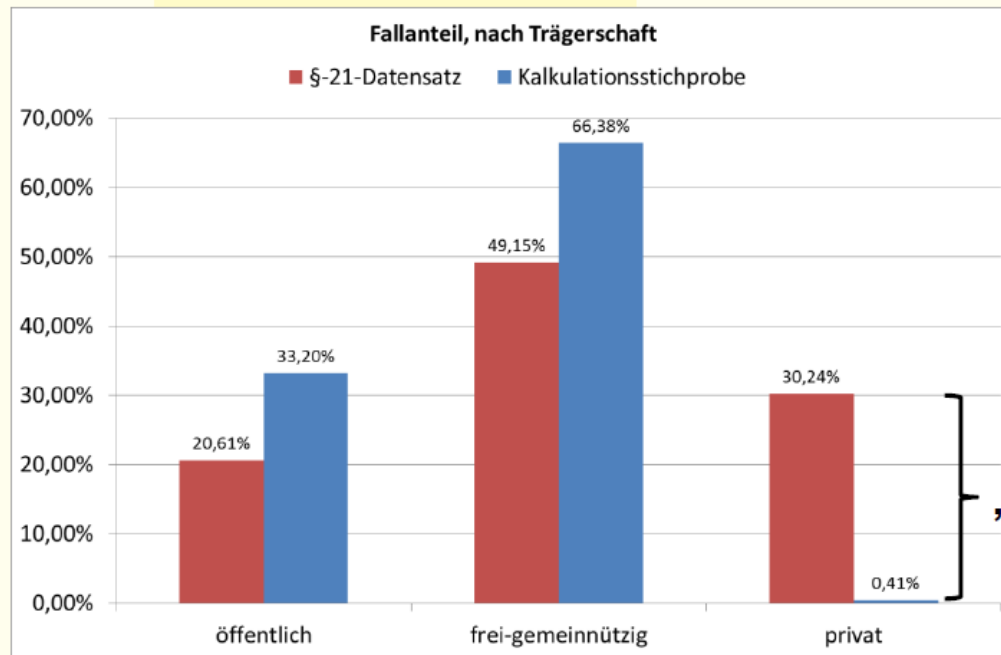
Repräsentative Kalkulationsstichprobe

Ausgewählte Eingriffe am Herzen



Spitzenverband

In den Basis-DRGs F03, F06 und F98



„Lücke“

Bzgl. des **Fallanteils** besteht eine starke Unterrepräsentanz der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft

Repräsentative Kalkulationsstichprobe

- ▶ Private Krankenhausträger und bestimmte Hauptleistungserbringer fehlen in der Kalkulation.
- ▶ Die Bundesebene soll auf Basis eines InEK-Konzepts bis zum **31.12.2016** eine Vereinbarung schließen.
- ▶ Krankenhäuser, die zur Teilnahme 2017 (Datenjahr 2016) verpflichtet werden, müssen bereits in diesem Jahr ausgewählt werden, damit die notwendigen Vorarbeiten durchgeführt werden können.
- ▶ In der Vereinbarung sind Sanktionsregelungen festzulegen. Sie sollten so hoch sein, dass sie keiner zahlt.
- ▶ Schiedsstellenanrufung möglicherweise im August.

Kalkulation der Sachkosten

Nr.	Thema	Frist						
		2015	2016				2017	2018
			1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal		
1	Zentrumsvereinbarung		31. Mrz					
2	Notfallstufenkonzept					31. Dez		
3	Notfallstufenvergütung						30. Jun	
4	Sicherstellungszuschlag					31. Dez		
5	Repräsentative Kalkulationsmodellprobe					31. Dez		
6	Sachkostenvergütung			30. Jun				
7	Fixkostendegressionsabschlag				31. Jun			
8	Absenkung von Bewertungsrelationen			31. Mai				
9	Mehrkosten G-BA-Beschlüsse							
10	MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie							
11	Expertenkommission Pflege					31. Dez		
12	Qualitätszu- und -abschläge - Leistungsbereiche					31. Dez		
13	Qualitätszu- und -abschläge - Vergütung						30. Jun	
14	Qualitätsverträge - Leistungsbereiche					31. Dez		
15	Qualitätsverträge - Rahmenvertrag						31. Jul	
16	Tarifrate							
17	Hochschulambulanzen - Patientenzugang		23. Jan					
18	Hochschulambulanzen - Vergütungskonzept		23. Jan					
19	Entlassmanagement	31. Dez						

Kalkulation der Sachkosten

Sachverhalt



- ▶ Gesetzlicher Auftrag:
Vermeidung von Fehlanreizen durch die **systematische Übervergütung** der Sachkosten in den DRG-Fallpauschalen
- ▶ Umverteilung erfolgt zugunsten der Personalkosten
- ▶ Die Bundesebene beschließt entsprechende Korrekturen auf Basis eines vom InEK erstellten Konzepts.
- ▶ Erstmalige Umsetzung für DRG-Katalog 2017, dann jährliche Analyse und Anpassung der entsprechenden Leistungen

Editorial das Krankenhaus

6.2016 das
Krankenhaus



- ▶ „Auch die Umsetzung der Sachkostenabsenkung bis zum 30. Juni 2016 erweist sich als problematisch. Hier fordert die GKV eine undifferenzierte Rasiermethode mit **Schnitttiefe bis aufs Blut.**“
- ▶ „Eine Schiedsstelle, die nicht akzeptable Kalkulationsvorgaben macht, wäre wenig hilfreich. Denn am Ende muss der DRG-Katalog im Oktober gemeinsam beschlossen werden können.“
- ▶ „Ein **Katalog**, der bei vielen Krankenhäusern zu nicht gerechtfertigten Erlöseinbußen führt, wäre jedenfalls **nicht konsentierbar** – und ist vom Gesetzgeber, bei dem die **Ersatzvornahme** läge, wohl auch nicht gefordert.“

Einigung?

InEK-Konzept:



Schiedsstelle wurde angerufen.

Verhandlungsoptionen:

- Sachkostenabgrenzung
- Hebelhöhe
- Zeitliche Streckung

Absenkung von Bewertungsrelationen

Nr.	Thema	Frist						
		2015	2016				2017	2018
			1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal		
1	Zentrumsvereinbarung		31. Mrz					
2	Notfallstufenkonzept					31. Dez		
3	Notfallstufenvergütung						30. Jun	
4	Sicherstellungszuschlag					31. Dez		
5	Repräsentative Kalkulationsstichprobe					31. Dez		
6	Sachkostenvergütung			30. Jun				
7	Einkostendegressionszuschlag				31. Jul			
8	Absenkung von Bewertungsrelationen			31. Mai				
9	Mehrkosten- & DA-Beschüsse							
10	MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie							
11	Expertenkommission Pflege					31. Dez		
12	Qualitätszu- und -abschläge - Leistungsbereiche					31. Dez		
13	Qualitätszu- und -abschläge - Vergütung						30. Jun	
14	Qualitätsverträge - Leistungsbereiche					31. Dez		
15	Qualitätsverträge - Rahmenvertrag						31. Jul	
16	Tarifrate							
17	Hochschulambulanzen - Patientenzugang		23. Jan					
18	Hochschulambulanzen - Vergütungskonzept		23. Jan					
19	Entlassmanagement	31. Dez						

Absenkung von Bewertungsrelationen

Sachverhalt



- ▶ Bis zum **31.05.2016** ist bei Leistungen mit Anhaltspunkten für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen die Bewertungsrelation abzusenken bzw. abzustaffeln.
- ▶ Kommt es zu keiner Vereinbarung zwischen GKV, PKV und DKG gilt die Bundesschiedsstelle automatisch als angerufen.
- ▶ Die DKG lehnt das Instrument bisher ab, da es aus ihrer Sicht keine mengenanfälligen Leistungen gibt.
- ▶ Skepsis bei der GKV wegen FDA-Regelung.
- ▶ Prognose: Es kommt eine kleine Lösung.

