

Krankenhausfinanzierung aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes

Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 14.11.2022

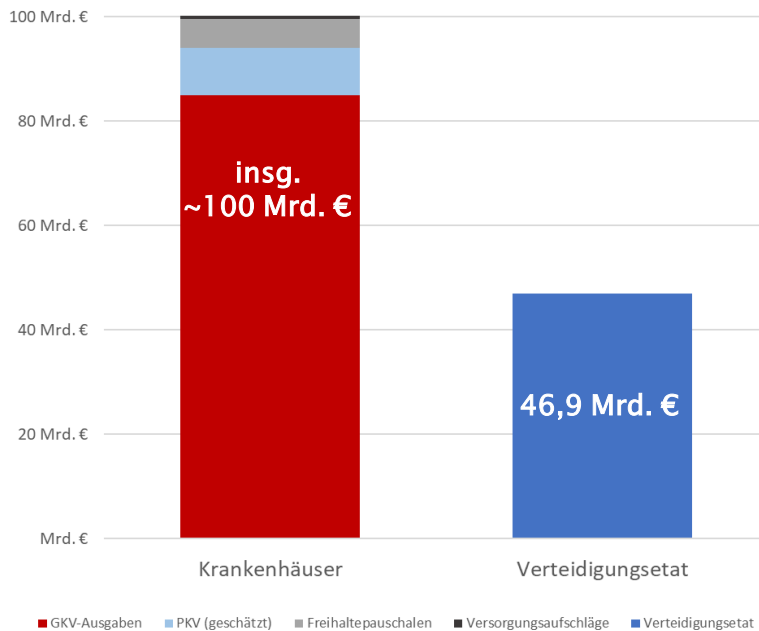
Dr. Wulf–Dietrich Leber, GKV–Spitzenverband

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Strukturierung und Bürokratisierung
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Fazit

Krankenhausbudget vs. Verteidigungsetat

2021



Quelle: Erlöse: Amtliche Statistik K45; BAS; Meldungen der Länder, PKV (geschätzt);
Verteidigungsetat: www.bundesregierung.de

GKV-FinStG – Geplanter Defizitausgleich GKV für 2023

Defizit GKV 2023: 17 Mrd. Euro



Spitzenverband

Mittelherkunft	Geschätze Einsparungen in Mrd. €		
Bundesmittel	3,000	(inkl. 1 Mrd. € Darlehen)	
Resserveabbau Krankenkassen/Fonds	6,400		
Erhöhung Zusatzbeitrag (0,3 Prozentpunkte)	5,000		
Effizienzreserven Leistungsbereiche			
Arzneimittel/Apotheke	1,855		
Krankenhaus	0,375		
Vertragsärztliche Vergütung	0,330	(Schätzung GKV-SV)	
Zahnärztliche Vergütung	0,120		
Summe	17,080		

Neue Welt: Überall kann(!) das BMG, wenn das BMF grünes Licht gibt.

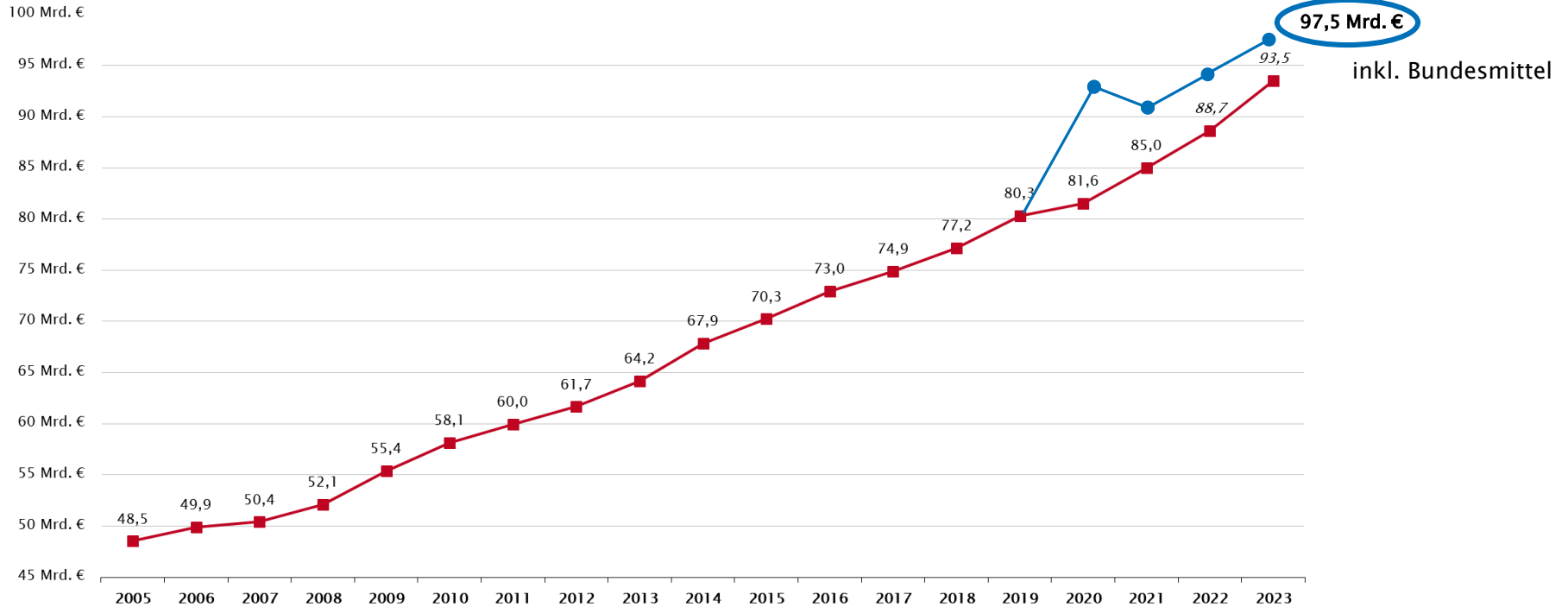
§ 23 KHG Verordnungsermächtigung

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** mit Zustimmung des Bundesrates
1. die in § 21 Absatz 2 Satz 4, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 sowie § 22 Absatz 1 Satz 2 genannten Fristen jeweils um bis zu sechs Monate verlängern,
 2. die Höhe des Betrages nach § 21 Absatz 5 Satz 1 und der Pauschale nach § 21 Absatz 3 und des Zuschlags nach § 21 Absatz 6 abweichend regeln.
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a entsprechend der Entwicklung der Zahl von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
 2. den in § 21 Absatz 2a Satz 2 genannten Prozentsatz abweichend regeln,
 3. einen von § 21 Absatz 1a Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser und einen von § 21 Absatz 2a Satz 4 abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2a Satz 1 vorsehen, der spätestens am 31. März 2022 endet, sowie von § 21 Absatz 9a abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausesbezogenen Aufstellungen vorsehen,
 4. von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen, einschließlich der Regelung weiterer Zeiträume für die Durchführung dieser Ausgleichs,
 5. einen von § 22 Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitraum regeln und
 6. vorsehen, dass die Übermittlung der Daten nach § 24 Absatz 2 Satz 1 auch für das Jahr 2022 erfolgt.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates
1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21a Absatz 1 Satz 1 entsprechend der Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



Spitzenverband



Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45, Schätzungen für 2022 und 2023

Finanzierung

November/Dezember-Entscheidungen für 2023

- ▶ DRG-System 2023:
 - Ersatzvornahme durch Verordnung
 - Struktur geeint zwischen DKG und GKV (InEK-Vorschlag zur harmonischen Dämpfung)
- ▶ Veränderungswert 2023: Vereinbarung noch nicht durch die Gremien
- ▶ Tarifraten 2021 und 2022: Schiedsstelle am 23.11.2022
- ▶ Finanzhilfen im Rahmen der Strom- und Gaspreisbremse: Finanzhilfe im Rahmen einer Härtefallregelung (8 Mrd. Euro für 2023 und 2024)
- ▶ ÄA KHPfIEG:
Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe und Tagesbehandlung

DRG-Kalkulation 2023: Harmonische Dämpfung

- ▶ Problem: Kostenremanenz bei volatiler Fallzahl führt zu falschen Fallkosten.
- ▶ Trotzdem: Irgendwann sollte man wieder kalkulieren! Sonst müsste man verhandeln.
- ▶ Grundidee:
Fallzahlinduzierte Kostenveränderungen nicht berücksichtigen bzw. „gedämpft“ in die Kalkulation eingehen lassen. Andere Ursachen hingegen sollte man voll berücksichtigen (z. B. Sachkosten). Das ist methodisches Neuland für das InEK.
- ▶ Einigung auf die Abrechnungsregeln, Einigung auf die DRG-Katalogstruktur, aber kein Einigung zur Bereinigung

Ersatzvornahme DRG-System 2023

Normierung/Bereinigungsbedarf aufgrund von Doppelfinanzierung



Spitzenverband

- ▶ Keine Einigung auf DRG-System 2023:
 - Anstieg der Pflegepersonalkosten: + 6,6 % (Vorjahre: + 10 %)
 - Umbuchungen/Verlagerungen von Pflegepersonal und damit Doppelfinanzierung (Pflegebudget und Fallpauschalen) schwer identifizierbar → Normierungsbedarf strittig
- ▶ GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (Oktober 2022):
 - Andeutung eines Bereinigungsbedarfes in Höhe von 415 Mio. Euro
- ▶ DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 (November 2022)
 - Referentenentwurf: 400 Mio. Euro
 - ▶ Bereinigungsbedarf insbesondere aus den Vorjahren
 - ▶ Bereinigungsbedarf unter voller Ausschöpfung der Abschätzungsbandbreite 1 Mrd. Euro

