

Die Eckpunkte der Krankenhausreform aus Sicht der GKV

Führungskräfteseminar VKD/VDGH
Berlin 25.02.2015

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband



Teil 1: Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung



- 1.1 Qualität als Kriterium in der Krankenhausplanung
- 1.2 **Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA**
- 1.3 **Mindestmengen**
- 1.4 **Qualitätszuschläge und -abschläge**
- 1.5 Qualitätsverträge
- 1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser
- 1.7 Beteiligung Länder bei Beschlüssen des G-BA zur QS; Auftragserteilung an das QS-Institut
- 1.8 **Sicherstellungszuschläge; Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung**
- 1.9 Notfallversorgung
- 1.10 Besondere Vergütung von Zentren
- 1.11 OP-Checklisten
- 1.12 Zweitmeinung
- 1.13 Klinische Sektionen
- 1.14 Transplantationsregister und Implantateregister
- 1.15 Neue Methoden
- 1.16 Weiterentwicklung der spezialfachärztlichen Versorgung

1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA



- ▶ Die Verbindlichkeit der G-BA-Vorgaben wird gestärkt.
- ▶ Der G-BA legt das Nähere für unangemeldete MDK-Kontrollen fest.

GKV-Position:

- ▶ Durchsetzung von Mindeststrukturvorgaben wird begrüßt.
- ▶ Entzug der Abrechnungsfähigkeit ist das Mittel der Wahl, nicht Abschlüsse bei schlechter Qualität.
- ▶ Es ist zu begrüßen, dass der MDK größere Befugnisse erhält. Diese sollten sich auch auf OPS-Komplexcodes beziehen.
- ▶ Nicht der G-BA sollte das Nähere zum Prüfverfahren des MDK regeln, sondern DKG und GKV („PrüfvV II“).

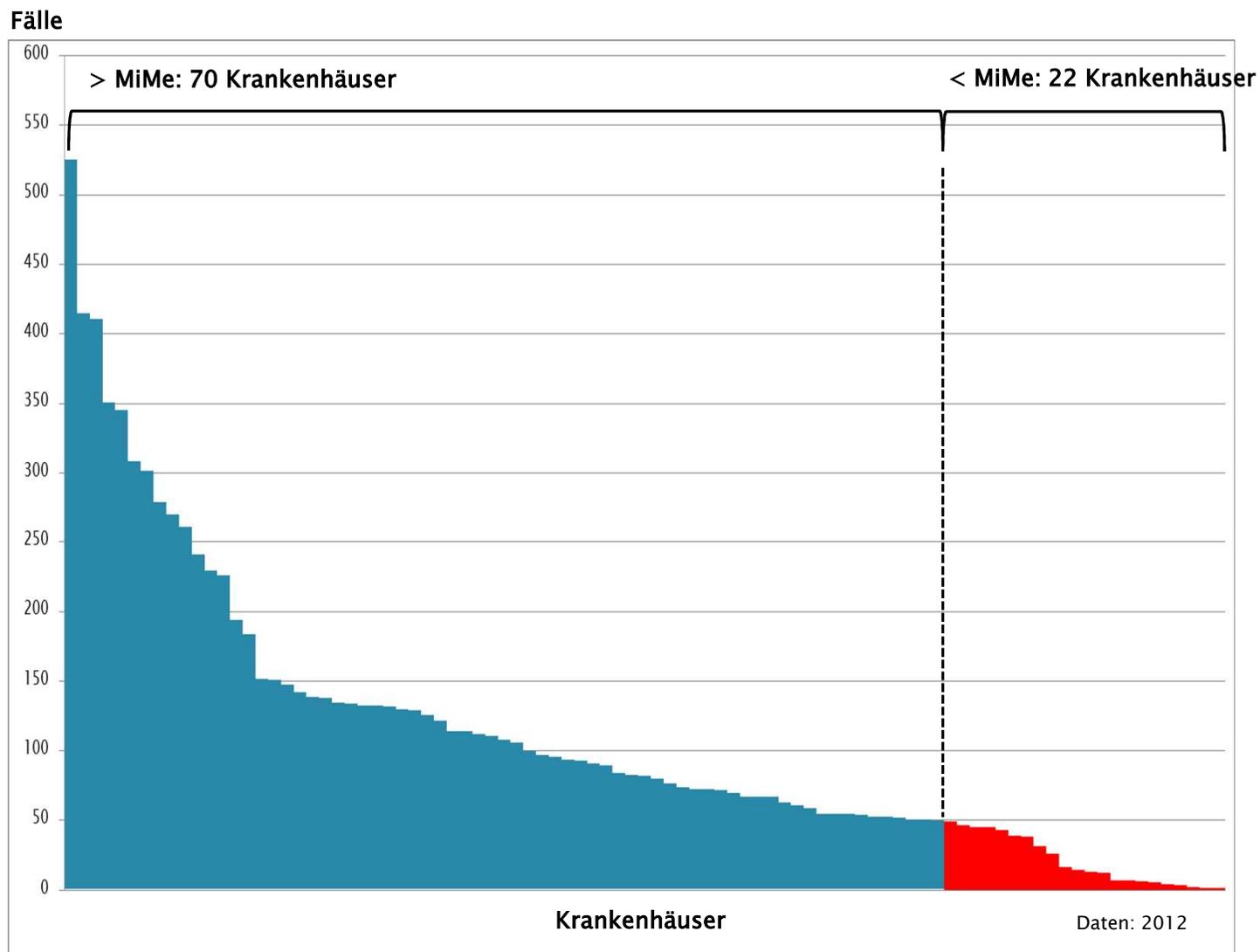
1.3 Mindestmengen (MiMe)