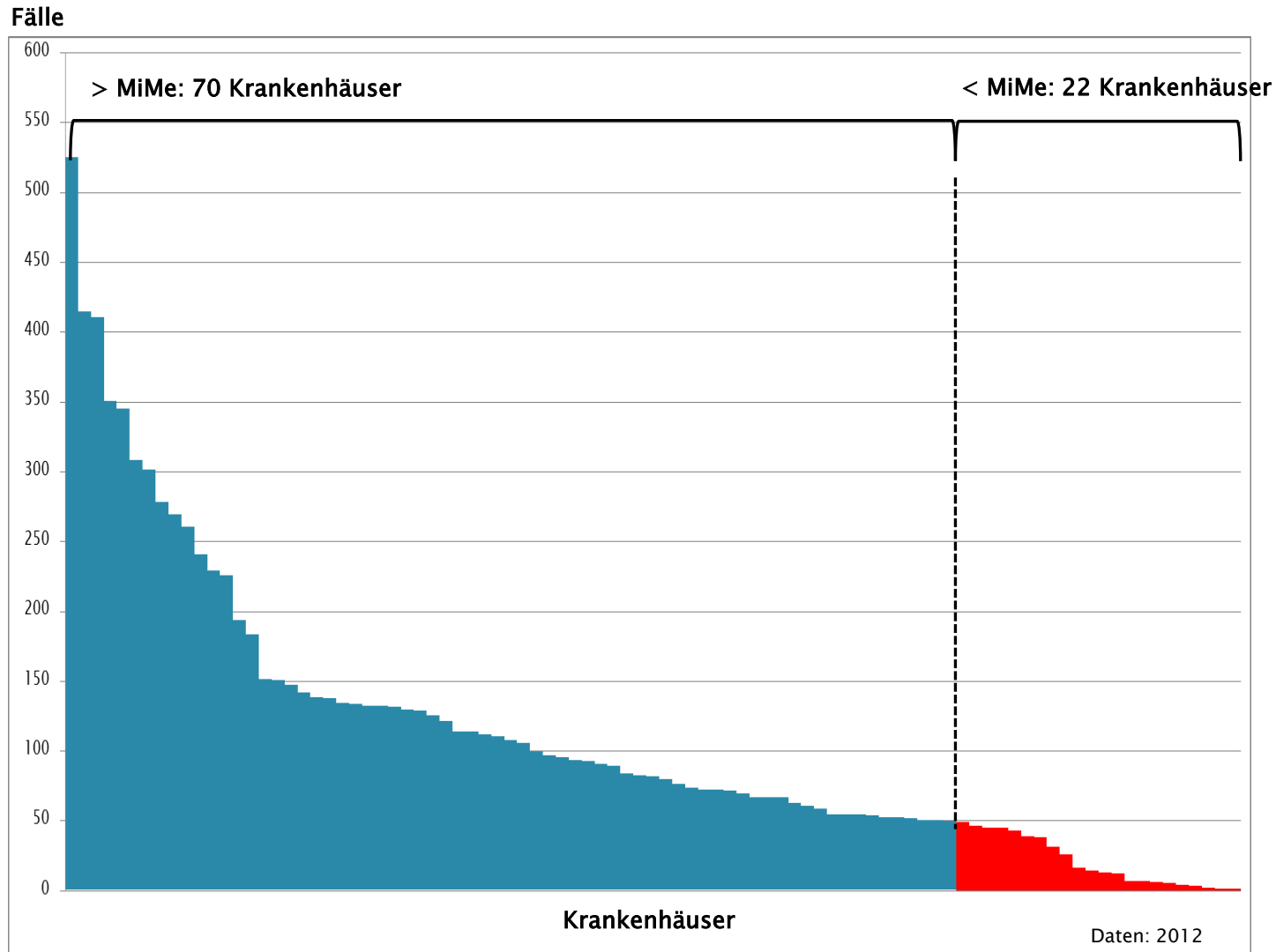
Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

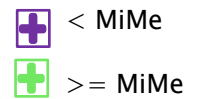
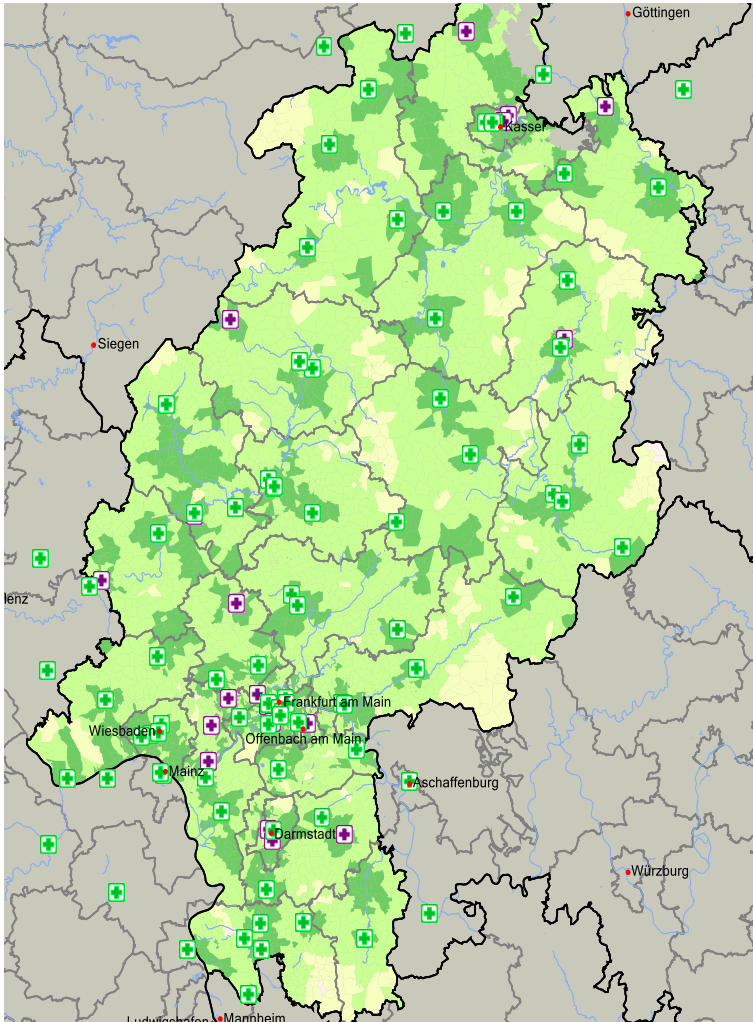
Förderung guter, Sanktionierung schlechter Mengen

