Spitzenverband

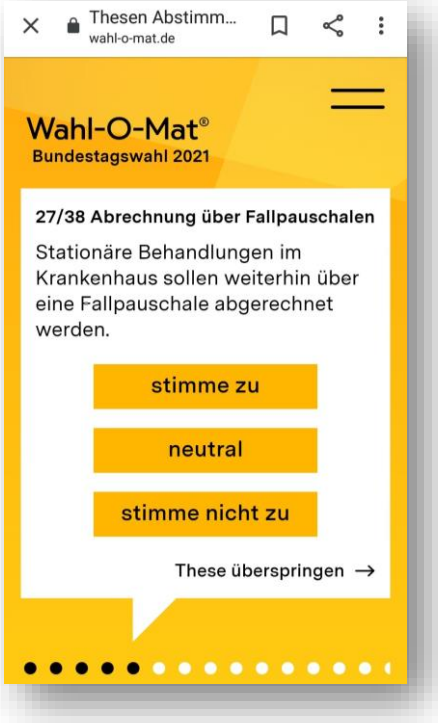
Krankenhausfinanzierung

im Spannungsfeld zwischen Daseinsvorsorge und Markt

BBDK Frühjahrskolloquium
Meschede 01.04.2022

Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband

Abrechnung stationärer Behandlungen im Krankenhaus …



„STIMME ZU“ sagen

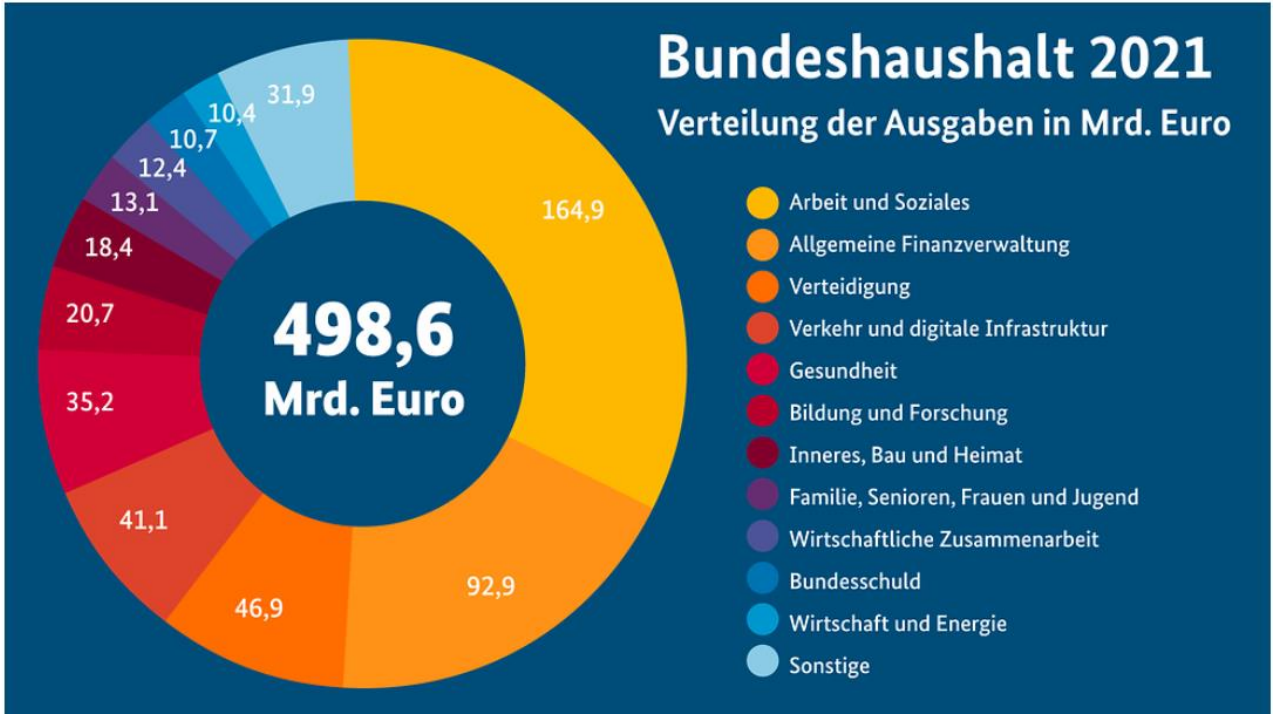
- CDU/CSU,
- FDP,
- Die Grünen,
- Bündnis21-Die Pinken,
- Liebe (Europäische Partei Liebe)

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Bundeshaushalt 2021

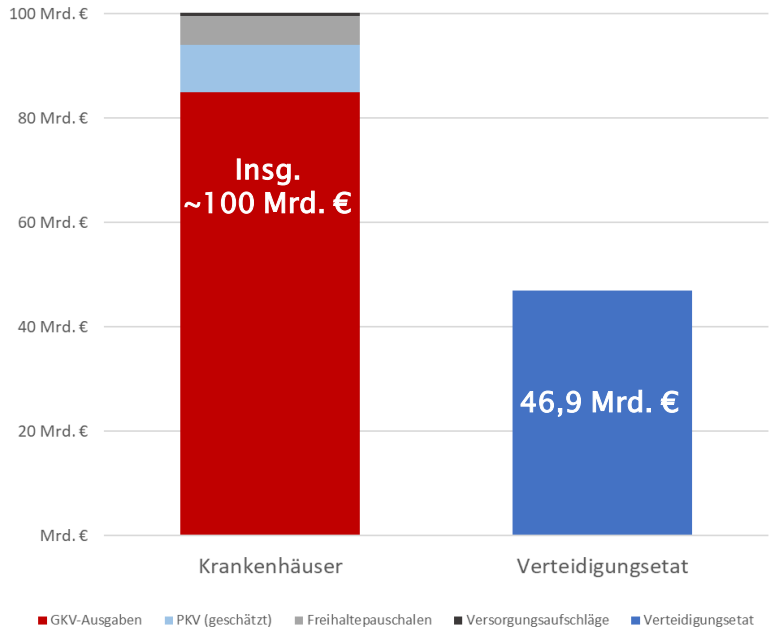


https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/bundestag-bundeshaushalt-2021-1825670

Leistungsausgaben der GKV: 249 Mrd. Euro (2020)

Krankenhausbudget vs. Verteidigungsetat

2021



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

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

Spitzenverband

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 45 wird wie folgt geändert:

   a) Der Überschrift wird die Angabe „; Verordnungsermächtigung“ angefügt.

   b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

   „Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die in Satz 3 genannte Frist längstens bis zum 23. September 2022 verlängern.“

2. In § 111 Absatz 5 Satz 6 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ eingefügt und werden die Wörter „bis zum 19. März 2022“ durch die Wörter „längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022“ ersetzt.

3. In § 111c Absatz 3 Satz 6 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ eingefügt und werden die Wörter „bis zum 19. März 2022“ durch die Wörter „längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022“ ersetzt.