- ▶ MiMe-Beschlüsse werden erleichtert, aber Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben.
- ▶ Klarstellung: Keine Bezahlung unterhalb der Mindestmenge.

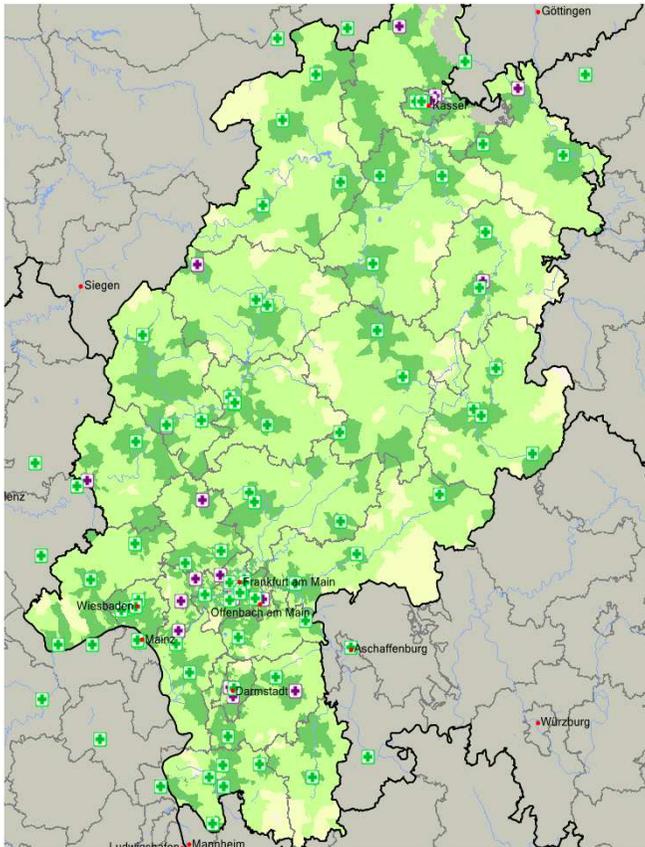
GKV-Position:

- ▶ Die Streichung des „besonderen Zusammenhangs“ und der Ausschluss von der Leistungserbringung bei Unterschreitung werden begrüßt.
- ▶ Kritisch bleiben die Ausnahmetatbestände (Härtefallregelung).
- ▶ Problematisch: Nachweis guter Qualität unterhalb der Mindestmenge ist nie möglich (statistisch).
- ▶ Transparenz über KH-Leistungsmengen ist erforderlich.