Gute Mengen	Schlechte Mengen
Qualitätszuschläge	Qualitätsabschläge
Qualitätsverträge	Absenkung von Bewertungsrelationen
Zentrumszuschläge	Sachkostenvergütung
Mehrkosten G-BA	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Katalog nicht- mengenanfälliger Leistungen	Fixkostendegressionsabschlag
Notfallversorgung	
Sicherstellungszuschläge	

Jede Menge kleine Mengen: Krankenhäuser in Hessen



Mindestmenge Knie-TEP in Hessen: 22 von 92 KHs unter Mindestmenge

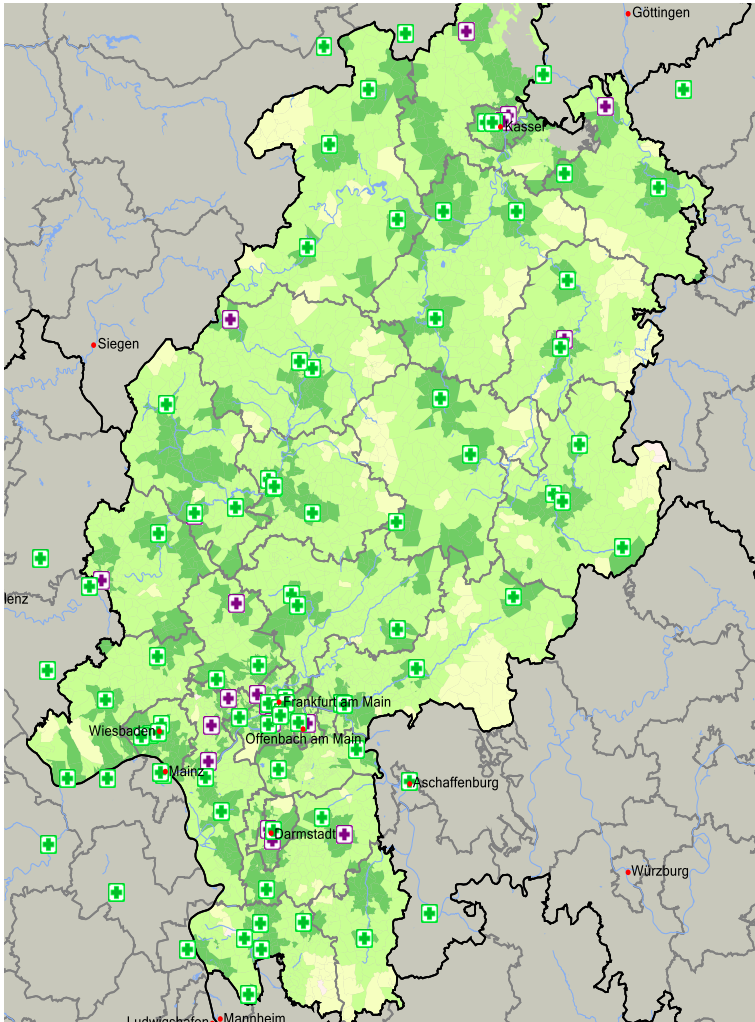


Erreichbarkeit Status quo

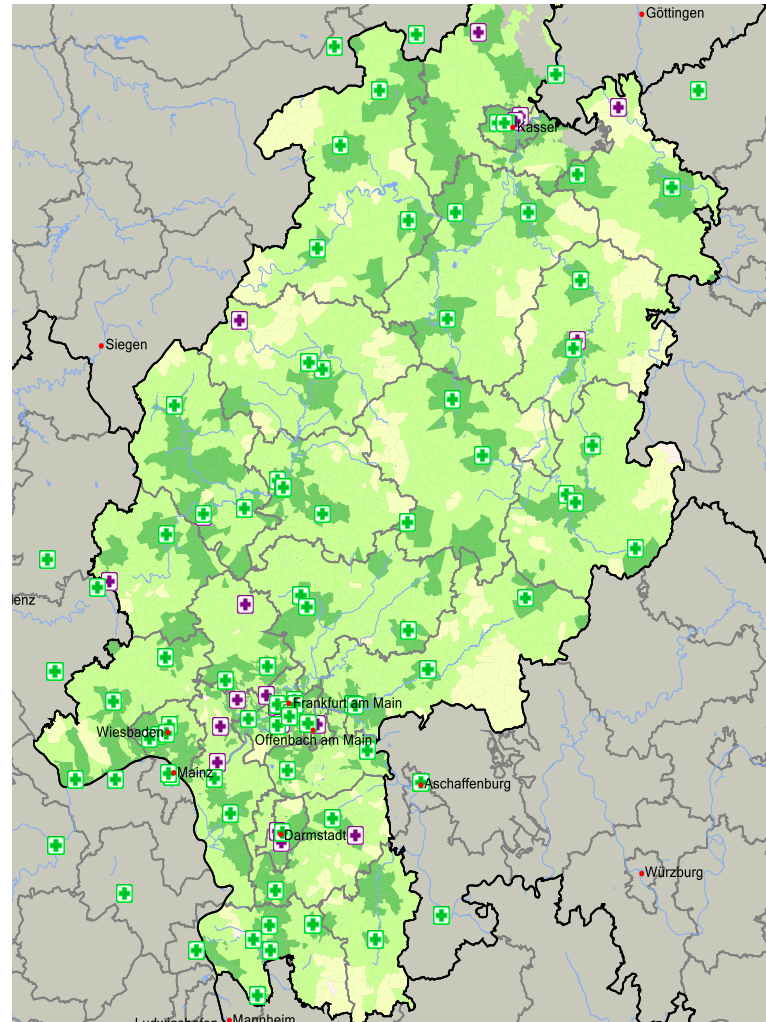
Mindestmenge Knie-TEP in Hessen: 22 von 92 KHs unter Mindestmenge



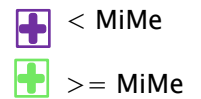
Spitzenverband



Erreichbarkeit Status quo



Erreichbarkeit bei konsequenter QS



Prospektive Festlegung

§ 136b Abs. 4 SGB V

„(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die **Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose)**. Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im **vorausgegangenem Kalenderjahr** die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“

Qualitätsverträge

- ▶ **Regelung:**
 - befristete Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern
 - G-BA beschließt vier Leistungen oder Leistungsbereiche bis 31.12.2017
 - DKG und der GKV-Spitzenverband vereinbaren Rahmenvorgaben bis 31.07.2018
- ▶ **Verhandlungsverlauf:**
 - GKV-seitige Abstimmung von Leistungen läuft; zudem Entwurf für eine Rahmenvereinbarung in Arbeit
 - Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA: setzt am 02.03.2016 die Arbeitsgruppe „QS-Verträge und Qualitätszu- und -abschläge“ ein.
- ▶ **Erste Bewertung:**
 - vorfristige Einigung evtl. möglich