Quelle: Drucksache 20/959; 10.03.2022; Entwurf eines Gesetzes zur Verlängerung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes und weiterer Regelungen

Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung

DAS GOLDENE JAHR DER KRANKEN-HAUS-FINANZIE-RUNG

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

von Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband

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

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

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

LEISTUNGSENTWICKLUNG 2020 VS. 2019

FALLZAHLEN: -13 %, 1. WELLE: -30 %, DANACH -10 %

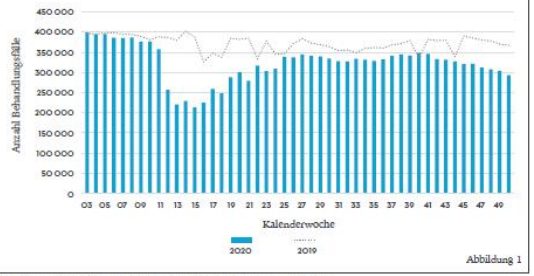


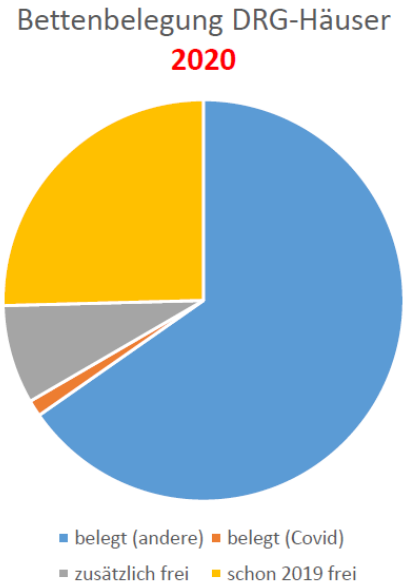
Abbildung 1

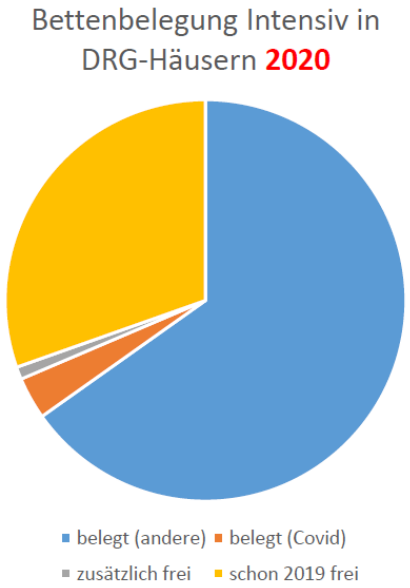
Quelle: Prof. Busse (auf Basis von Daten des InEK), Präsentation vom 16.03.2021, Spreearkt-Forum

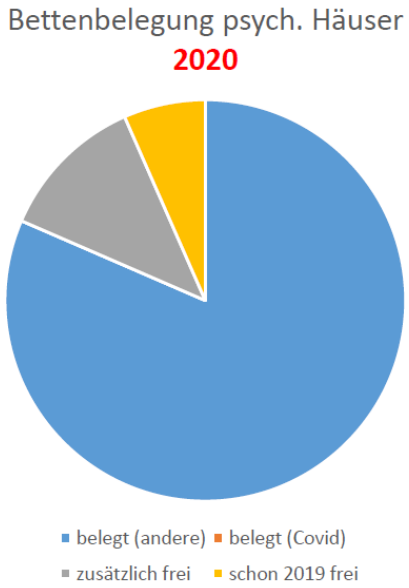
Quelle:
Leber, WD: Das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung,
in: Deges, S (Hrsg.): Transformation Leader 02/2021, Verlag ZENO, Heidelberg 2021, S. 100 – 106

Bettenauslastung 2020

Spitzenverband





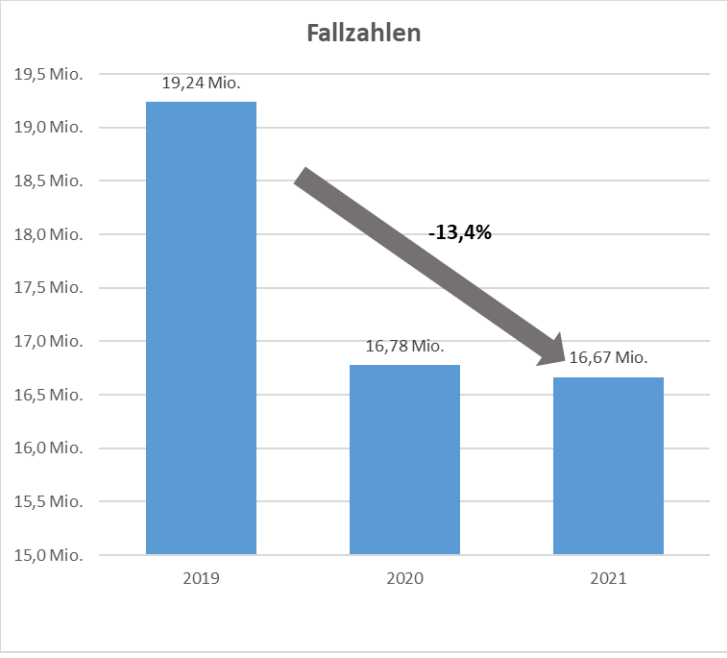


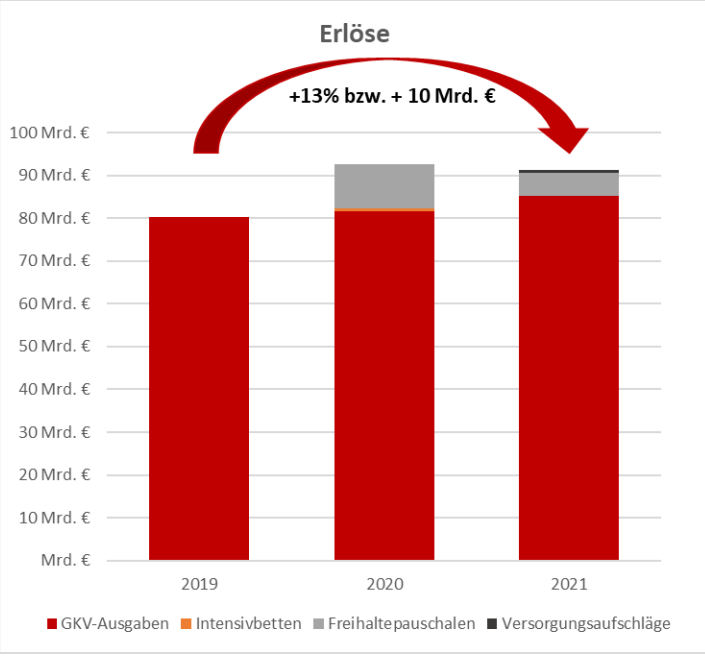
→ Starke Variation nach Größe: bis 149 Betten 61,9%, ab 800 Betten 73,1%

Quelle:
Gutachten Augurzky, Busse 2021 für den Expertenrat

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

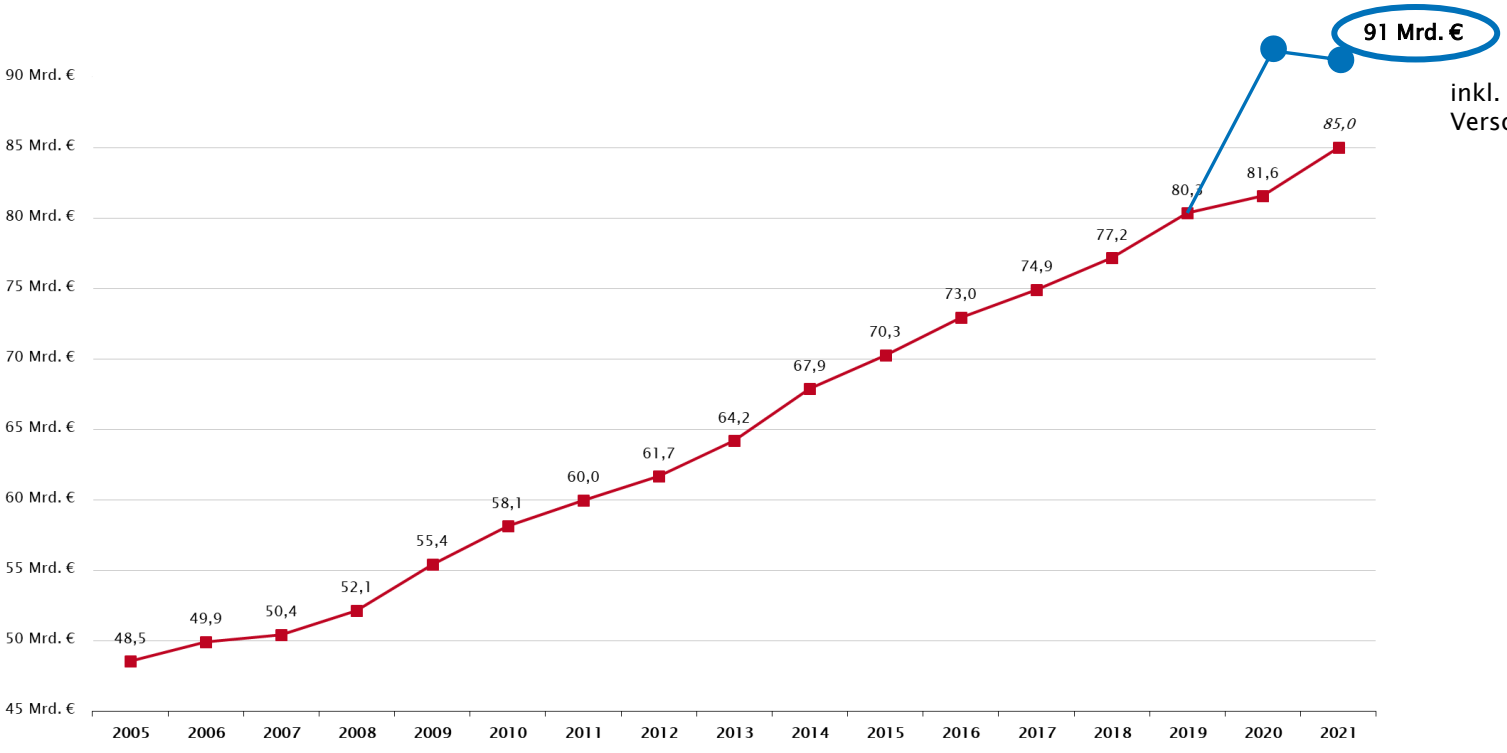
Fallzahlen und Krankenhaus-Erlöse 2019 – 2021