Bearbeitungsstand: 28.10.2022 21:37

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023

(DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 – DRG-EKV 2023)

A. Problem und Ziel

Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) konnten sich nicht auf die Vereinbarung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 einigen. Um Verzögerungen bei den Verhandlungen der Landesbasisfallwerte nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG), der Erlösbudgets nach § 4 KHEntG sowie der Pfelebudgets nach § 6a KHEntG zu vermeiden, müssen die Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 den Kranken-

Veränderungswert 2023

- ▶ Grundlohnrate 2023: 3,45 %
- ▶ Orientierungswert 2023 (Destatis): 6,07 % [in den Vorjahren zwischen 2 % und 3 %]
 - Sachkostenorientierungswert: 6,04 % [in den Vorjahren um 1,5 %]
 - Personalkostenorientierungswert: 6,1 % (ohne Pflege) [in den Vorjahren um 3 %]
 - ▶ [Methodikwechsel aufgrund von neuer Destatis–Verdiensterhebung ab 2022]
- ▶ Verhandlungskorridor (Somatik): 1 / 3 der Differenz aus Orientierungswert und Grundlohnrate

- ▶ **Veränderungswert 2023: 4,32 % (Somatik) und 4,5 % (Psych–Bereich)**
 - Ergebnis geeint, aber aktuell noch nicht durch die Gremien

Budgetabschlüsse KHEntgG–Bereich (Somatik)

Budgetjahr	2019	2020	2021	2022
Anzahl Krankenhäuser	1.446	1.429	1.418	1.409
Abschlüsse (in Kraft getreten)	1.351	806	447	60
Abschlussquote	93,43 %	56,40 %	31,52 %	4,26 %

Quelle: Abfrage des GKV–Spitzenverbandes (Stand: 23.09.2022)

Abbau des Verhandlungsstaus im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)

Gesetzentwurf vom 14.09.2022



- ▶ Budgetvereinbarungen sollen künftig möglichst prospektiv abgeschlossen sein.
- ▶ Problem: Ca. 6.000 Verfahrensabschlüsse sind zeitnah abzuarbeiten.
- ▶ Nachteil: (bislang?) wenig konfliktreduzierenden Regelungen im Gesetzentwurf

- ▶ Allerdings neue Ausgliederung des Pflegebudgets beschränkt auf qualifizierte Kräfte (2025) → GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

- ▶ Insgesamt ehrgeizig, aber richtig.

Abbau des Verhandlungsstaus im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)

Gesetzentwurf vom 14.09.2022

- ▶ Gestaffelte Fristen für „Alt“-Vereinbarungen (bis Budgetjahr 2023)
 - Übermittlung der Unterlagen/Daten durch Krankenhäuser:
 - ▶ Budgets bis 2021: bis zum 42. Tag nach Inkrafttreten des Gesetzes
 - ▶ Budgets bis 2022: bis zum 31.03.2023
 - ▶ Budgets bis 2023: bis zum 30.06.2023

- ▶ Verhandlungen ab dem Budgetjahr 2024
 - Grundsatz: Prospektivität der Vereinbarungen wird angestrebt!
 - Forderungsunterlagen sind spätestens bis zum 31. Dezember des Vorjahres vorzulegen.
 - Innerhalb von 6 Wochen können Kassen zusätzliche Unterlagen verlangen; innerhalb von weiteren 6 Wochen hat das Krankenhaus die Unterlagen vorzulegen.
 - **Automatische Schiedsstelle:** Entscheidung innerhalb von 6 Wochen nach dem 01.08. (erstmalig 01.08.2024)
 - [ggf. fallbezogene Abschläge (1 % des Rechnungsbetrags) ab 1. Juli des Budgetjahres]

Agenda

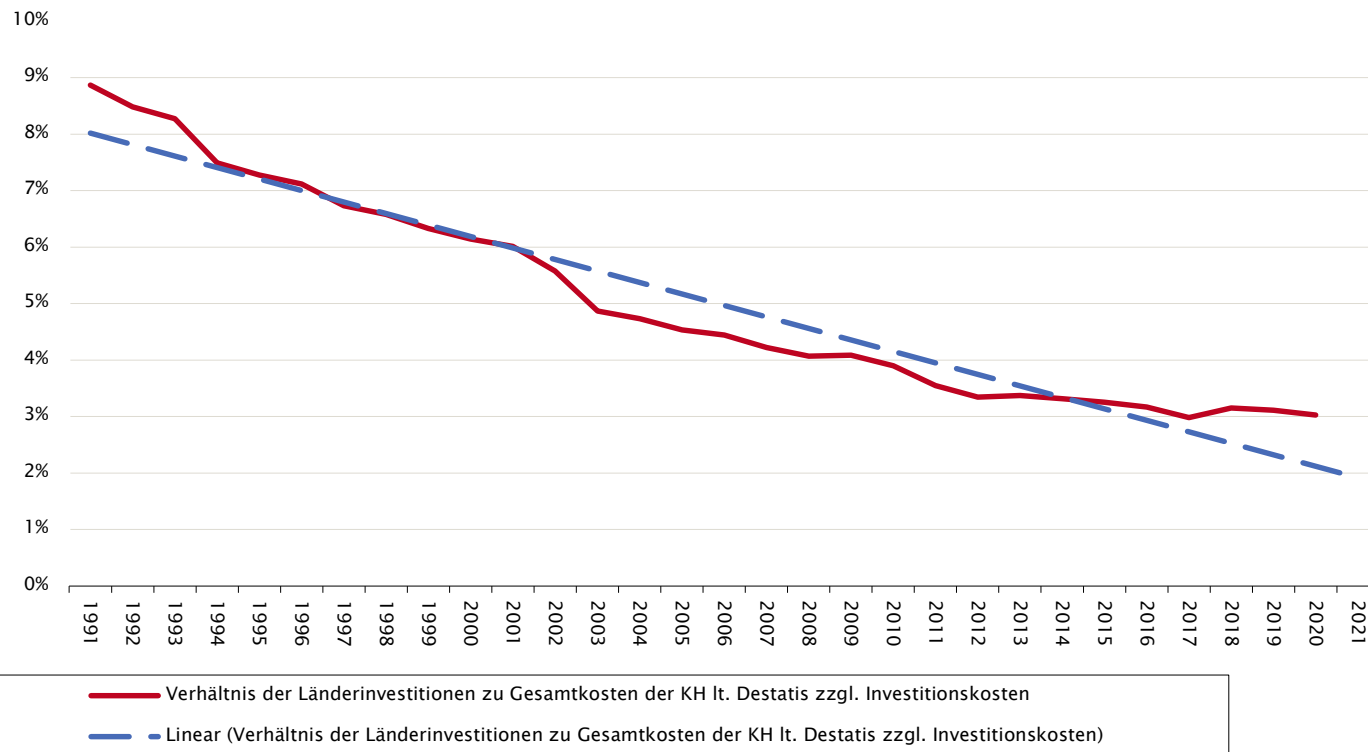
1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Strukturierung und Bürokratisierung
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Fazit

Koalitionsvertrag – Krankenhausvergütung

„Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird Empfehlungen vorlegen [...] für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) **differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt**. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“

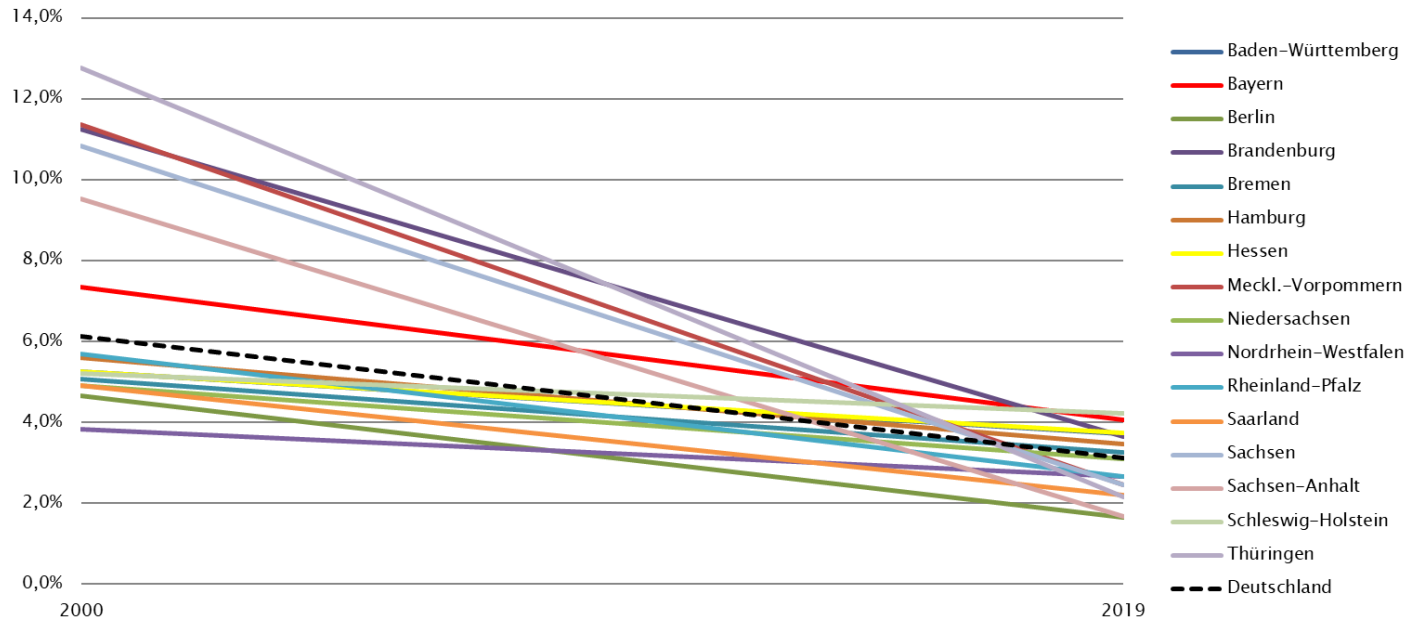
- ▶ Die DRG-Abschaffung steht nicht im Koalitionsvertrag. Aber man spürt den Stimmungswechsel:
 - Bei steigenden Fallzahlen wollen alle Fallpauschalen.
 - Bei sinkenden Fallzahl wollen alle feste Budgets.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer



Alle Bundesländer sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KH It. Destatis zzgl. Investitionskosten



Vier Modelle zur Vorhaltefinanzierung in der Pädiatrie

Pressekonferenz Lauterbach/Bschor 08.07.2022

1. Modell A

Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug

2. Modell B

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten

3. Modell C

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl

4. Modell D

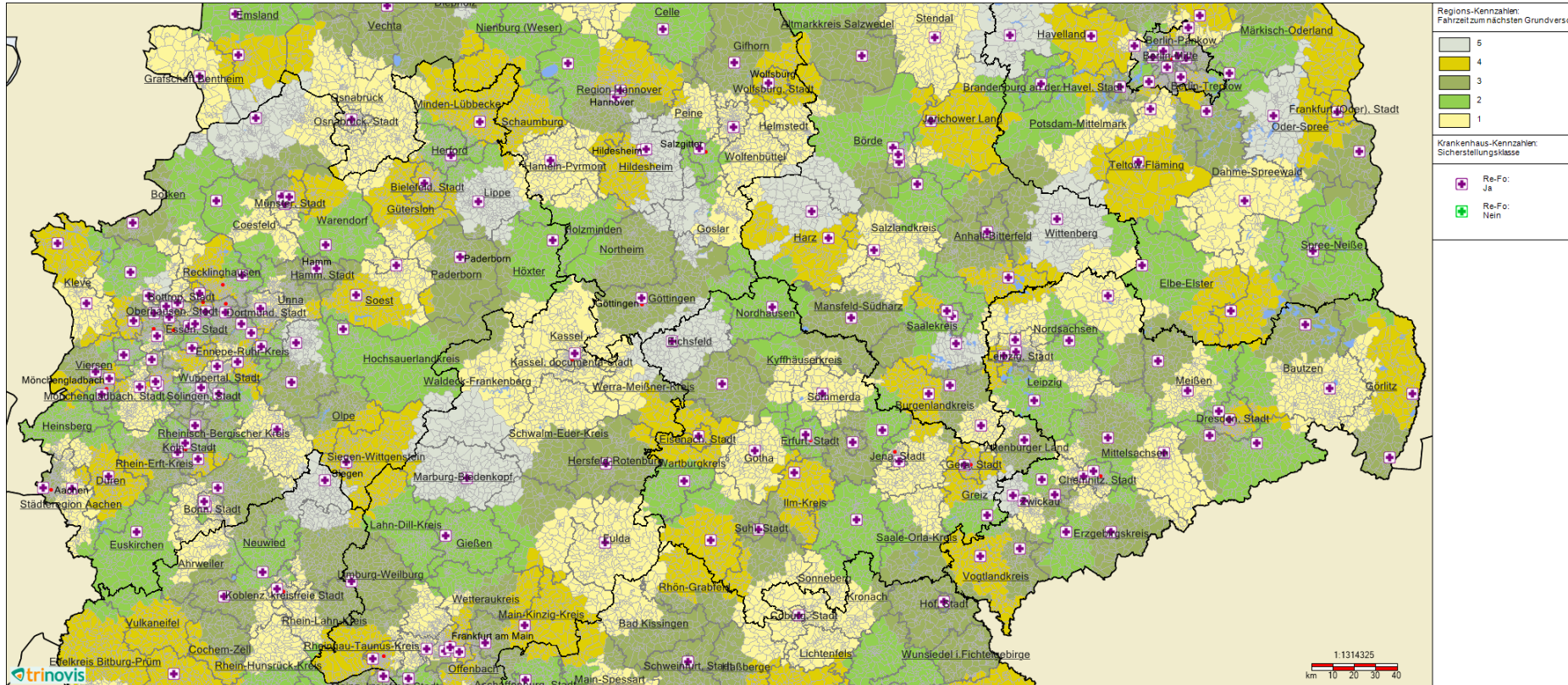
Mischung aus C und D

Pädiatrie – Vorhaltung

Karte Mitte



Spitzenverband

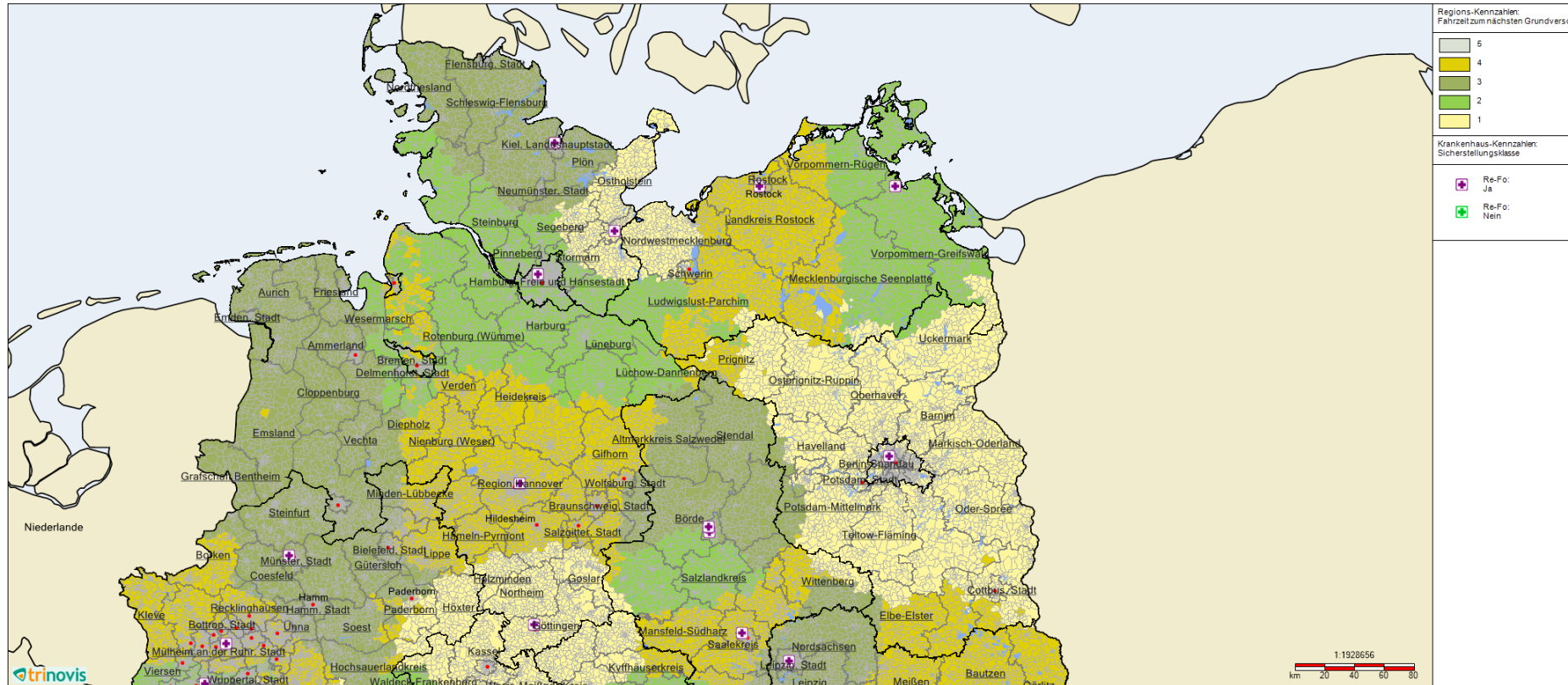


Pädiatrie – Vorhaltung

Unikarte Nord



Spitzenverband

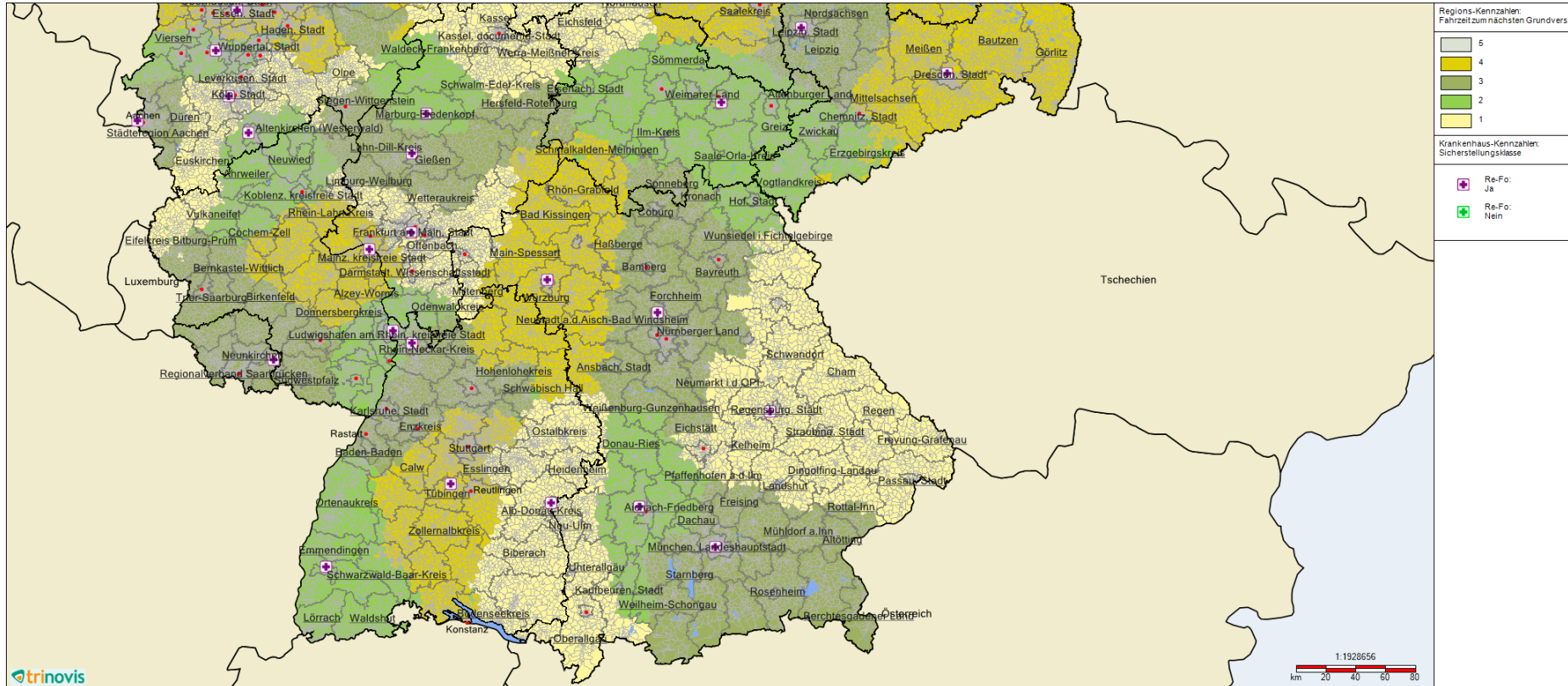


Pädiatrie – Vorhaltung

Unikarte Süd



Spitzenverband



Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie (1 / 2)

KHPfIEG ÄA Nr. 13 – Eckpunkte der Regelung

- ▶ Kurzfristige Überbrückungsmaßnahme für die Jahre 2023 und 2024
- ▶ Finanzierung aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (270 Mio. Euro p. a.)
- ▶ Neues Vergütungsinstrument „Erlösvolumen“ (Ermittlung durch InEK):
 - für alle Krankenhäuser, die pädiatrische Fälle versorgen
 - leistungsunabhängige Garantie der Erlöse auf dem Leistungsniveau 2019 zu Preisen von 2023/2014 in zwei Stufen (volles Erlösvolumens ab 80 % der Leistung 2019, darunter 65 %)
 - zusätzliche Mittel von 300 Mio. Euro p. a. für alle Krankenhäuser insgesamt
 - nicht Teil des Erlösbudgets, eigene Regelung für Mehr-/Mindererlösausgleich
- ▶ Zweckbindung der Mittelverwendung mit Bestätigung durch Wirtschaftsprüfer; bei Verstoß Rückzahlungsverpflichtung
- ▶ Bericht über Auswirkungen des Erlösvolumens in 2023 durch Spitzenverbände

Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie (2/2)

KHPfIEG ÄA Nr. 13 – Stellungnahme

- ▶ Nicht nachhaltige Finanzierung aus GKV-Mitteln; Bundeszuschuss wäre angemessen
- ▶ **Umsetzung von Modell A statt breit favorisiertem Modell C (Bevölkerungsbezug)**
- ▶ Keine Bindung an Fachabteilung für Pädiatrie
 - breite Mittelverteilung statt gezielte Förderung qualitätsrelevanter Strukturen
 - GKV-Empfehlung: Geld nur an Häuser mit Pädiatrie
- ▶ Keine Berücksichtigung der Mengenveränderungen in den Pandemie Jahren
- ▶ Zweckentsprechende Mittelverwendung weder prüf- noch testierbar
- ▶ Bericht auf Bundesebene zu spät für Diskussion um große Krankenhausreform
- ▶ Positiv: Grundsätzliches Verbleiben der pädiatrischen Fälle im DRG-System und Begrenzung auf 2 Jahre – in denen aber nichts passiert

Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe (1 / 2)

KHPfIEG ÄA Nr. 14 – Eckpunkte der Regelung