Mehrkosten G-BA

Nr.	Thema	Frist						
		2015	2016				2017	2018
			1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal		
1	Zentrumsvereinbarung		31. Mrz					
2	Notfallstufenkonzept					31. Dez		
3	Notfallstufenvergütung					30. Jun		
4	Sicherstellungszuschlag					31. Dez		
5	Repräsentative Kalkulationsstichprobe					31. Dez		
6	Sachkostenvergütung		30. Jun					
7	Fixkostendegressionsabschlag			31. Jul				
8	Abenkung von Bewertungsrelationen			31. Mai				
9	Mehrkosten G-BA-Beschlüsse							
10	MDK Qualitätsprüfungs-Richtlinie							
11	Expertenkommission Pflege					31. Dez		
12	Qualitätszu- und -abschläge - Leistungsbereiche					31. Dez		
13	Qualitätszu- und -abschläge - Vergütung						30. Jun	
14	Qualitätsverträge - Leistungsbereiche					31. Dez		
15	Qualitätsverträge - Rahmenvertrag						31. Jul	
16	Tarifrate							
17	Hochschulambulanzen - Patientenzugang		23. Jan					
18	Hochschulambulanzen - Vergütungskonzept		23. Jan					
19	Entlassmanagement	31. Dez						

Zuschlag für Mehrkosten G-BA

Sachverhalt

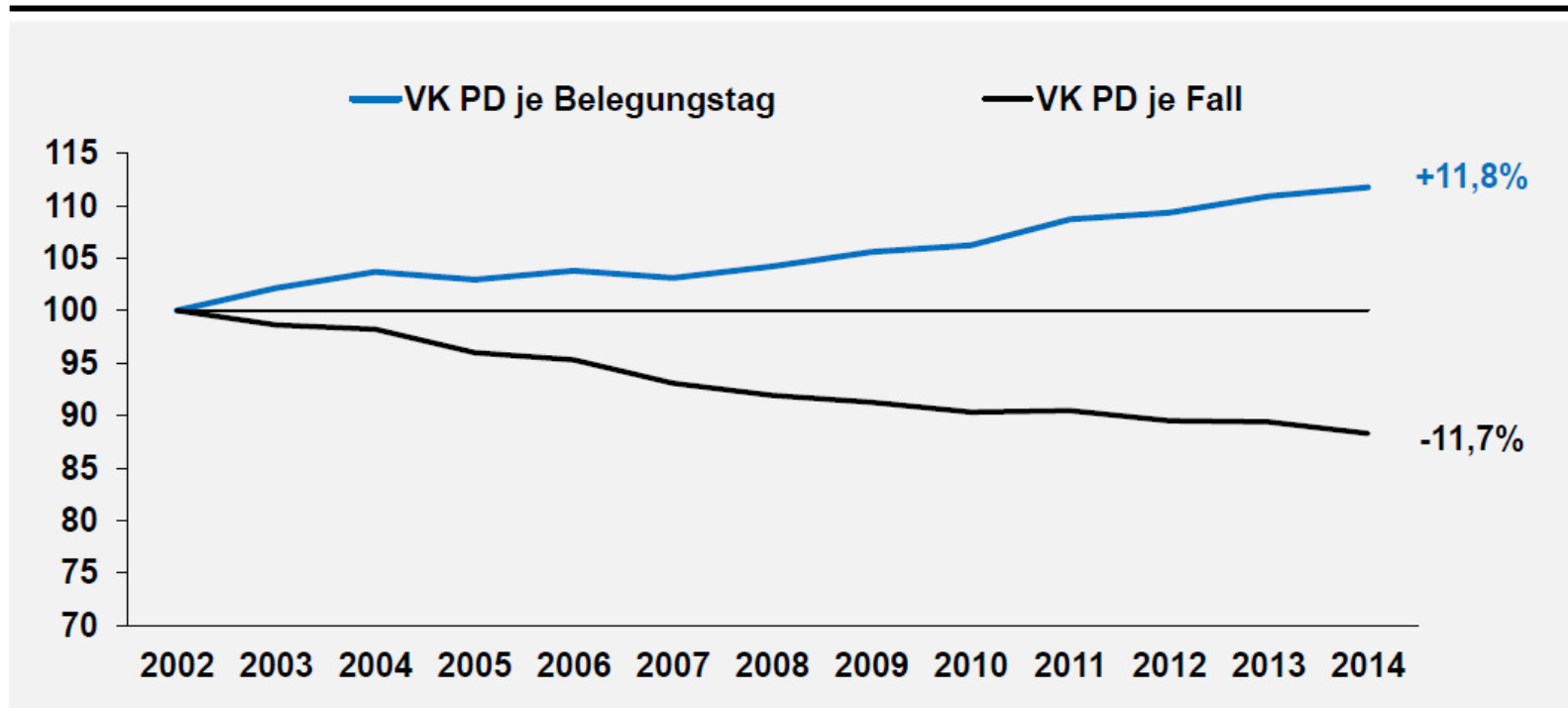
- ▶ Auf Bundesebene soll eine Vereinbarung zur Finanzierung der Mehrkosten von Richtlinien des G-BA beschlossen werden.
- ▶ Vereinbarung sollen Vorgaben enthalten
 - ▶ zur Dauer auf Krankenhausebene vereinbarten Zuschläge,
 - ▶ zur Ermittlung der Mehrkosten,
 - ▶ zum Nachweis der korrekten Mittelverwendung,
 - ▶ ...
- ▶ Es gibt keine gesetzliche Frist für diese Vereinbarung.
- ▶ Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.
- ▶ Wichtigste Frage: Wer bekommt den Zuschlag?

Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

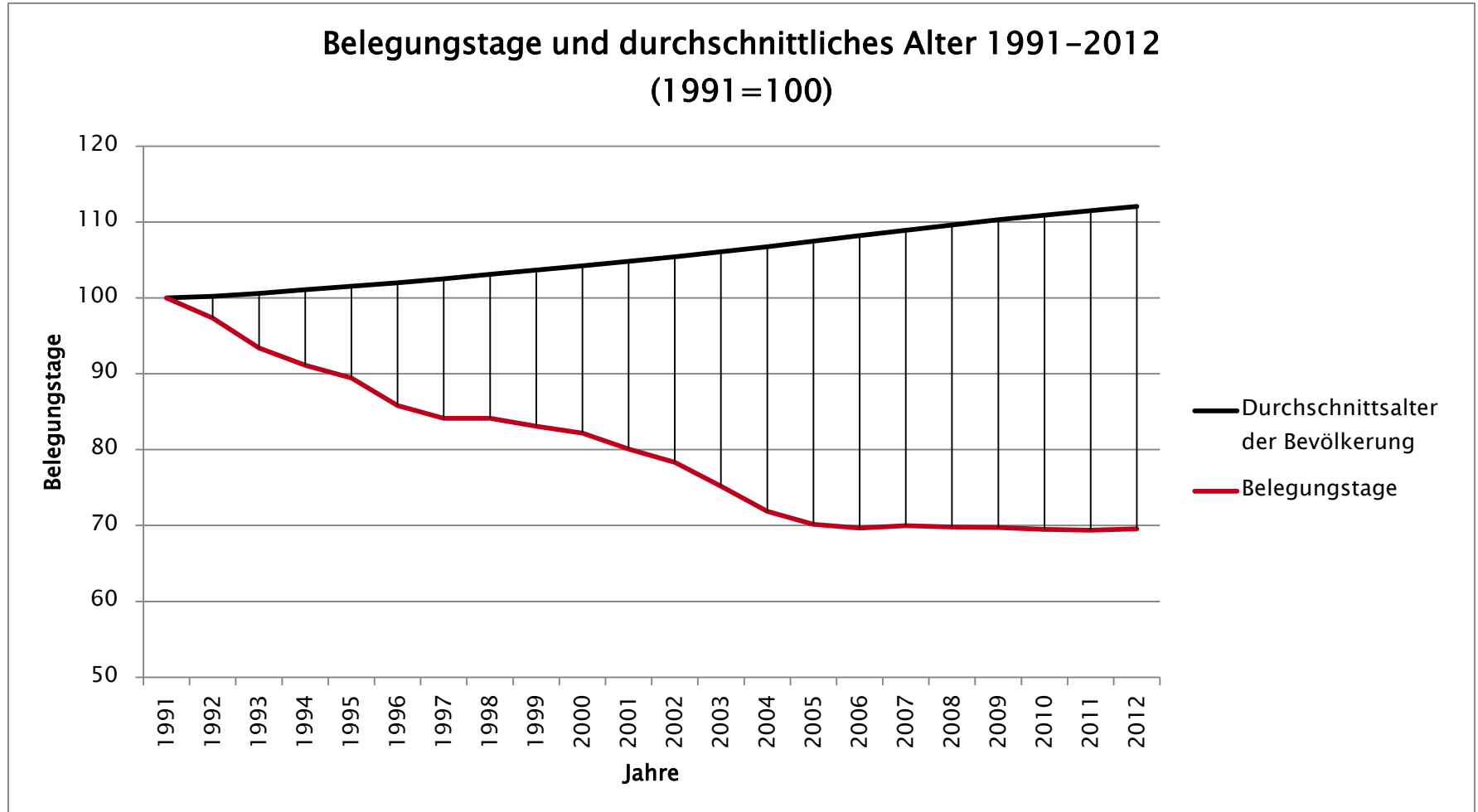
Im Ergebnis: sinkende Zahl an Pflegekräften je Fall und steigende Zahl je Belegungstag

Anzahl Vollkräfte normiert auf 100 im Jahr 2002

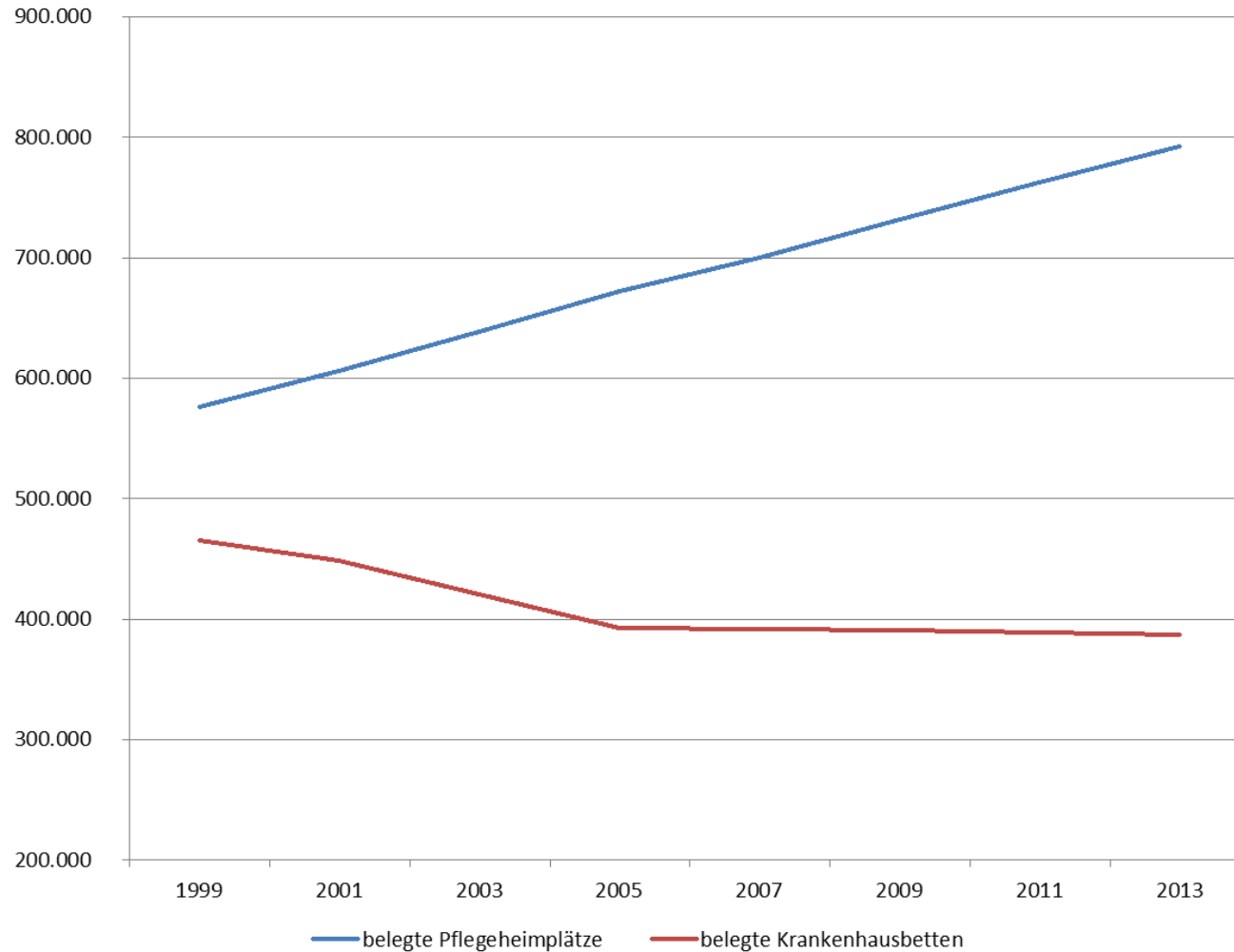


Quelle: Folien Augurzky, DRG-Forum 2016

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



Belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



Quelle: Destatis

Pflege-Expertenkommission

- ▶ Auftrag bis 31.12.2017:
 - Prüfung, ob Pflegebedarfe von Patienten mit erhöhtem Pflegeaufwand sachgerecht im Vergütungssystem abgebildet sind
 - ▶ Patienten mit: (i) Demenz, (ii) Pflegestufe/-grad i. S. der Sozialen Pflegeversicherung, (iii) Behinderungen
 - Vorschläge, wie sachgerechte Abbildung erfolgen kann
 - Abschätzung der finanziellen Auswirkungen
 - Vorschlag, wie Mittel des Pflegestellenförderprogramms ab dem vierten Jahr auch noch beim Pflegepersonal ankommen

Vorsichtige Ersteinschätzungen

- ▶ Relativgewichte ändern relativ wenig.
- ▶ Die Berücksichtigung von Pflegestufen bzw. Pflegegraden im DRG-Groupier muss man prüfen. Ein Quantensprung ist nicht zu erwarten.
- ▶ PKMS ist prinzipiell kein falscher Weg, aber sie sind aufwendig. Wie kommt man an bereits elektronisch erfasste pflegerelevante Zahlen in den KIS-Systemen?
- ▶ Nursing Related Groups sind ein ferner Nebel. Die GKV will nicht zwei Rechnungen für einen Krankenhausaufenthalt zahlen.