Quelle: https://datenbrowser.inek.org; Erlöse: Amtliche Statistik KJ1 / KV 45; BAS; Meldungen der Länder

GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich



inkl. Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschläge (Bund)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, KV 45 für 2021

Budgetabschlüsse KHEntgG-Bereich (Somatik)

Spitzenverband

Budgetjahr	2019	2020	2021
Anzahl Krankenhäuser	1.446	1.430	1.423
Abschlüsse (in Kraft getreten)	1.321	567	216
Abschlüsse (in Kraft getreten)	91 %	40 %	15 %

Quelle: vdek; Stand 25.02.2022

- Wenn das System der Vorort-Verhandlung erhalten bleiben soll, dann muss es sich ändern.
- Alle Verhandlungen sollten spätestens am Ende des Budgetjahres abgeschlossen sein.
- Bei allen Vorschlägen zum Verfahren bitte das O. K. der Gegenseite einholen.
- Und noch einmal: Der Pflexit bleibt eine blöde Idee.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG

Stand: 04.03.2022

Spitzenverband

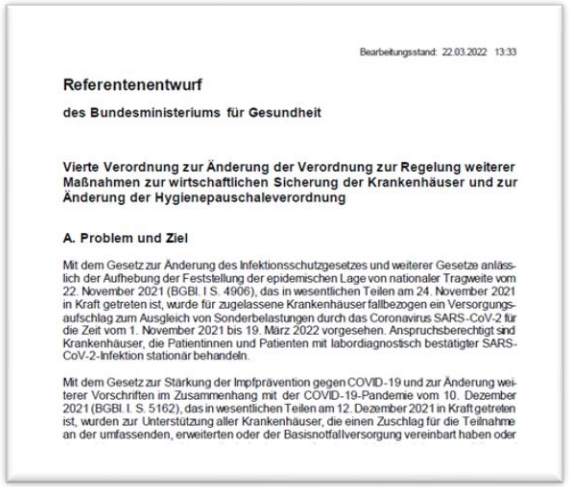
Finanzsituation 2023: Finanzdefizit in der GKV i.H.v. 17 Mrd. Euro.

Das Maßnahmenpaket GKV-FinStG sieht eine finanzielle Entlastung im Jahr 2023 von rd. 7,3 Mrd. € vor (davon: 5 Mrd. Bundeszuschuss).

Restdefizit 2023: rd. 9,7 Mrd. €

Der verbleibende Belastungseffekt ohne Mehrwertsteuerabsenkung (Arzneimittel) macht eine Anhebung um rd. 0,6 Prozentpunkte erforderlich. Rd. 1,6 Mrd. Euro entsprechen 0,1 Beitragssatzpunkten.

Rechtsverordnung (Entwurf vom 22.03.2022)



Bearbeitungsstand: 22.03.2022 13:33

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der Hygienepauschaleverordnung

A. Problem und Ziel

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906), das in wesentlichen Teilen am 24. November 2021 in Kraft getreten ist, wurde für zugelassene Krankenhäuser fallbezogen ein Versorgungsaufschlag zum Ausgleich von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 für die Zeit vom 1. November 2021 bis 19. März 2022 vorgesehen. Anspruchsberechtigt sind Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion stationär behandeln.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162), das in wesentlichen Teilen am 12. Dezember 2021 in Kraft getreten ist, wurden zur Unterstützung aller Krankenhäuser, die einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden, erweiterten oder der Basisnotfallversorgung vereinbart haben oder

- Letztmalige Verlängerung:
  - Freihaltepauschalen bis zum 18.04.22
  - Versorgungsaufschläge bis zum 30.06.22
- Verlängerung: Ausnahme bestimmter patientensicherheits-relevanter Strukturmerkmale von der Strukturprüfung durch den MD bis 30.06.2022
- Verlängerung: Verkürzte Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausabrechnungen bis 31.12.2022

- **Stellungnahme GKV-Spitzenverband**:
  - Vollständige Anrechnung der Versorgungsaufschläge
  - Modifikation Ganzjahresausgleich 2022 in 2 Phasen

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

DRG-Kalkulation 2023: Harmonische Dämpfung

Spitzenverband

- 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.

- Eine Einigung auf das DRG-System 2023 ist ungewiss? Die Bereinigungsfrage aufgrund des Pflegebudgets könnte abermals zur Ersatzvornahme führen. Diesmal entscheidet nicht Spahn, sondern Lindner.

Koalitionsvertrag – Krankenhausvergütung

Spitzenverband

- „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 Koa-Vertrag. Aber man spürt den Stimmungswechsel:
  - Bei steigenden Fallzahlen wollen alle Fallpauschalen.
  - Bei sinkenden Fallzahl wollen alle feste Budgets.

Artikel in der aktuellen f&w

Vorhaltefinanzierung

Bundesgeld für eine konkrete Versorgungsverpflichtung

Für den GKV-Spitzenverband muss die Verteilung von Vorhaltepauschalen am Bedarf des Patienten orientiert sein – nicht an dem der Krankenhäuser. Ein Versuch, die konzeptionellen Probleme einer Vorhaltefinanzierung in mehreren Stufen zu erläutern.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

In der Debatte über die richtige Krankenhausvergütung ist seit rund vier Jahren eine Richtungsänderung zu beobachten: Solange die Fälle stiegen, war alle Welt für Fallpauschalen – seit die Fallzahl sinkt, wird die Forderung nach ambulanter Leistungen und vieles mehr). Einen erheblichen Bedeutungsverlust hat allerdings die einst größte leistungsunabhängige Finanzierungskomponente: die Investitionsfinanzierung. In den Anfangszeiten der dualen ment, man müsse Krankenhauskapazitäten für eine weiter steigende Zahl von Covid-Patienten freihalten, hat der Bund Freihaltepauschalen gezahlt, die beispielsweise die Investitionsfinanzierung der Länder um das Dreifache über-

Quelle:
Leber, WD: Vorhaltefinanzierung: Bundesgeld für eine konkrete Versorgungsverpflichtung, in: f&w 3/2022, Bibliomed-Verlag, Melsungen 2022, S. 230 – 232

Stufe 1: Vorhalteverpflichtung definieren

- Einfaches Modell:
  - abgeschlossene Region
  - ein Krankenhaus
  - eine Krankheit/Leistung (z. B. Geburt)

„Reservekapazität“ bevölkerungsabhängig definieren.

Achtung:

- Vorhaltefinanzierung ist nicht Investitionsfinanzierung.
- Vorhaltefinanzierung ist nicht Freihaltepauschalen.

Vergleich: „betreibbare Betten“ à la DIVI-Register

Stufe 2: Leistungsspektrum berücksichtigen

- Variante 1:

  Für jede Leistungsgruppe Vorhaltung definieren (Leistungsgruppen à la NRW?)