- ▶ Kurzfristige Überbrückungsmaßnahme für die Jahre 2023 und 2024
- ▶ Finanzierung aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (108 Mio. Euro p. a.)
- ▶ Zusätzliche Finanzmittel für Krankenhäuser mit Fachabteilung für Geburtshilfe; Länder können Zusatzmittel bereitstellen
- ▶ Länderentscheidung über Förderung eines Krankenhauses sowie deren Höhe
- ▶ Bundeseinheitlicher Vorgabe lediglich „insbesondere Berücksichtigung von Vorhaltung Pädiatrie/Neonatologie, Anteil vaginaler Geburten und Anzahl Geburten ohne weitere Detaillierung“
- ▶ Abzahlung über Rechnungszuschlag mit Mehr-/Mindererlösausgleich
- ▶ Zweckbindung der Mittelverwendung mit Bestätigung durch Wirtschaftsprüfer; bei Verstoß Rückzahlungsverpflichtung

Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe (2/2)

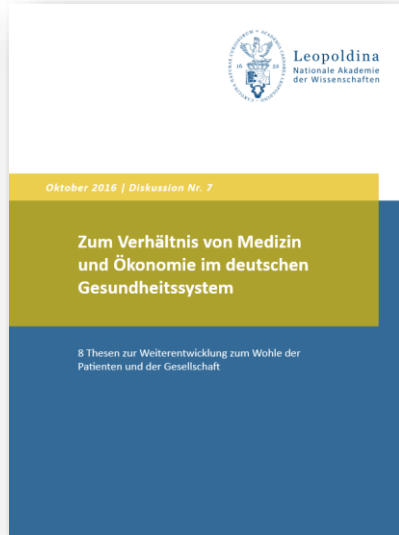
KHPfIEG ÄA Nr. 14 – Stellungnahme

- ▶ Unzulässiger Eingriff in GKV-Finzen: Länder dürfen Gelder aus der Reserve des Gesundheitsfonds nach eigenem Ermessen verteilen.
- ▶ Aufgabe bundeseinheitlicher Regelungen:
 - breite Mittelverteilung statt gezielte Förderung qualitätsrelevanter Strukturen (gesetzliche Vorgaben kaum strukturierend)
 - Verzerrung der Versorgungsqualität zu erwarten
- ▶ Zweckentsprechende Mittelverwendung weder prüf- noch testierbar
- ▶ Positiv: Grundsätzliches Verbleiben der geburtshilflichen Fälle im DRG-System und Begrenzung auf 2 Jahre – in denen aber nichts passiert
- ▶ **Forderung: Zusätzliche Förderung der Geburtshilfe auf Grundlage von Modell C der Empfehlungen der Regierungskommission für die Pädiatrie (Bevölkerungsbezug)**

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Strukturierung und Bürokratisierung
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Fazit

Gutachten zur Krankenhausstruktur



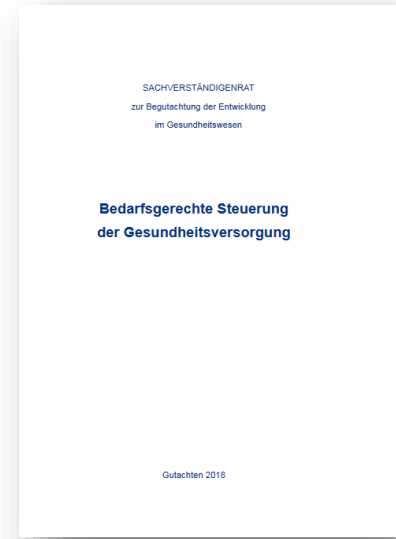
Leopoldina



Bertelsmann



Lohfert & Lohfert



Sachverständigenrat

Krankenhausplanung funktioniert nicht (mehr)

- ▶ Alle wissen, dass Länder kein Interesse an kapazitätsbegrenzender Planung haben.
- ▶ Aber noch größer ist das Problem, dass die Planung nicht mehr funktioniert, auch wenn es die Länder (gegen ihre Interessen) wollten.
- ▶ Das Drei-Häuser-Beispiel:
 - An der östlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus von Sana.
 - An der westlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus des Roten Kreuzes.
 - Ein Haus in der Mitte wäre sinnvoll (wegen Fallzahl und Erreichbarkeit).
 - Aber: Kein Land hätte die Rechtsmittel, dies durchzusetzen.
- ▶ Krankenhausaktivitäten sind aufgrund von Eigentumsrechten und Freiheit der Berufswahl verfassungsrechtlich geschützt.