Qualitätskritische Pflegebereiche!

- ▶ Der Schlüssel zur Lösung des Pflegeproblems liegt nicht im InEK.
- ▶ Personalanzahlzahlen für alles würden sämtliche Effizienzbemühungen ruinieren.
- ▶ Die Cockpit-Metapher: Man erhöht die Sicherheit im Luftverkehr nicht dadurch, dass man den Fluggesellschaften Millionenbeträge zuschustert. Man erhöht sie auch nicht, indem man den Unternehmen eine Beschäftigtengesamtzahl vorschreibt. Aber, dass – wann immer eine Maschine abhebt – ein Copilot im Cockpit sitzt, hat etwas Beruhigendes.

Wo sind die qualitätskritischen Pflegebereiche?

- ▶ Der Schlüssel zur Lösung des Pflegeproblems sind Struktur- und Prozessvorschriften des G-BA.

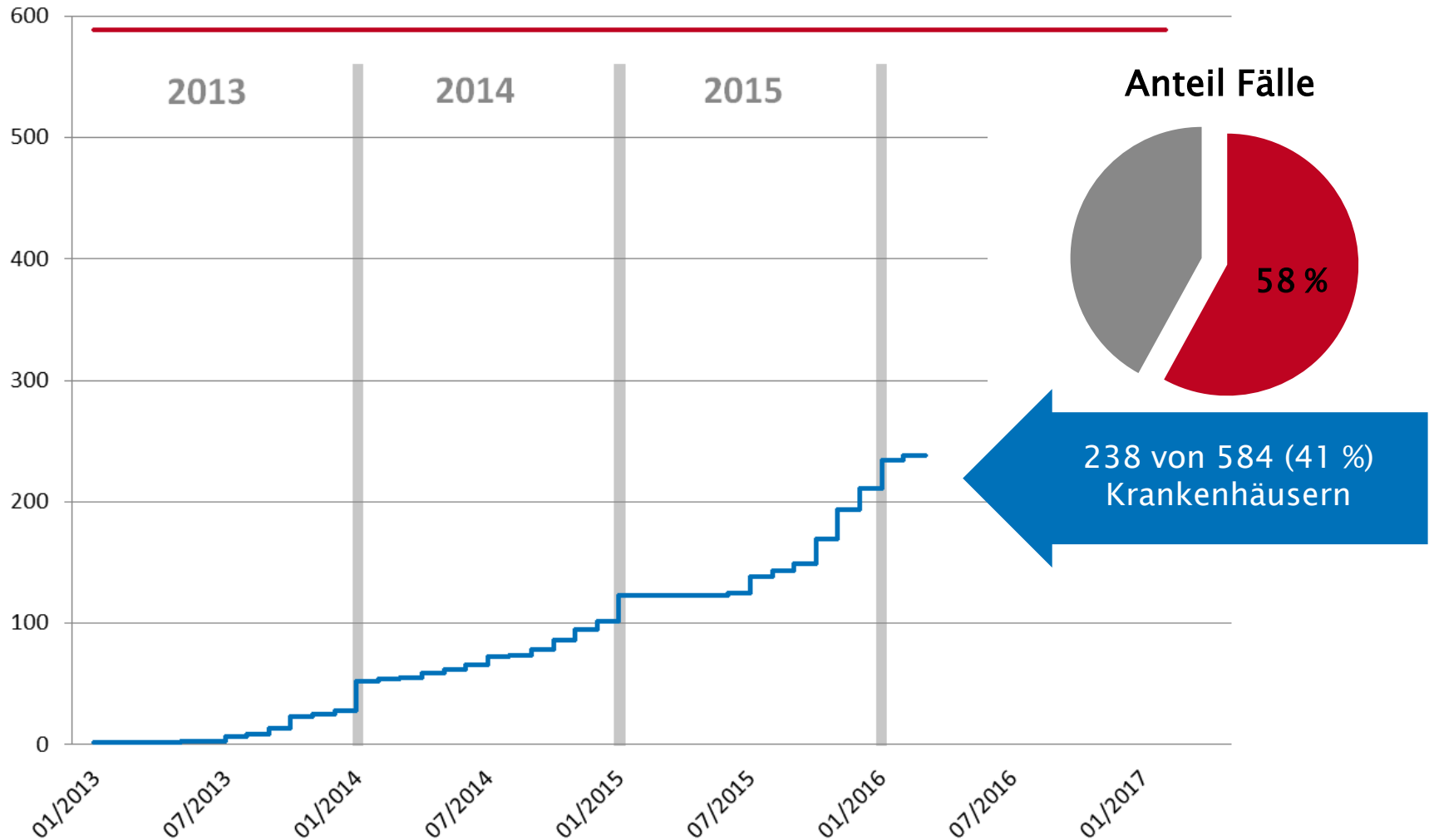
- ▶ Vorbild ist die Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen/Perinatalzentren Level 1 und 2.

- ▶ Analysen und Vorschläge gesucht:
 - Nachts ist keine Krankenschwester allein auf Station.
 - Anhaltzahlen in der Intensivpflege
 - Vorgaben für bestimmte Situationen (Patienten mit Krankenhauskeimen, ...)

Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

Optionshäuser Stand 02/2016



Quelle: Abrechnung- und Vereinbarungsdaten der Krankenkassen, Stand Februar 2016

Strukturierter Dialog am 18.02.2016

- ▶ Einigung des BMG mit den Gesundheitspolitikern der Koalition
- ▶ Eckpunkte für Gesetzgebungsverfahren



Stand: 18.02.2016

Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

vorgelegt von: Herrn Bundesminister Hermann Gröhe (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Georg Nüßlein (MdB), Stellvertretender Vorsitzender der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Herrn Dr. Prof. Karl Lauterbach, (MdB), Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag Frau Maria Michalk (MdB) und Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der SPD im Deutschen Bundestag Frau Hilde Mattheis (MdB)

I. Herausforderung und Handlungsbedarf

Der Koalitionsvertrag sieht für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik vor, an dem Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz festzuhalten und zugleich notwendige systematische Veränderungen zu prüfen. Zugleich wird eine Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung angestrebt. Die geschäftsführenden Vorstände der Koalitionsfraktionen haben am 29. April 2014 eine grundsätzliche Prüfung des Entgeltsystems durch das Bundesministerium für Gesundheit beschlossen. Bei der Prüfung wurden Stellungnahmen, die im Zusammenhang mit dem strukturierten Dialog von psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden und weiteren Akteuren vorgelegt wurden, berücksichtigt.

Für eine Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems werden die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt, indem sie unter Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten bedarfs- und leistungsgerechte Budgets vereinbaren. An der Leistungsorientierung der Vergütung und der empirischen Kalkulation wird festgehalten.