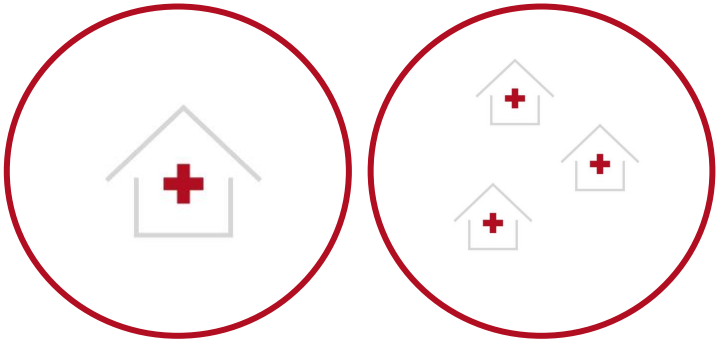
- Variante 2:

  Abstufung Intensiv, Kinder, … (oder Versorgungsstufen)
  (vgl. „Bewerbungsschreiben“ von Hecken)

- Vorhaltung für elektive Leistungen?

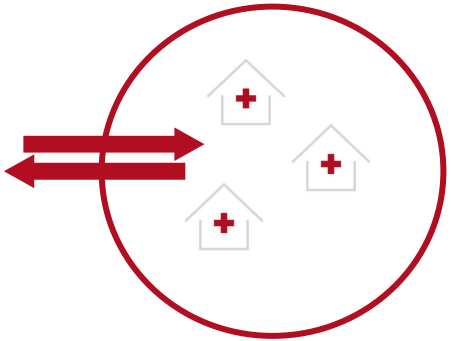
Stufe 3: Verteilung auf mehrere Krankenhäuser regeln

- Gesamtsumme ergibt sich aus der Bevölkerung, nicht aus der Zahl der Krankenhäuser.
- Aufteilung durch Ausschreibung?
- Aufteilung nach Entfernung



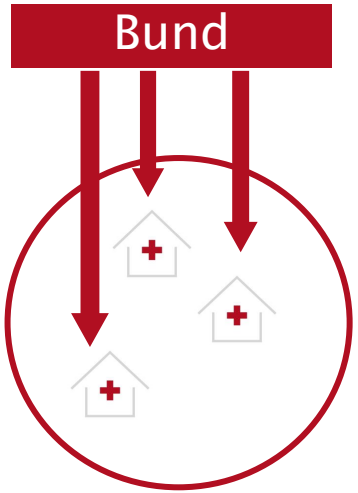
Stufe 4: Patientenwanderung berücksichtigen

- Überregionale Patientenwanderungen (vor allem bei Maximalversorgung)
- Instrumentarium steht bereit (GKV-Kliniksimulator et al)
- Unterschiedliche Regionsgröße für unterschiedliche Versorgungsstufen?
- Landesgrenzen machen keinen Sinn.

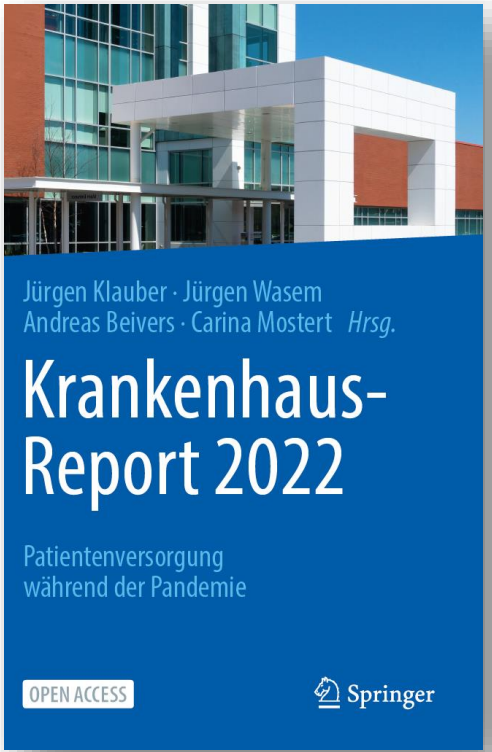


Stufe 5: Finanzierung und Finanzierungsweg klären

- Wichtig: bundeseinheitliche Kriterien
- Bundesmittel der Pandemie verstetigen.
- Direktüberweisung an die Krankenhäuser



- Koa-Vertag: „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.“



Wulf-Dietrich Leber und Ronald Schwarz:
Die Vergütung von Krankenhäusern nach der Pandemie

in: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg.):
Krankenhaus-Report 2022, Springer 2022

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Nachdenken!

Spitzenverband

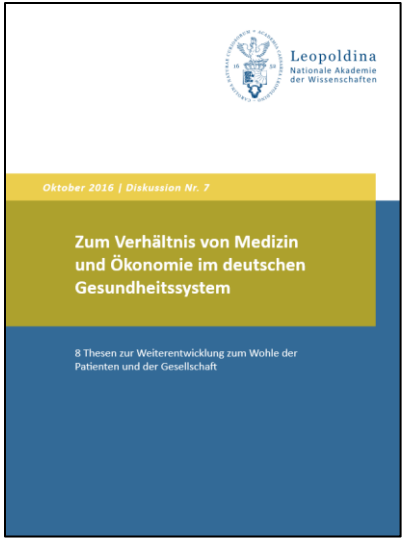
- Drei Klagen beim Deutschen KH-Tag 2021:

- 1. Die Fälle brechen weg.
- 2. Das Personal fehlt.
- 3. Das Geld fehlt.

- Nachdenken: Warum gibt es das Krankenhaus noch?

Gutachten zur Krankenhausstruktur

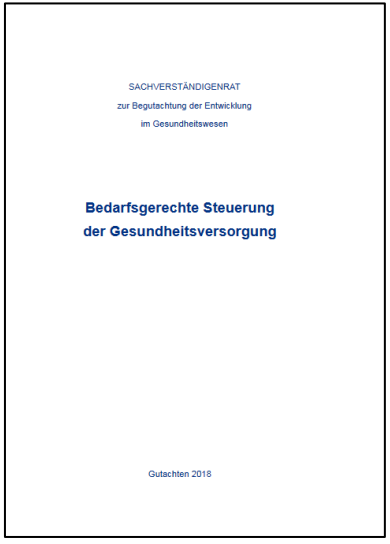
Spitzenverband



Leopoldina

Bertelsmann

Lohfert & Lohfert



Sachverständigenrat

Koalitionsvertrag – Krankenhauslandschaft

Spitzenverband

- „Mit einem **Bund-Länder-Pakt** bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte **Regierungskommission** wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. […]“

- Vorsicht: Landesplanung ist „Fake News“!

Hier spricht die Landesregierung von NRW

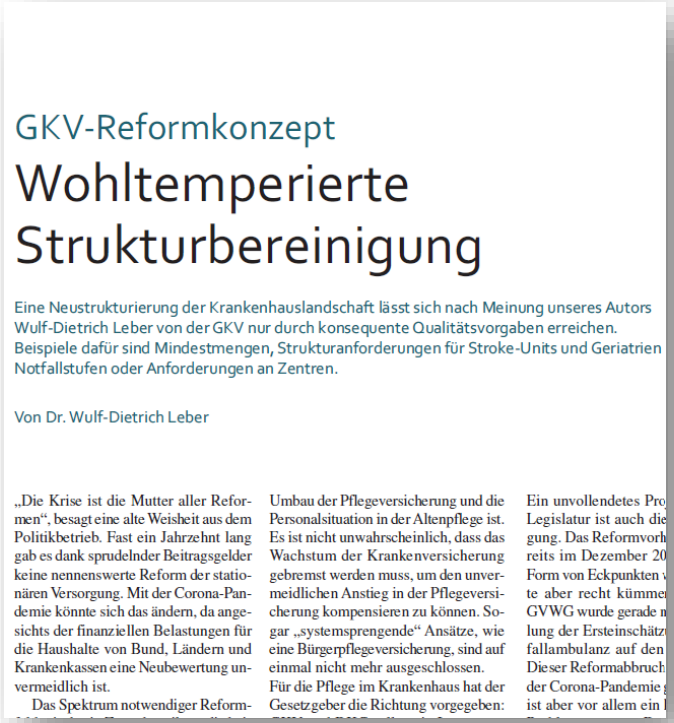
Spitzenverband

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

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

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

Wohltemperierte Strukturanpassung



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 Pro Legislatur ist auch die gung. Das Reformvorh reits im Dezember 20 Form von Eckpunkten te aber recht kümme GVWG wurde gerade lung der Ersteinschätz fallambulanz auf den Dieser 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

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Pflegepersonalbedarfsbemessung

Spitzenverband

1. Aktueller Stand Pflegepersonaluntergrenzen
2. Verfahren zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (§ 137k SGB V)
3. PPR 2.0 (Koalitionsvertrag):

   „Kurzfristig führen wir zur verbindlichen **Personalbemessung im Krankenhaus** die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.“

   Problem: Was nützt die PPR? Neuberechnung des Pflegebudgets? Die GKV wird nicht für Pflegekräfte zahlen, die nicht da sind.