Essen–Werden und anderswo

Zwei autonom agierende Krankenhäuser in 20 m Entfernung



Spitzenverband



Die Balance zwischen Konzentrationsgewinn einerseits und Wahlfreiheit andererseits ist in Deutschland nicht ausdiskutiert.

Abwarten, ob der Regierungskommission Wegweisendes dazu einfällt.

Achtung: Krankenhausplanung ist nicht wie Schulplanung – eher wie Marktregulierung.

Einige Anmerkungen zur Krankenhausplanung

- ▶ Zur Bedarfsorientierung: Eine untere Korridorgrenze funktioniert ansatzweise (Sicherstellungszuschläge), aber eine obere Korridorgrenze ist quasi nicht existent. Sie gilt als verfassungsrechtlich problematisch.
 - ▶ „Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts wird die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses nicht dadurch in Frage gestellt, dass die im Krankenhausplan bereits enthaltenen Krankenhäuser den tatsächlichen Bedarf decken. [...]“
- Quelle: Deutscher Bundestag Wissenschaftlicher Dienst 9 – 3000 – 039/14.
<https://www.bundestag.de/resource/blob/410440/f7d97b857164b19a69bb1b93c5a8336a/WD-9-039-14-pdf-data.pdf>
- ▶ Es geht nicht nur darum, wer etwas macht, sondern darum, wer etwas **nicht** macht!

Versorgungsstufen oder Leistungsgruppen?

- ▶ Anmerkung: Beides lohnt nur, wenn es Konsequenzen hat.
- ▶ Leistungsgruppen sind handwerklich überzeugender. Aber wird auch der Leistungsausschluss geregelt?
- ▶ Bei Stufen müssen Sonderbereiche gesondert geregelt werden (Kinder, Psychiatrie).
- ▶ Vorsicht: Die Aufwandsunterschiede im Leistungsspektrum werden derzeit im DRG-System abgebildet. Man darf sie nicht „doppelt“ vergüten – im DRG-System und als „Stufenzuschlag“. Das ginge auf Kosten der Breitenversorgung.
- ▶ Und NRW? Es könnte sein, dass der ganze Hype ein sozialpädagogisches Ende hat: „Schön, dass wir drüber gesprochen haben.“

Zur Notwendigkeit bundeseinheitlicher Qualitätsvorgaben

- ▶ Die notwendige Strukturierung der Krankenhauslandschaft wird nicht durch Landesplanung geschehen.
- ▶ Nur Patientenschutz schlägt Berufsfreiheit und Eigentumsrechte.
- ▶ Das Gebot der Stunde:
Strukturierung durch bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben (des G-BA)
- ▶ Außerdem: Steuerung durch Vorhaltefinanzierung nach bundeseinheitlichen Kriterien (vgl. nächster Abschnitt)
- ▶ Bestehende Ansätze verstärken:
 - Mindestmengen
 - Notfallstufen
 - Strukturanforderungen

Wohltemperierte Strukturanpassung



Spitzenverband

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, Strukturanforderungen 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 Reform-

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 Programm. Die Legislatur ist auch die Aufgabe. Das Reformvorhaben ist bereits im Dezember 2019 in Form von Eckpunkten vorgelegt, te aber recht kümmerlich. Die GVGW wurde gerade nach der Ersteinschätzung der fallambulanz auf den Die Reformabbruch der Corona-Pandemie ist aber vor allem ein

Landesplanung funktioniert aufgrund der Trägerautonomie in Deutschland nicht – egal wie gut sie ist!

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“.

Achtung: Corona hat gezeigt, dass es auf wenige gute Krankenhäuser ankommt.

Quelle: Leber, WD: GKV-Reformkonzept: Wohltemperierte Strukturbereinigung, in: f&w 9/2021, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2021, S. 789 – 791

Ein paar Worte zur Bürokratie-Kampagne

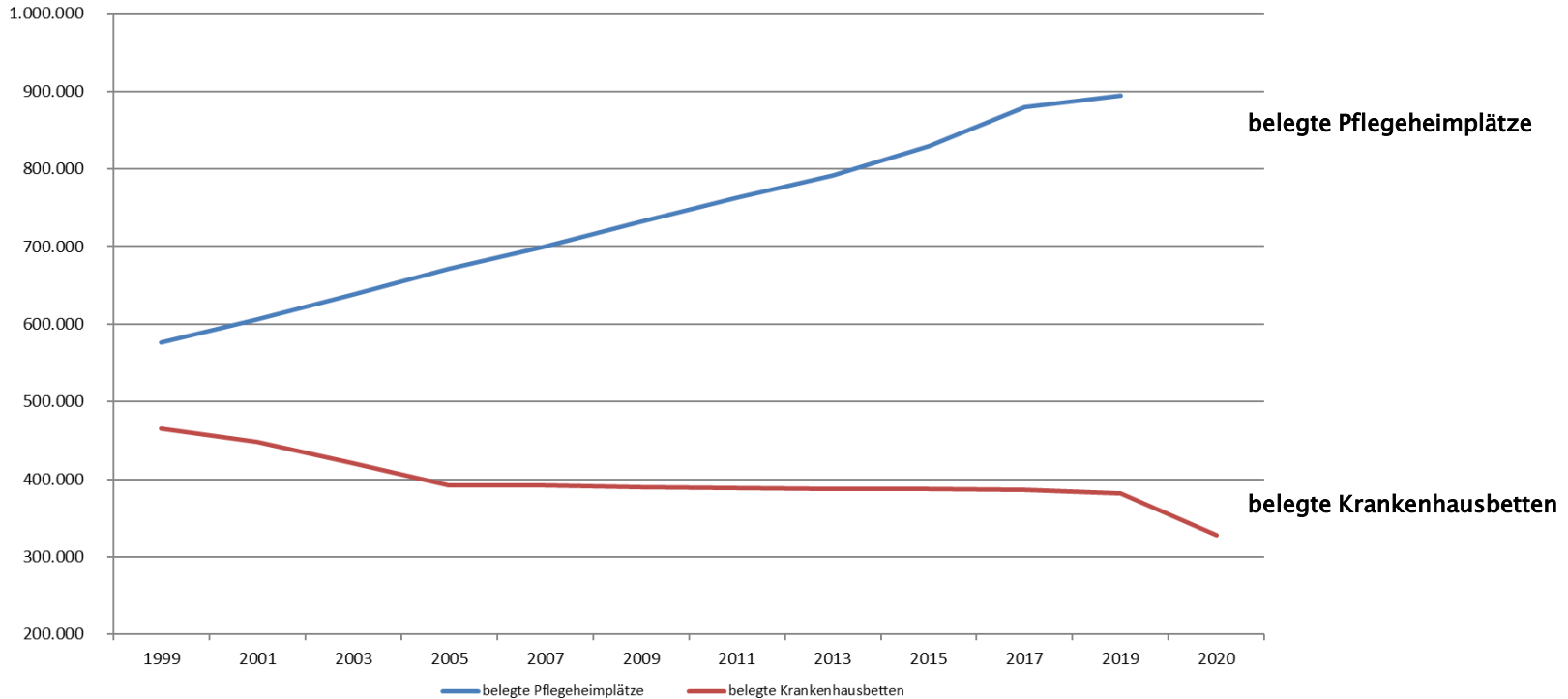
- ▶ Ja, auch ich hasse Formulare! Aber ich bin froh, in einer Welt zu leben, in der Bürokraten darauf achten, dass Lebensmittel nicht vergiftet sind und Häuser nicht einstürzen.
- ▶ Die Freibeuter beklagen Bürokratie, weil sie den Beutezug stört. Also wird jede Strukturierung als Bürokratie beklagt (Strukturanforderungen, Mindestmengen, ...).
- ▶ Die Anhänger des Analphabetentums bezeichnen Arztbriefe und Dokumentation als Bürokratie. Aber ohne Dokumentation zu behandeln, wäre skrupellos.
- ▶ Skrupellos ist auch die Behauptung, Pflegekräfte hätte mehr Zeit für Patienten, wenn es keine Pflegepersonaluntergrenzen gäbe.
- ▶ Die Antwort auf Bürokratisierung lautet immer: Digitalisierung!
- ▶ Also liebe DKG: Schluss mit der üblen Anti-Bürokratie-Kampagne! Wenn irgendwo Doppelerfassung und skurrile Mehrfachbelastungen auftreten, reichen wir die Hand, um das zu ändern. Aber bitte keine Patientengefährdung mit dem Schlachtruf „Nieder mit der Bürokratie!“.