II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Das neue Entgeltsystem wird als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen ausgestaltet. Auf der Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z.B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Von den Vertragspartnern vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhaushausindividuell durch ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Anstelle der schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.

II.2 Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf Grundlage empirischer Daten

Die auf empirischen Daten gestützte Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen erfolgt unter Verwendung der Kostendaten von Kalkulationshäusern, die zukünftig eine repräsentative Kalkulationsgrundlage bilden. Zusätzlich wird zukünftig vorgegeben, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von verbindlichen, auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teil-

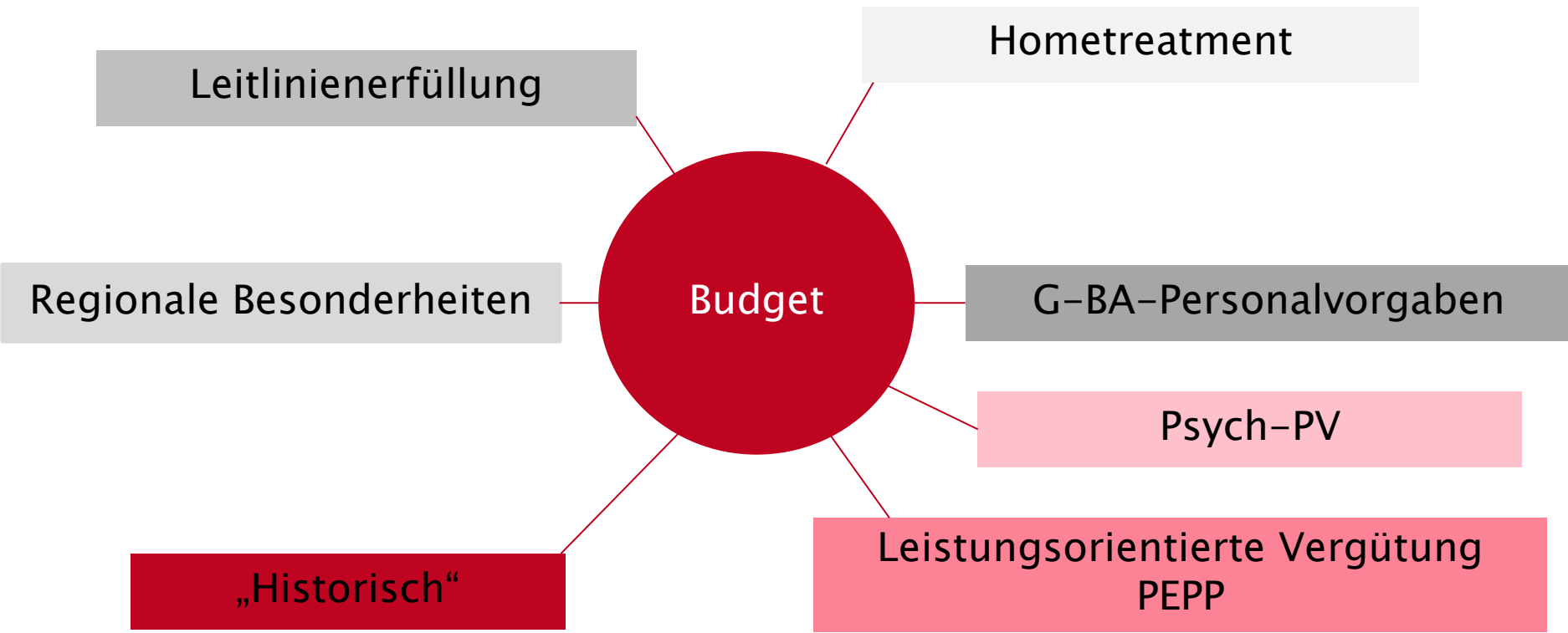


Spitzenverband

Das neue Psych-Budgetsystem

- ▶ **Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt**
- ▶ **Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen**
 - Grundlage ist der bundesweite und empirisch kalkulierte Entgeltkatalog
- ▶ **Zu Deutsch: PEPP bleibt.**
- ▶ **Gesamtbewertung des GKV-Spitzenverbandes: Hinreichend unklar.**

Die sieben Dimensionen des künftigen Psych-Budgets



Personalausstattung

- ▶ G-BA soll verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen beschließen.
 - Psych-PV als Orientierung
 - Leitlinien
 - Externe Expertise

- ▶ Zweifelhaft: Nur 100 %-Psych-Häuser sollen an der Kalkulation teilnehmen.

- ▶ Achtung: 100 %-Psych-PV-Finanzierung setzt 100 %-Psych-PV-Besetzung voraus.