Pflegepersonalbedarfsermittlung
PPR 2.0-Vorschlag ungeeignet

Spitzenverband

- Intention: Abschaffung der PpUG
- Unklare Anwendung/Standardisierung fehlt
  Prospektive oder retrospektive Einstufung?
- Keine Berücksichtigung des Qualifikationsmixes
- Bürokratie- und Schulungsaufwand (u. a. fehlende Digitalisierung)
- Pflegefachlicher Fortschritt nicht ausreichend berücksichtigt (Rückschritt)
- Gefahr der Übercodierung/Fehlende Überprüfung (Ziel Budgetsicherung)
- Fehlende Bereiche (Intensivmedizin, Nachtschicht)
- Fehlende Transparenz für Bürger und Kostenträger
- Fehlende qualitätssichernde Impulse (kein Echtzeitmonitoring der Stationsbesetzung)

Pflegepersonaluntergrenzen unverzichtbar

Spitzenverband

pflegeintensiver Bereich	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt		Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt	
	Gesamt:	5,4 %	Gesamt:	14,1 %
Neurologische Schlaganfalleinheit		10,4 %		20,3 %
Unfallchirurgie		5,6 %		16,5 %
Neurologische Frührehabilitation		9,4 %		16,4 %
Intensivmedizin		7,8 %		16,1 %
Allgemeine Chirurgie		5,8 %		15,8 %
Pädiatrische Intensivmedizin		8,0 %		15,2 %
Neurologie		5,9 %		15,2 %
Geriatrie		3,3 %		13,8 %
Herzchirurgie		9,2 %		13,7 %
Interdisziplinär		4,6 %		13,2 %
Kardiologie		3,6 %		13,0 %
Pädiatrie		6,4 %		12,1 %
Innere Medizin		3,1 %		11,3 %

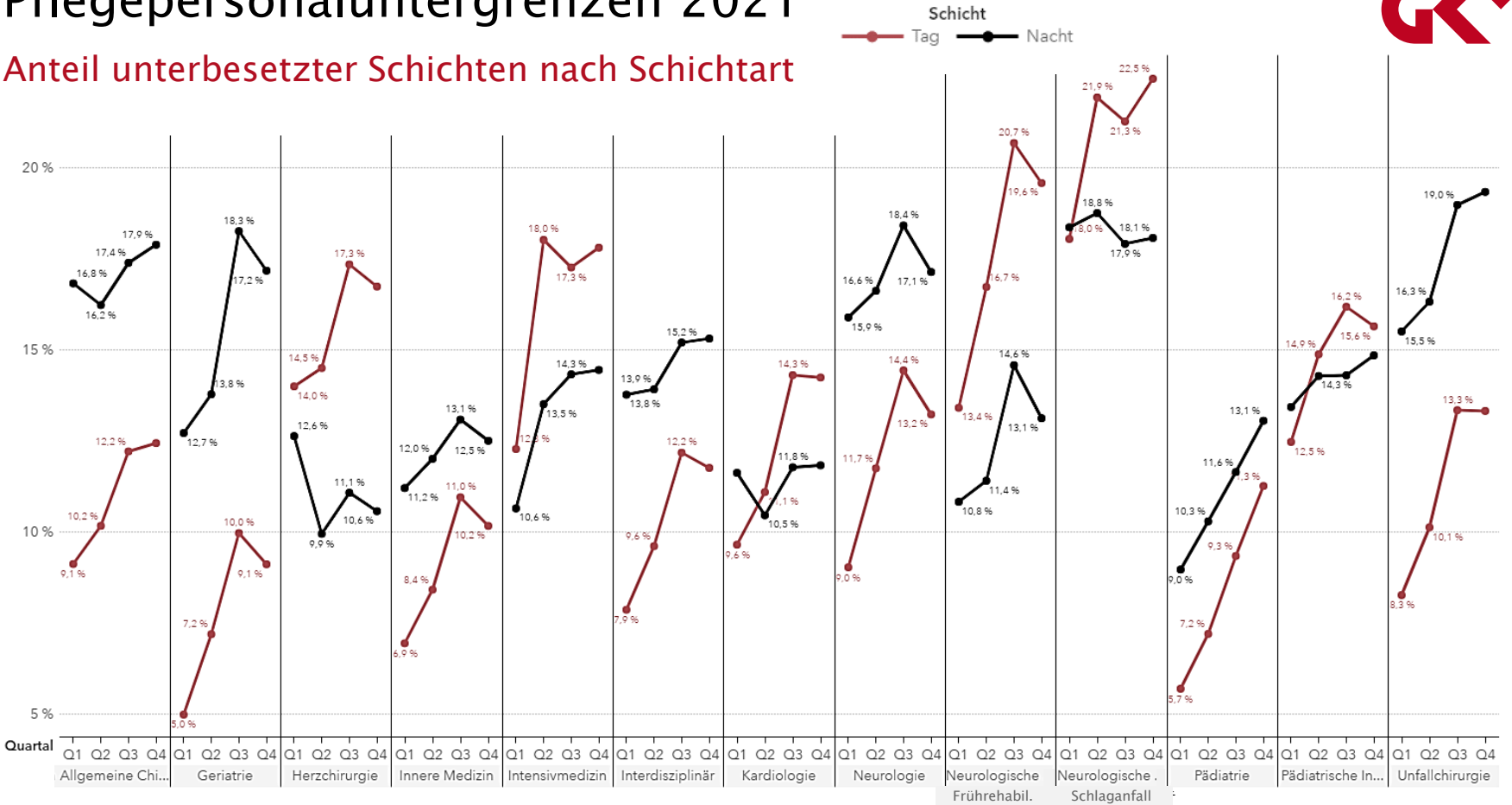
14 % der Schichten sind unterbesetzt!

In einem Bereich ist sogar jede fünfte Schicht unterbesetzt!