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



Spitzenverband



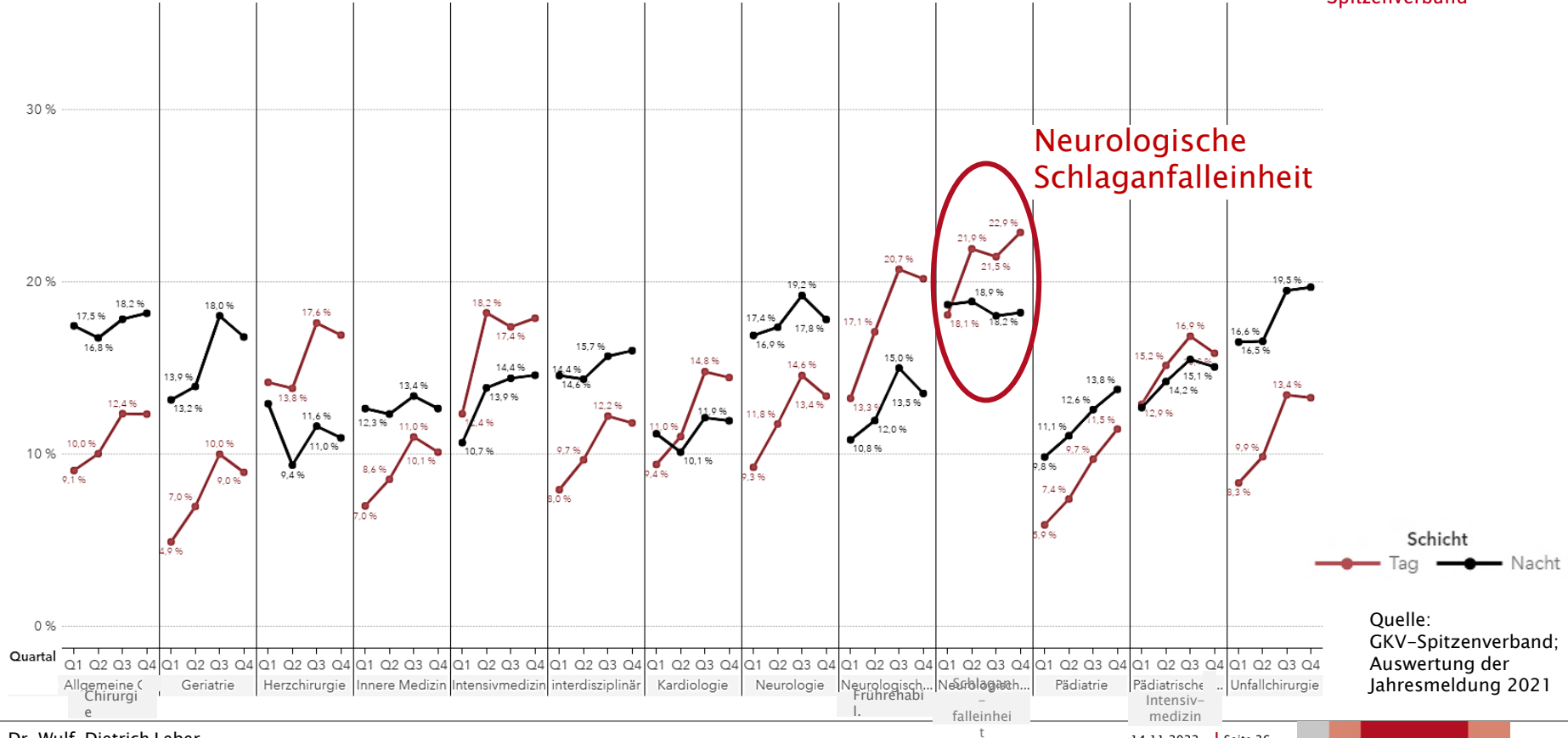
Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser

Pflegepersonaluntergrenzen 2021

12 Bereiche – Anteil unterbesetzter Schichten



Spitzenverband



Pflegepersonaluntergrenzen 2022

16 Bereiche – Anteil unterbesetzter Schichten

Quelle: GKV-Spitzenverband; Auswertung der Quartalsmeldungen 2022

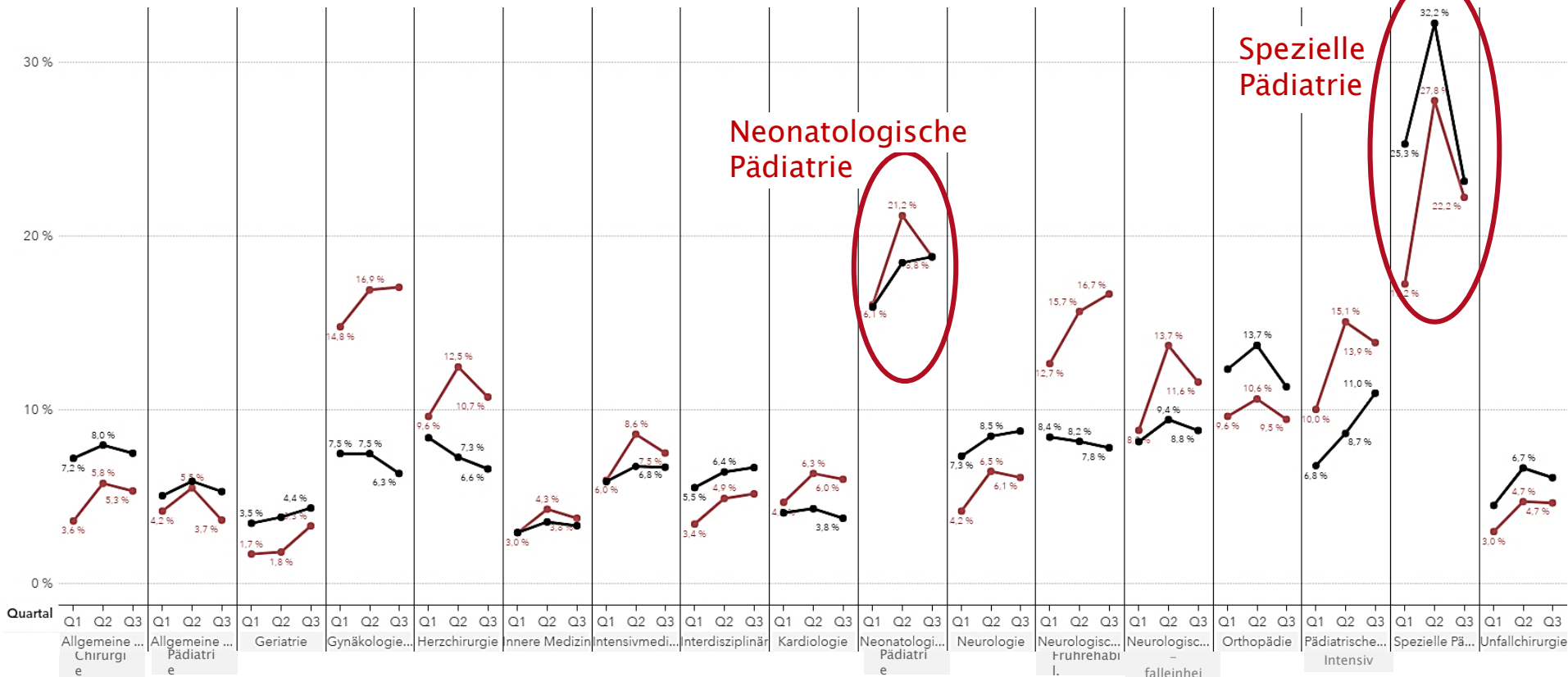
Schicht
 Tag ● Nacht



Spitzenverband

Spezielle
 Pädiatrie

Neonatologische
 Pädiatrie



Pflegepersonaluntergrenzen 2022

3. Quartal 2022



Spitzenverband

pflegeintensiver Bereich	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt		Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt ▼	
	Gesamt:	6,8 %	Gesamt:	15,8 %
Spezielle Pädiatrie		22,7 %		27,8 %
Neonatologische Pädiatrie		18,8 %		21,3 %
Neurologische Schlaganfallereinheit		10,2 %		20,6 %
Orthopädie		10,5 %		20,1 %
Neurologische Frührehabilitation		12,2 %		19,8 %
Gynäkologie und Geburtshilfe		11,7 %		19,6 %
Allgemeine Chirurgie		6,7 %		17,4 %
Pädiatrische Intensivmedizin		12,4 %		17,3 %
Neurologie		7,5 %		16,9 %
Intensivmedizin		7,1 %		16,0 %
Interdisziplinär		5,9 %		15,6 %
Herzchirurgie		8,7 %		15,5 %
Unfallchirurgie		5,5 %		15,4 %
Geriatric		4,0 %		14,3 %
Kardiologie		4,9 %		13,5 %
Allgemeine Pädiatrie		4,5 %		12,2 %
Innere Medizin		3,6 %		11,8 %

Durch PpUG erstmalig Transparenz in der pflegerischen Versorgung:

- ▶ Rund 1.300 Krankenhäuser setzen PpUG um.
- ▶ Rund 16 % der Schichten sind unterbesetzt, das sind 380.000 Schichten.

Quelle:
GKV-Spitzenverband;
Auswertung der Quartalsmeldungen 2022

Pflegepersonaluntergrenzen ab 2023

Neu: Zweite Verordnung zur Änderung der PpUGV vom 09.11.2022

Ab 01.01.2023 gelten PpUG in 19 Bereichen:

	Intensivmedizin, pädiatrische Intensivmedizin		Geriatrie		Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie		Innere Medizin, Kardiologie		Herzchirurgie		Neurologie		Neurologische Schlaganfall-einheit		Neurologische Frührehabilitation		Allgemeine Pädiatrie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./Pfl.-k.	2	3	10	20	10	20	10	22	7	15	10	20	3	5	5	12	6	10
Anteil Hilfsk.	5 %	5 %	15 %	20 %	10 %	10 %	10 %	10 %	5 %	-	8 %	8 %	-	-	10 %	10 %	5 %	5 %

	Spezielle Pädiatrie		Neonatologische Pädiatrie		Gynäkologie und Geburtshilfe*		Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		Urologie		Rheumatologie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./Pfl.-k.	6	14	3,5	5	8	18	10	22	10	22	13	30
Anteil Hilfsk.	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	-	10 %	5 %	10 %	5 %	10 %	5 %

Erstmalig ab 2023 umzusetzen.