UA QS – Aufgabenkatalog

1. AG § 136b Abs. 1 Nr. 4 und 5 (neu): Leistungen für QS-Verträge ■ P-4-P
2. AG § 63 III c SGBV: Entwicklung von Modulen für die zusätzliche Ausbildung für Tätigkeiten, die er in der RL nach § 63 IIIc SGB V festgelegt hat
3. AG AQUA-Abschlussberichte: Abnahme Abschlussbericht "Zahnmedizin" ■ Abnahme Abschlussbericht "Dialyse"
4. AG Externe stationäre QS: QSKH-RL: jährliche Überarbeitung QSKH-RL: Grundsätzliche Überarbeitung ■ Jährliche Spezifikation (esQS) ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS): Leistungsbereiche ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS) – Auffälligkeitskriterien zur Verstetigung ■ Jährliche Datenvalidierung (esQS) – Auffälligkeitskriterien für Leistungsbereiche ■ Jährlicher Abschlussbericht Datenvalidierung (esQS) ■ Jährliche Berichte Datenvalidierung (esQS) ■ Jährlicher Abschlussbericht Strukturierter Dialog (esQS) ■ Jährliche Berichte Strukturierter Dialog (esQS) ■ Jährliche Qualitätsreport ■ Bundesauswertung (esQS): Freigabe ■ Bundesauswertung (esQS): AG-Beratungen ■ Jährliche Länderauswertung mit Geodarstellung ■ Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung im Qb ■ QSKH-RL: Weiterentwicklung ■ Bericht zur Weiterentwicklung der esQS ■ Weiterentwicklung des LB Cholezytektomie ■ Weiterentwicklung Follow-up der LB Transplantationen ■ Weiterentwicklung der LB Herzchirurgie (QSKH-RL) ■ Weiterentwicklung der LB Implantierbare Defibrillatoren ■ Weiterentwicklung der Risikoadjustierung DEK ■ Weiterentwicklung der LB Knie- und Hüftendoprothesenversorgung ■ Entwicklung eines LB Mitralklappeneingriffe ■ Weiterentwicklung der LB Geburtshilfe und Neonatologie ■ Überprüfung der Indikationsstellung Hysterektomie ■ Indizes zu Nosokomialen Infektionen ■ Dokumentationsqualität ■ Maßnahmen nach § 13 QSKH-RL ■ Dokumentationsrate von 100 Prozent
5. AG Fortbildungspflichten: Klarstellende Regelungen in oder zu den FKH-R
6. AG Früh- und Neugeborenenversorgung: QFR-RL – Modell zur Risikoadjustierung für die Fachöffentlichkeit ■ QFR-RL – Abnahme Validierungsverfahren ■ QFR-RL – Konzeptskizze zum Verlegungsgeschehen ■ QFR-RL – Validierungsverfahren ■ QFR-RL – Phase C
7. AG GO/VerFO: Zusammenarbeit zwischen G-BA und IQTiG
8. AG MHI: Minimalinvasive Operationen an Herzklappen – Minimalinvasive Herzklappeninterventionen
9. AG Mindestmengen: Überarbeitung der Mm-R ■ Höhe der Mindestmengen bei NICU und Knie-TEP ■ Mindestmengen bei weiteren Knie-TEP-Leistungen ■ Jährliche OPS-Anpassung: Mindestmengen ■ Jährliche OPS-Anpassung: Mindestmengen
10. AG Notfallstrukturen: Notfallstrukturen
11. AG Planungsrelevante Indikatoren: Planungsrelevante Indikatoren
12. AG PPP: Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik: Richtlinie ■ Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik: Studie des Ist-Zustandes
13. AG QBA-RL: Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBA-RL
14. AG QBK-RL: Qualitätsbeurteilung: RL-Überarbeitung zur MRT der Wirbelsäule ■ Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBK-RL
15. AG QBR-RL: Qualitätsbeurteilung: Prüfung auf Änderungsbedarf der QBR-RL zu CT
16. AG Qesü-RL: Weiterentwicklung QSD-RL ■ Patientenbefragungen ■ QS-Verfahren Nosokomiale Infektionen – postoperative Wundinfektionen ■ Jährliche Systempflege/Änderungen sü QS-Verfahren ■ QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk: Abnahme des Berichts ■ QS-Verfahren Arthroskopie am Kniegelenk: Umsetzung ■ Qesü-RL – QS-Verfahren PCI: Patientenmerkblatt in Leichte Sprache
17. AG QM: Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
18. AG QP-RL: Jährlicher KBV-Bericht zur QP-RL ■ Jährlicher KBV-Bericht zur QP-RL ■ Indikationsstellung/Übergangsregelung QBA-RL ■ Überarbeitung der QP-RL: § 299 SGB V ■ Überarbeitung der QP-RL: ausgesetzte Leistungsbereiche
19. AG QS BAA: Jährliche ICD+OPS-Anpassung
20. AG QS Dialyse: Anpassung QSD-RL ■ "Evaluation § 14 QSD-RL – 1. Beauftragungsschritt" ■ "Evaluation § 14 QSD-RL – 2. Beauftragungsschritt" ■ MNC-Bericht gem. § 6 Abs. 2 Satz 3 QSD-RL ■ MNC-Geschäftsbericht gem. § 6 Abs. 2 Sätze 1, 2 QSD-RL ■ KBV-Bericht gem. § 7 Abs. 3 Satz 4 QSD-RL ■ MNC-Bericht gem. § 13 Abs. 2 QSD-RL
21. AG QS KiHe-RL: Jährliche OPS-Anpassung: QS herzkrankte Kinder ■ Überarbeitung RL gemäß UA-Beschluss vom 01.04.2015
22. AG QS KiOn-RL: Jährliche ICD-Anpassung ■ Jährliche ICD-Anpassung
23. AG QS Lebendspender, ggf. neu einzurichtende AG: Überarbeitung QS Lebendspender ■ IQTiG-Beauftragung
24. AG QS Zahnmedizin: Qualitätsprüfung vertragszahnärztliche Versorgung ■ Qualitätsbeurteilung – zahnärztlich ■ Datengestützte QS Zahnmedizin
25. AG QS-Konferenz: QS-Konferenz
26. AG Qualitätsbericht: Jährliche Anpassung Qb-R: Anlage 1 und Anhang 2 der Anlage 1 ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Datensatzbeschreibung ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Servicedateien (ohne C-1) ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Qualitätsindikatoren ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Servicedateien (C-1) ■ Jährliche Anpassung Qb-R: Zeitstrahl ■ Nachlieferverfahren § 6 Abs. 3a Qb-R ■ Beratung gemäß § 4 Anlage 3 Qb-R
27. AG Qualitätsbericht (nur Träger und PatV): Jährliche Sanktionsliste gemäß Qb-R
28. AG Qualitätskontrolle (neu): Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen ■ Kontrollen des MDK ■ Bewertung des QM-Jahresberichts der KBV
29. AG Qualitätsmanagement: Bewertung des QM-Jahresberichts der KZBV ■ IQTiG-Beauftragung zu QM ■ Weiterentwicklung der QM-RL ■ Zweijährliche Entgegennahme des QM-Berichts der KZBV ■ Zweijährliche Entgegennahme des QM-Berichts der KBV ■ Bearbeitung der 3 regelmäßigen QM-Berichte ■ Evaluation der QM-RL ■ ggf. Anpassung der QM-RL ■ stationär: Bestimmung zu einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen ■ stationär: Evaluation von einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen
30. AG sekundäre Datennutzung: Modul VerFO zur sekundären Datennutzung
31. AG Sicherstellungszuschläge: Sicherstellungszuschläge
32. AG Standorte: Standortzuordnung von Ergebnissen der QS
33. AG TuP: Themenfindung und Priorisierung (TuP): Priorisierungentscheidung ■ Themenfindung und Priorisierung (TuP): Überarbeitung
34. AG Zweitmeinung: Zweitmeinungsverfahren
35. AG ?: Krankenhausbewertungsportal
36. Fachausschuss QS-IT und Spezifikation: FA QS-IT: Spezifikation und IT-Abstimmung ■ Tätigkeitsbericht SCA
37. Vorbereitungsgruppe und Vergabegruppe Vergabeverfahren Evaluation QS: Vergabe der Evaluation von vier QS-Richtlinien

Stationsäquivalente Behandlung (Hometreatment)

- ▶ Mobile multiprofessionelle Behandlungsteams der psychiatrischen Krankenhäuser zur Versorgung von Patienten mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld
 - Aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an sieben Tagen in der Woche

- ▶ Einige Fragen:
 - Alles nur ein Budgetjoker?
 - Wieder eine neue Rechtsform für ambulante Krankenhausleistungen?
 - Doppelung mit sozialpsychiatrischem Dienst?
 - Hausbesuche durch Fachärzte?
 - Zusammenhang zum stationären Aufenthalt?
 - Welche Patientengruppe?
 - Patienten in „institutioneller“ Umgebung?

Manko: Bislang keine medizinisch gehaltvolle Klassifikation

- ▶ Das therapeutische Geschehen in der Psychiatrie liegt weiter im Dunkeln.
- ▶ 25-min-Therapieeinheiten sagen nichts über die Therapie.
- ▶ Darauf kann man auch keine Qualitätssicherung aufbauen.
- ▶ Schweregrade, Therapieverfahren und Therapieschritte (z. B. Umstellung eines Antidepressivums) müssen künftig im OPS abbildbar sein.

Gang der Handlung

1. KHSG – eine Kurzbewertung
2. Strukturbereinigung
3. KHSG–Umsetzung: DRG–System
4. KHSG–Umsetzung: Qualitätsorientierung
5. Pflegequalität
6. Psych–Entgeltreform
7. Fazit

Fazit



Es ist zu früh für ein Fazit.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.gkv-spitzenverband.de