Abb.: Nachweise 4. Quartal 2021 – Nichteinhaltung je pflegesensitiver Bereich

Pflegepersonaluntergrenzen 2021

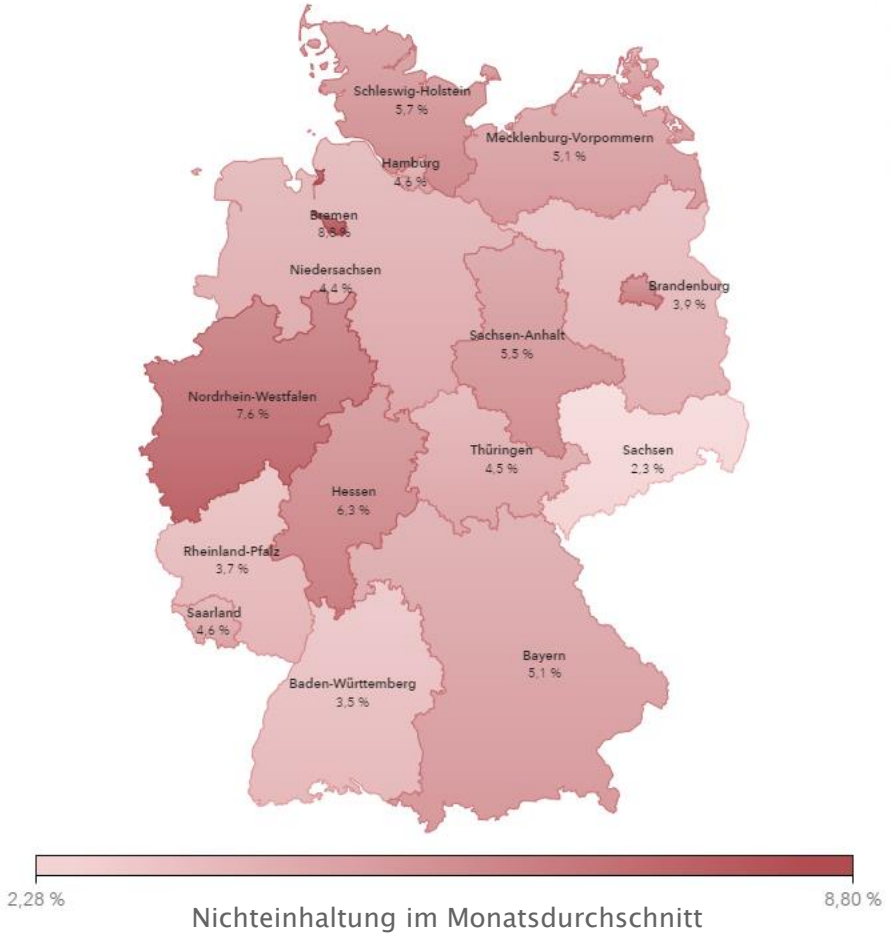
Anteil unterbesetzter Schichten nach Schichtart



Pflegepersonaluntergrenzen

Nachweise 4. Quartal 2021 – Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt je Bundesland

Bundesland	Anzahl KH	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt
Bremen	12	8,8 %
Nordrhein-Westfalen	261	7,6 %
Berlin	45	6,6 %
Hessen	109	6,3 %
Schleswig-Holstein	45	5,7 %
Sachsen-Anhalt	39	5,5 %
Bayern	222	5,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	31	5,1 %
Hamburg	30	4,6 %
Saarland	18	4,6 %
Thüringen	39	4,5 %
Niedersachsen	130	4,4 %
Brandenburg	53	3,9 %
Rheinland-Pfalz	68	3,7 %
Baden-Württemberg	146	3,5 %
Sachsen	73	2,3 %
	Gesamt: 1.321	**Gesamt: 5,4 %**



Pflegepersonalbedarfsermittlung

Gesetzlicher Auftrag: § 137k SGB V

Spitzenverband

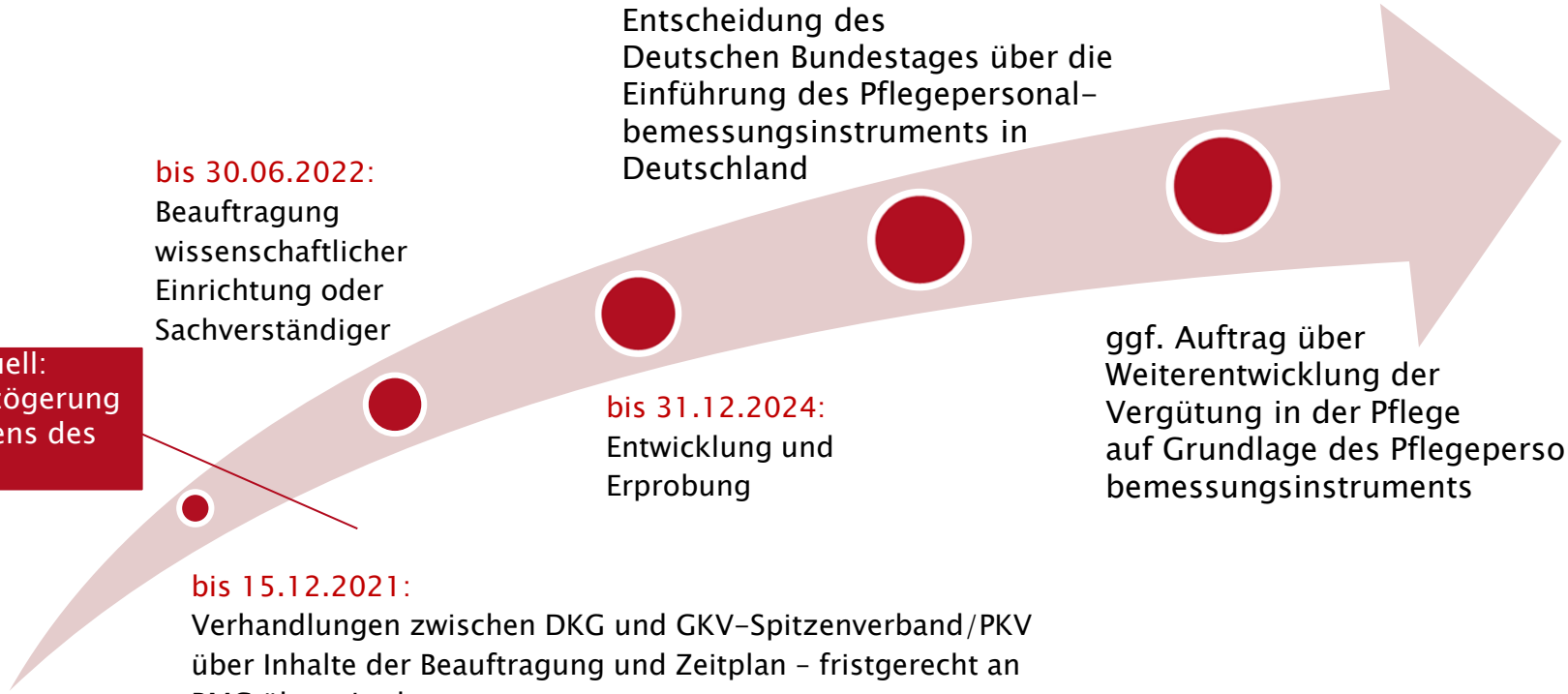
Vertragsparteien auf Bundesebene abgestimmt mit BMG

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

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

Umsetzung § 137k SGB V

Spitzenverband



Pflegepersonalbedarfsermittlung

Lösungsansatz

Spitzenverband

In KIS/Datenbanken der Krankenhäuser integriert

Bundeseinheitliche Pflegeterminologie mit empirisch validierten Aufwandszeiten

Digitale Pflegedokumentation mit Anwendung der Terminologie

Automatisierte Berechnung der Anzahl an Pflegepersonen nach Pflegebedarf

Für die digitale Pflegedokumentation gibt es KHZG-Gelder.

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

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Hybrid-DRGs: Ein Rätsel

Spitzenverband

- „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?