* Zur Einhaltung der PpUG im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen auch Hebammen anteilig an der Gesamtzahl der Pflegefachkräfte und Hebammen berücksichtigt werden: in der Tagschicht zu 10 %; in der Nachtschicht zu 5 %

PPR–Einführung im KHPfIEG

Gesetzentwurf vom 10.10.2022

- ▶ Neuer § 137l SGB V (Verordnungsermächtigung zur Personalbesetzung)
- ▶ Drei Monate Erprobung und Inkrafttreten der PPR 2.0 zum 01.01.2024
- ▶ Auftrag für wissenschaftliches Instrument bleibt, bis Ende 2025 umzusetzen (§ 137 k SGB V)

Problem 1: Nicht klar als Übergangsregelung ausformuliert

Problem 2: Zusätzliche Bürokratie durch PPR 2.0

Problem 3: Insgesamt der falsche Weg

Pflegepersonalbedarfsbemessung

KHPfIEG – neu § 137I SGB V

- ▶ BMG kann durch Rechtsverordnung **im Einvernehmen mit BMF** bis zum 30.11.2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die Versorgung von Erwachsenen und Kindern in der Somatik bestimmen.
 - Ermittlung des täglichen Pflegebedarfes
 - Personelle Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikationen
 - Standortbezogene Erfassung: Anzahl der Ist- und Soll-Personalbesetzung der Stationen
 - Vorgaben bzgl. der Datenübermittlung an das InEK, der Transparenz und der Auswertung der Daten
- ▶ Nach vorliegender Datengrundlage soll die Ist-Personalbesetzung schrittweise an die Soll-Personalbesetzung angepasst werden (Erfüllungsgrad).
→ Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung
- ▶ „Konvergenzphase“ in 2024, Scharfstellen in 2025

Pflegepersonalbemessung

Verfahren gemäß § 137k SGB V



Spitzenverband

- ▶ Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs

- ▶ Lösungsansatz:



In KIS/Datenbanken der Krankenhäuser integriert

Bundeseinheitliche Pflegeterminologie mit empirisch validierten Aufwandszeiten



Qualitätsschub für Pflege!

- ✓ Standardisiert, digital dokumentieren (ab 2025 laut KHZG vorgesehen).
- ✓ Zwischen Pflegefach- und Pflegehilfskräften differenzieren.
- ✓ Den Pflegebedarf einer Station und eines Krankenhausstandortes (in Echtzeit) kennen.

- ▶ Eine Leistungsbeschreibung zur Beauftragung wurde von den Vertragsparteien auf Bundesebene Ende 2021 an das BMG übermittelt. Derzeit steht das Einvernehmen des BMG noch aus.
→ Im Sinne der Qualität der Pflege im Krankenhaus ist die Umsetzung des § 137k SGB V essenziell!

Agenda

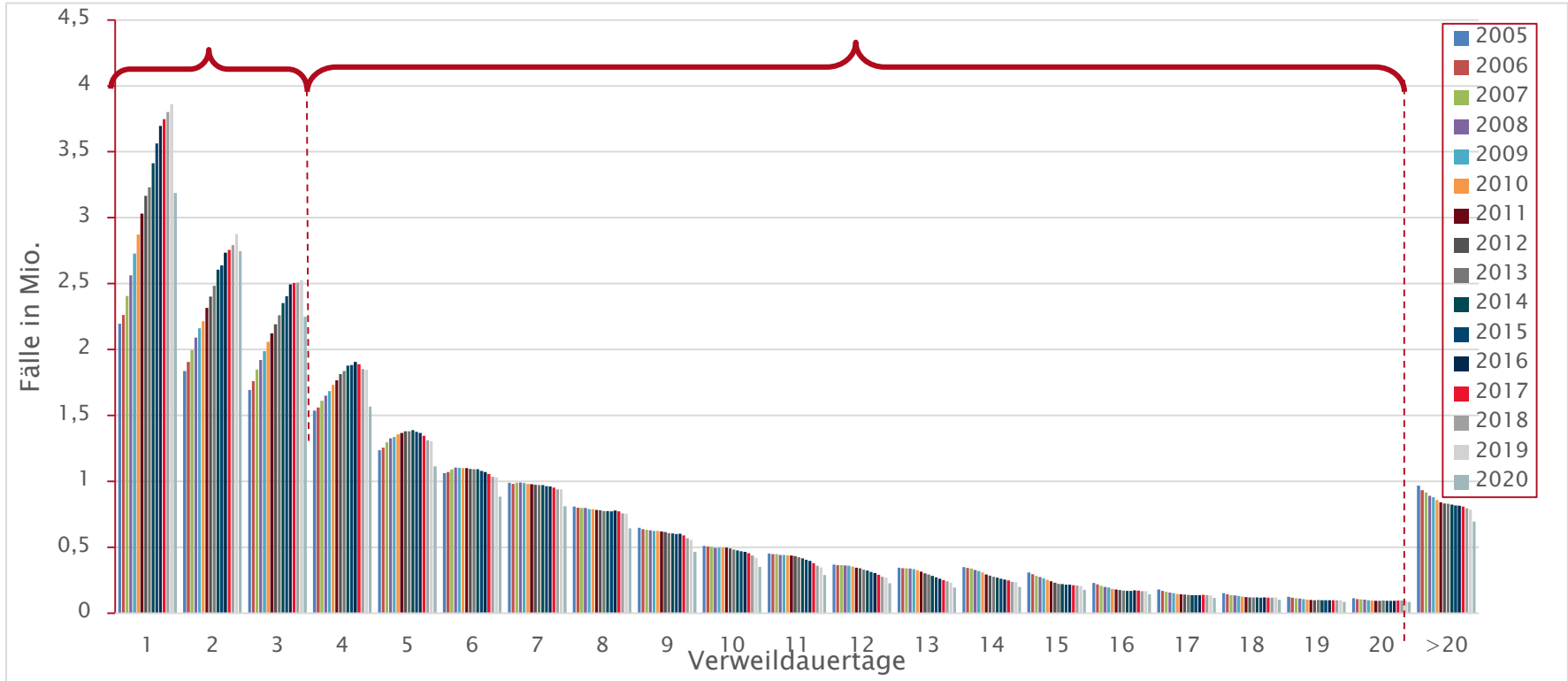
1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Strukturierung und Bürokratisierung
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Fazit

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



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

Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Auftragnehmer

- ▶ IGES Institut GmbH zusammen mit Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (Bewerbergemeinschaft)
 - externe Kooperationen mit
 - ▶ Prof. Dr. Thomas Mansky (Begleitung des Projekts als Senior Expert)
 - ▶ Prof. Nikolas Matthes (Assistant Professor, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA)

Vorschlag: Erweiterung des AOP-Katalogs im Vergleich zu 2019 um **86 %!**



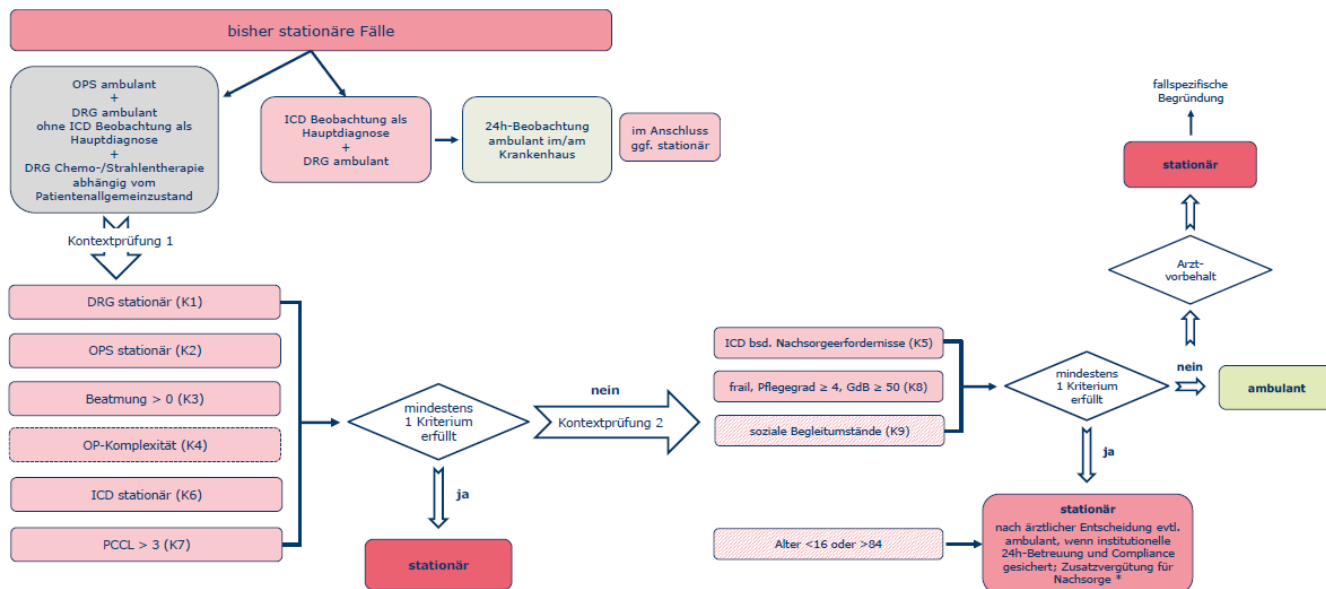
Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Kontextprüfung



Spitzenverband

Abbildung 12: Darstellung der Kontextprüfung als Flussdiagramm



Ex ante lässt sich das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung des AOP-Katalogs nicht exakt abschätzen, da bislang keine empirischen Ergebnisse aus der Kontextprüfung vorliegen.