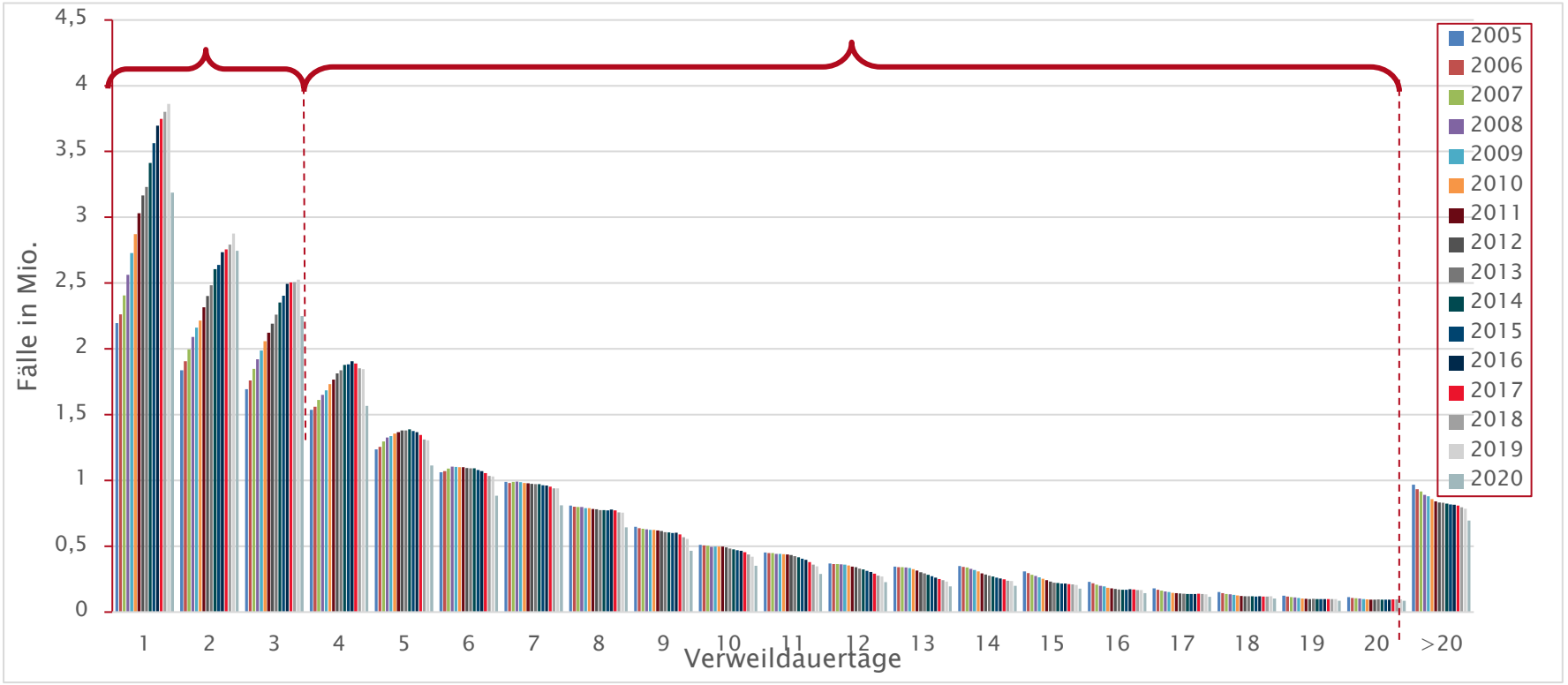
  Gleiche Vergütung für KV-Praxen und Krankenhäuser oder
  gleiche Vergütung für stationäre und ambulant behandelte Krankenhauspatienten?

- Gefahr: „Ambulant behandeln, stationär kassieren.“

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial

Spitzenverband



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

Hybrid-DRG ist ein anderer Prozess als AOP

Spitzenverband

- AOP-Prozess
  - IGES-Gutachten fast abgeschlossen
  - Umsetzung in Stufen: neu wird die Berücksichtigung des Schweregrad
  - Komplexe dreiseitige Verhandlungen
- Drei gesetzgeberische Varianten für Hybrid-DRGs:
  - Teil von AOP („§ 115b Absatz 6“)
  - Neue Rechtsform („§ 115e“)
  - DRG-Lösung (KHEntgG)
- Ziel: Eindeutige Zuordnung von Leistungen zu ambulant/hybrid/vollstationär
- Tendenziell benötigen Hybrid-Leistungen ein Krankenhaus im Hintergrund.

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Erster Anlauf zur Notfallreform

Was ist übrig geblieben vom „großen Wurf“?

Spitzenverband

- Eckpunkte zur Notfallreform: 18.12.2018
- Diskussionsentwurf zur Notfallreform: 12.07.2019
- Referentenentwurf zur Notfallreform: 08.01.2020
- Fachanhörung: 17.02.2020

Themen:

- Gemeinsame Leitstellen
- Rettungsdienst ins SGB V
- Steuerung ins richtige Krankenhaus (Notfallstufen)
- Notfallaufnahme (INZ, Tresen, KV-Notdienstpraxis)
- Bedarfsplanung für INZ

- „Notfallreform“ im GVWG
  In Kraft getreten am 12.07.2021

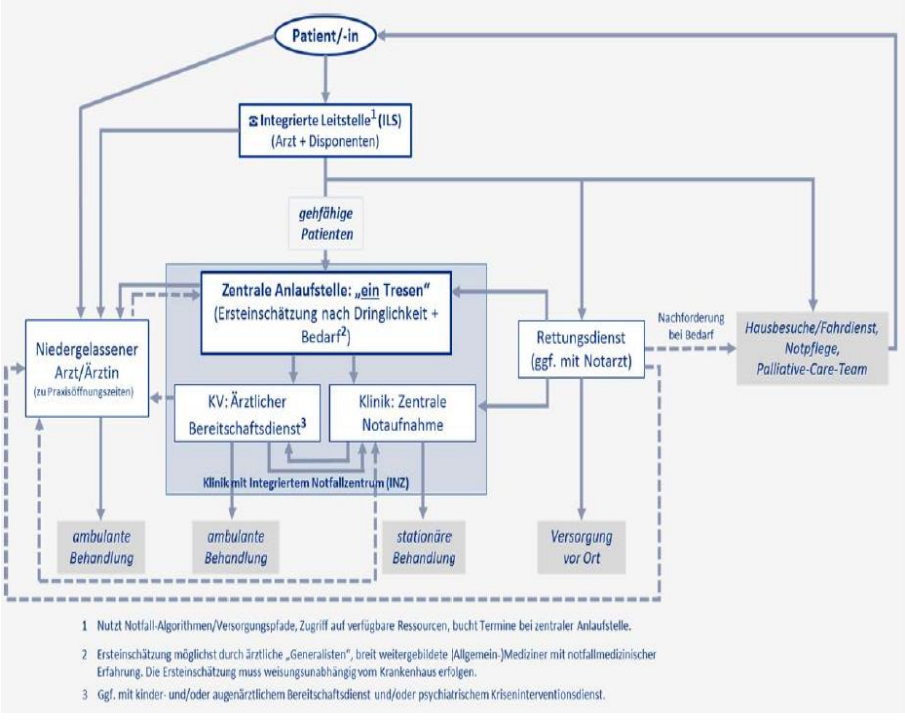
- Ersteinschätzung im Krankenhaus

Koa-Vertrag Notfallversorgung

Spitzenverband

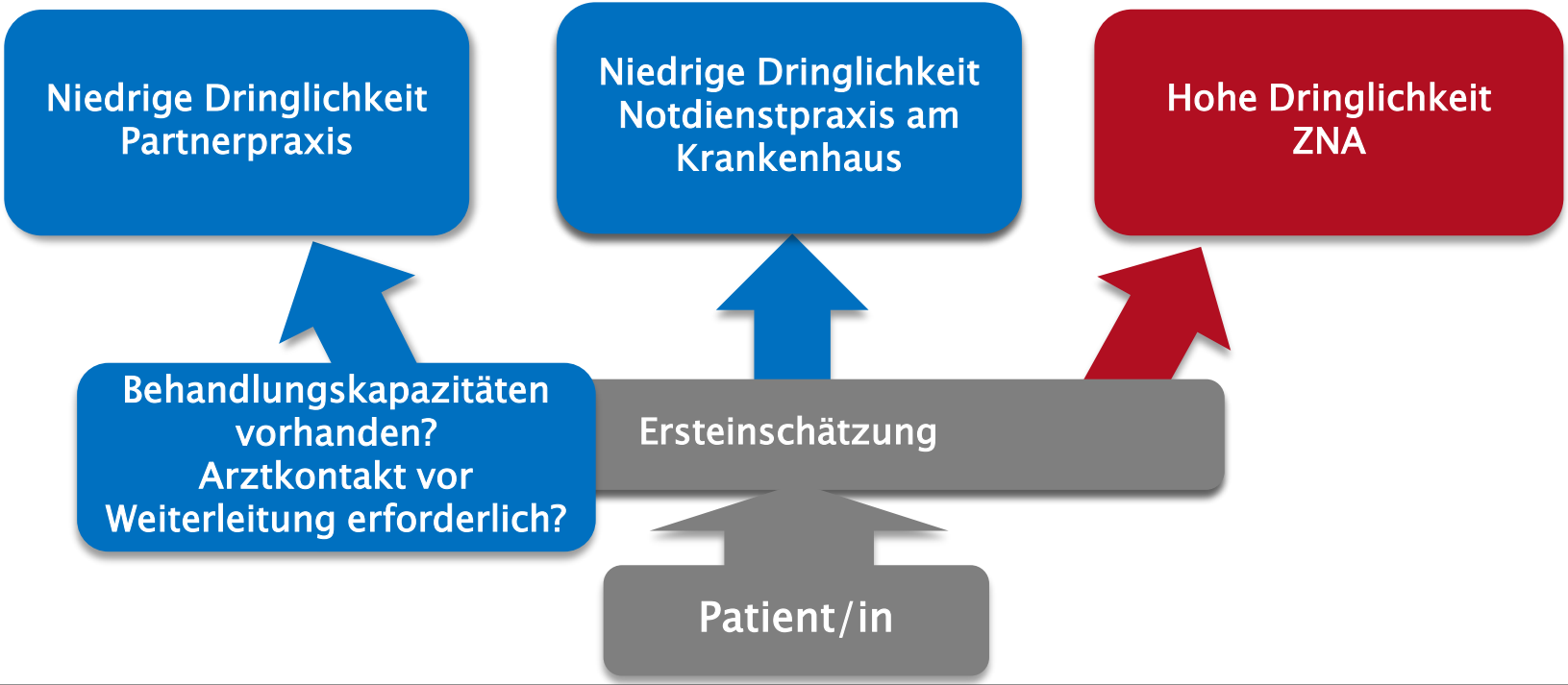
- „Die **Notfallversorgung** soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen.“