→ „Lernendes System“

Quelle: IGES

Anmerkung: K6 umfasst bei Tumorbehandlungs-/Strahlentherapie-DRGs (vgl. Kapitel 3.4.2) zusätzlich den Tumorstatus (vgl. Tabelle 48).

* Chirurgische Nachsorge ist durch Heimpflege finanziell und fachlich nicht abgedeckt.

Quelle: IGES Institut, Abschlussbericht „Gutachten nach § 115b Abs.1a SGB V“, S. 232.

Hybrid-DRGs: Ein Rätsel

- ▶ „Um die **Ambulantisierung** bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.“

- ▶ Große Frage: Was ist sektorengleiche Vergütung?

Gleiche Vergütung für KV-Praxen und Krankenhäuser oder
gleiche Vergütung für stationäre und ambulant behandelte Krankenhauspatienten?
- ▶ Gefahr: „Ambulant behandeln, stationär kassieren.“
- ▶ Das Aufwand-Anreiz-Dilemma: von Zündkerzen- und Motorenwechsel

Regierungskommission (27.09.2022)

Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens

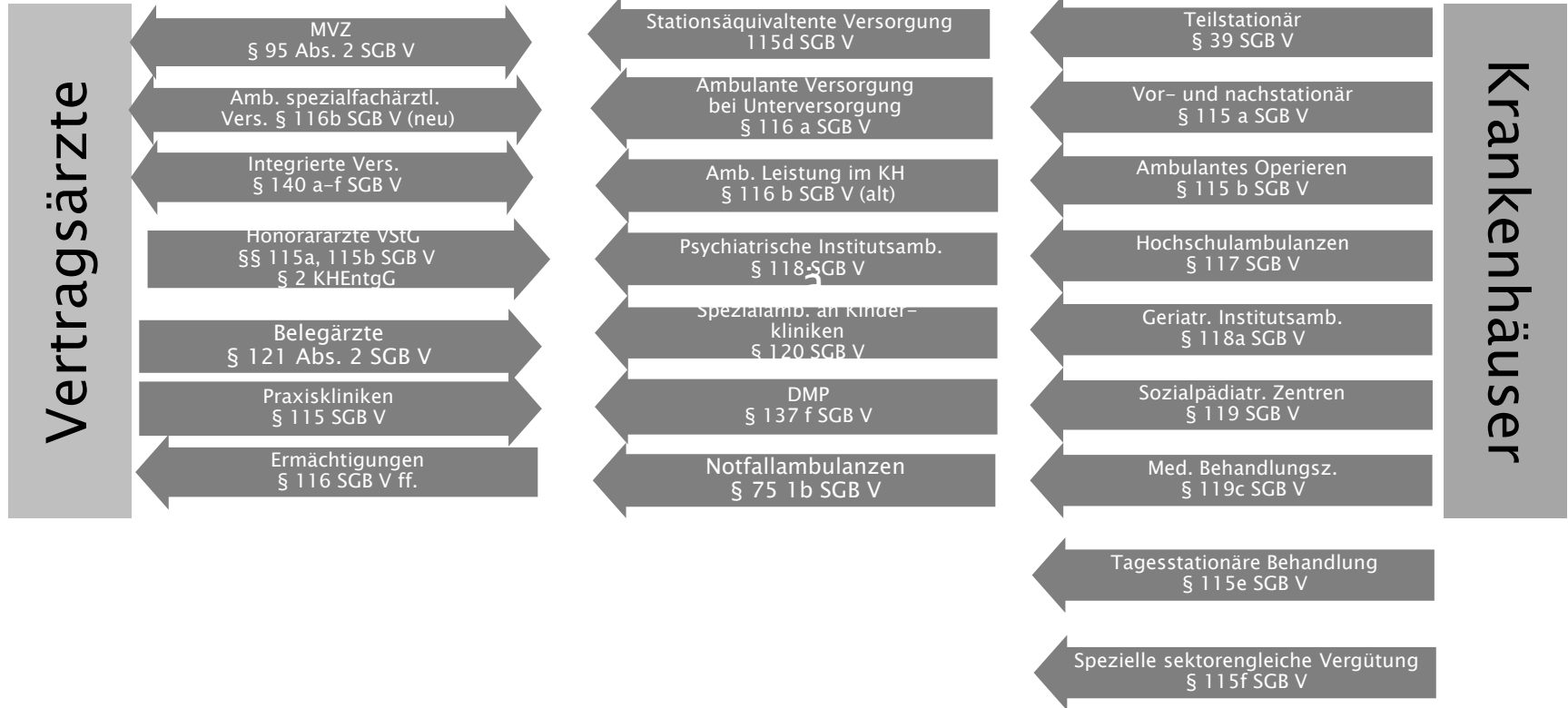
- ▶ ab 01.01.2023: Alle Fälle als Tagesbehandlung möglich
- ▶ Das Krankenhaus entscheidet im Einvernehmen mit dem Patienten.
- ▶ Abrechnung wie bisher als DRG, aber Abzug 0,04 Relativgewicht
- ▶ Satte Vergütung für Notfälle: Betreuungszuschlag von 400 Euro
- ▶ Spätere Prüfung, ob Hybrid-DRGs auch von Vertragsärzten erbracht werden können

Bewertung: Wenn man eine Kommission zur Verkehrswende nur mit Autoherstellern besetzt, kommen keine Fahrradwege dabei heraus. Wenn man ein Kommission nur mit Krankenhausvertretern besetzt, bekommt man kein Konzept für ambulante Leistungserbringung.

Ambulant–stationärer Grenzbereich



Spitzenverband



Tagesbehandlung im Krankenhaus (1 / 2)

KHPfIEG ÄA Nr. 15

- ▶ Alle vollstationären Behandlungen können als Tagesbehandlung durchgeführt werden (neue Rechtsform: § 115e SGB V).
- ▶ Entscheidung fällt das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Patienten. Eine MDK-Prüfung hierzu findet nicht statt.
- ▶ Je Übernachtung zu Hause erfolgt ein Abschlag von 0,04 Relativgewichtspunkten (ca. 150 Euro).
- ▶ Andere Rechtsformen für ambulante Krankenhausleistungen (z. B. AOP nach § 115b, ...) bleiben bestehen.
- ▶ Fahrkosten werden nicht erstattet.
- ▶ Keine Übernachtung zuhause falls Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht.
- ▶ DKG und GKV-Spitzenverband erstellen einen Bericht.

Tagesbehandlung im Krankenhaus (2/2)

KHPfIEG ÄA Nr. 15 – Vorläufige Bewertung



Spitzenverband

- ▶ Insgesamt bleibt der Vorschlag hochgradig ärgerlich. Die Grenze zwischen ambulant und stationär wird völlig vernebelt.
- ▶ Es gibt keinerlei Kriterien, wann Übernachtung im Krankenhaus erforderlich ist – dementsprechend auch keine Prüfung.
- ▶ Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Eingrenzung auf „geeignete Leistungen“ findet nicht statt.
- ▶ Bei der Erhaltung bestehender Rechtsformen (AOP, ...) löst sich das BMG vom Vorschlag der Regierungskommission.
- ▶ Absehbar ist ein zögerliches Verhalten der DKG bei der AOP-Erweiterung.
- ▶ Der Ausschluss von Fahrkosten ist erfreulich.

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

KHPfIEG ÄA Nr. 16 Überraschung!

- ▶ BMG wird ermächtigt ab 01.0.2023 115b-Leistungen zu bestimmen und neu zu bewerten.
- ▶ Hintergrund: Fachärzte wollen auch von Hybrid-DRGs profitieren (FDP-SpiFA)
- ▶ Geht es um
 - diskretionäre Neubewertung von EBM-Positionen oder um
 - Ersatzvornahme für die lahmende 115b-Katalog-Erweiterung?
- ▶ Gesamteindruck: Jetzt weiß endgültig keiner mehr, was Hybrid-DRGs sind.
- ▶ Abschlussfrage: Bleibt das alles so?

Agenda

1. Krankenhausfinanzierung im Krisenmodus
2. Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung
3. Strukturierung und Bürokratisierung
4. Ambulante Krankenhausbehandlung
5. Fazit

Fazit

1. Der finanzielle Rahmen wird enger – wegen notwendiger Ausgaben zur Verteidigung, geringem Wirtschaftswachstum und pandemiebedingter Staatsverschuldung. Aber: Milliarden sind unterwegs.
2. Die DRGs bleiben. Sie werden ergänzt um VorhaltekompONENTEN – nicht zu verwechseln mit Freihaltepauschalen. GKV-Vorschlag: direkte Bundesfinanzierung.
3. Wichtiger als die Vergütungsreform ist die Reform der Versorgungsstrukturen durch bundeseinheitliche Vorgaben. Krankenhausplanung ist Marktregulierung.
4. Die PPR 2.0 bleibt ein Ärgernis. Pflegepersonalbemessung sollte sich aus der digitalen Patientenakte ableiten. Wichtig bleibt PePiK nach § 137k SGB V.
5. Ambulantisierung muss kommen – aber bitte nicht „Ambulant behandeln, stationär kassieren.“ Erforderlich sind eine klare Stufung und eine Abgrenzung der Rechtsformen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de