Koa-Vertrag: INZ à la SVR, aber ohne KV-Verpflichtung



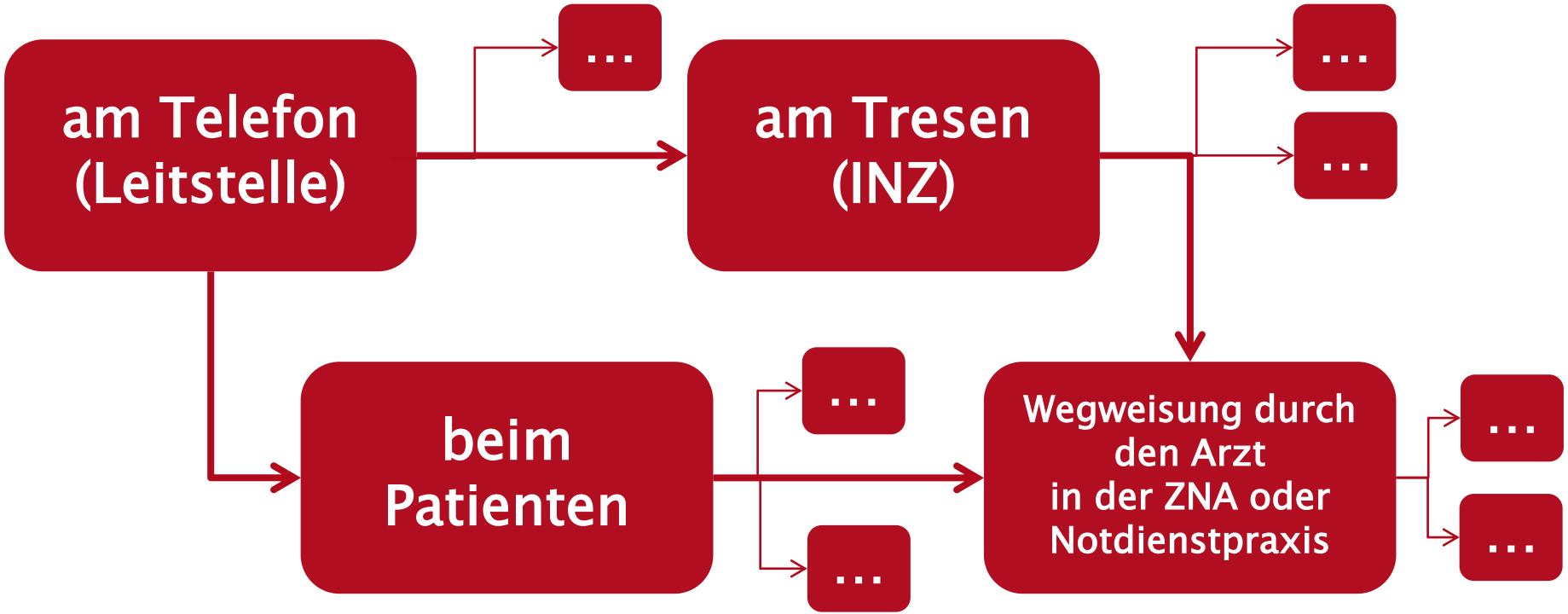
- GKV-Position: Einen KV-Container-riegel vor dem Krankenhauseingang sollte es nicht geben.
- Der SVR geht fälschlicherweise davon aus, dass Krankenhäuser und KVen dieses Modell umsetzen wollen.
- Koa-Vertrag verpflichtet die KV zu nichts und alles bleibt beim Alten.
- GKV-Forderung: Man muss sicherstellen, dass die KV die Notfallversorgung am Krankenhaus auch sicherstellt!
- Umgekehrt muss auch gelten: Keine Notfallaufnahme ohne KV-Notdienstpraxis im Eingangsbereich.

Entscheidung am gemeinsamen Tresen



4 x Triage

Spitzenverband



Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für KV-Notdienstpraxen erforderlich!

Spitzenverband

- Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte unter Berücksichtigung der stationären Notfallstufen Mindestanforderungen an Notdienstpraxen im Krankenhaus (bzw. an integrierte Notfallzentren) beschließen.
- Hierbei sind insbesondere Mindestvorgaben festzulegen
  - zum **bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf** und zur Verknüpfung mit den stationären Notfallstufen,
  - zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden **Fachpersonals** sowie zur **apparativen Ausstattung** der Notdienstpraxen,
  - zum **zeitlichen Umfang** der Bereitstellung von Notfallleistungen und
  - zur **Kooperation** des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV mit der Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses.
- Zu regeln ist auch der zukünftige Zugang zu (Notfall-)Krankenhäusern ohne KV-Notdienstpraxis/Integriertes Notfallzentrum (INZ)!

Rettungswesen

- „Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.“

- Gut so, aber die Grundgesetzänderung fehlt.

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

Der Weg ins richtige Krankenhaus

- Krankenhäuser ohne stationäre Notfallstufe sollten zukünftig nicht mehr vom Rettungsdienst angefahren werden.
- Patienten mit einer Notfall-Tracerdiagnose sollten direkt in Krankenhäuser der erweiterten oder umfassenden Notfallstufe gefahren werden, sofern es die Erreichbarkeit zulässt.
- Gehfähige, nicht lebensbedrohlich erkrankte Patienten sollten nur noch in Krankenhäuser mit INZ (= Notfallstufe + KV-Notdienstpraxis) vermittelt werden.

Bildquelle: Pixabay

Agenda

Spitzenverband

1. Ukraine, Corona, Finanzen
2. Vergütung nach Corona
3. Krankenhauslandschaft
4. Pflege im Krankenhaus
5. Ambulante Krankenhausbehandlung
6. Notfallversorgung
7. Fazit

Fazit

Spitzenverband

1. Der finanzielle Rahmen wird enger – wegen notwendiger Ausgaben zur Verteidigung, geringem Wirtschaftswachstum und pandemiebedingter Staatsverschuldung.
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. Beim Bund-Länder-Pakt ist Skepsis angesagt.
4. Die PPR 2.0 im Koalitionsvertrag ist ein Ärgernis. Pflegepersonalbemessung sollte sich aus der digitalen Patientenakte ableiten. Wichtig bleibt PePiK nach § 137k SGB V.
5. Ambulantisierung wird ein zentrales Thema. Hybrid-DRGs bleiben vorerst ein Rätsel. Der AOP-Prozess wird in Stufen umgesetzt.
6. Der Rettungsdienst wird Teil des Gesundheitswesens. Gut so. Die Einrichtung von INZ vor den Krankenhäusern wird noch spannend. Die KV muss sicherstellen – am Krankenhaus!

Spitzenverband

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de