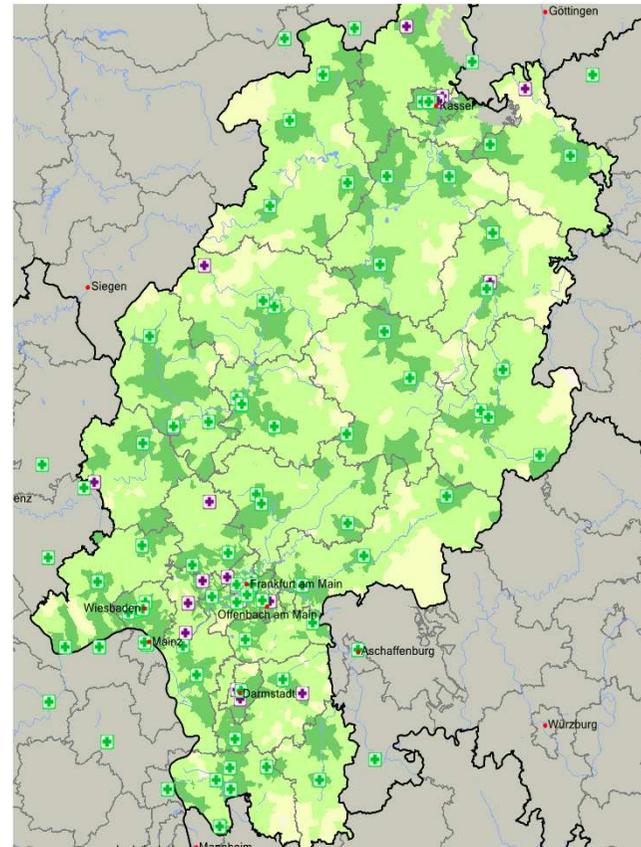
Jede Menge kleine Mengen: Krankenhäuser in Hessen



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



Erreichbarkeit Status quo

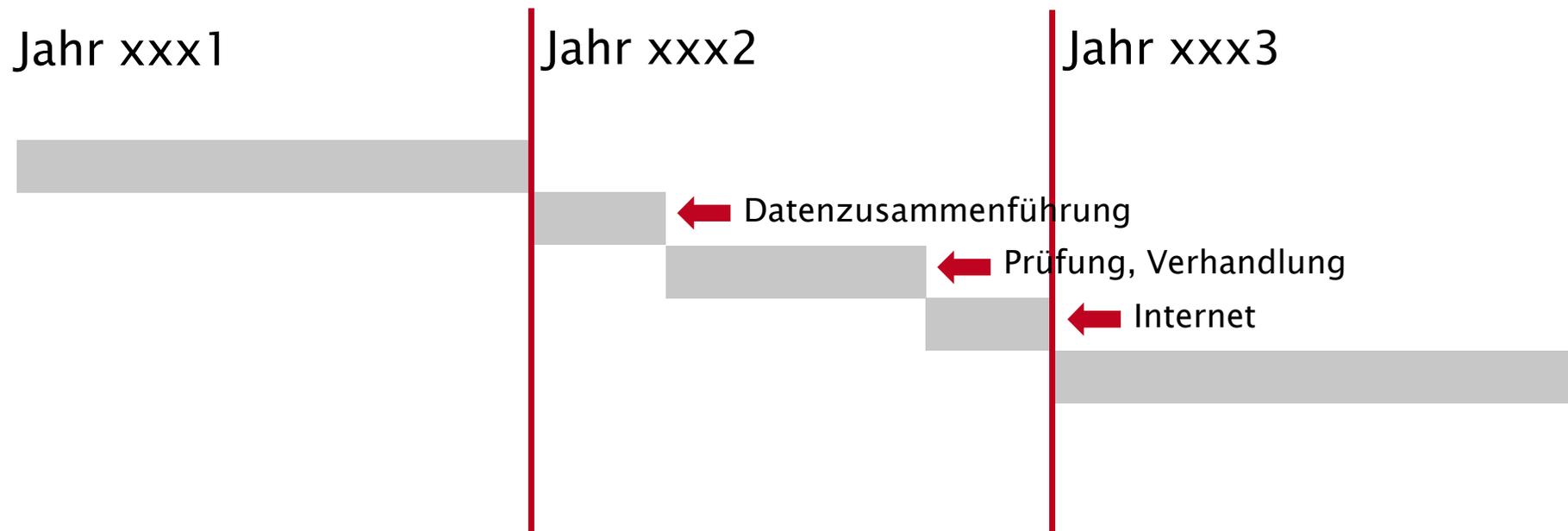


Erreichbarkeit bei konsequenter QS



„Sommerstrukturgespräch“

- ▶ Unabhängig von den Budgetverhandlungen bedarf es vor dem Budgetjahr einer Prüfung der Struktur- und Prozessqualität (MiMe, TAVI ...)



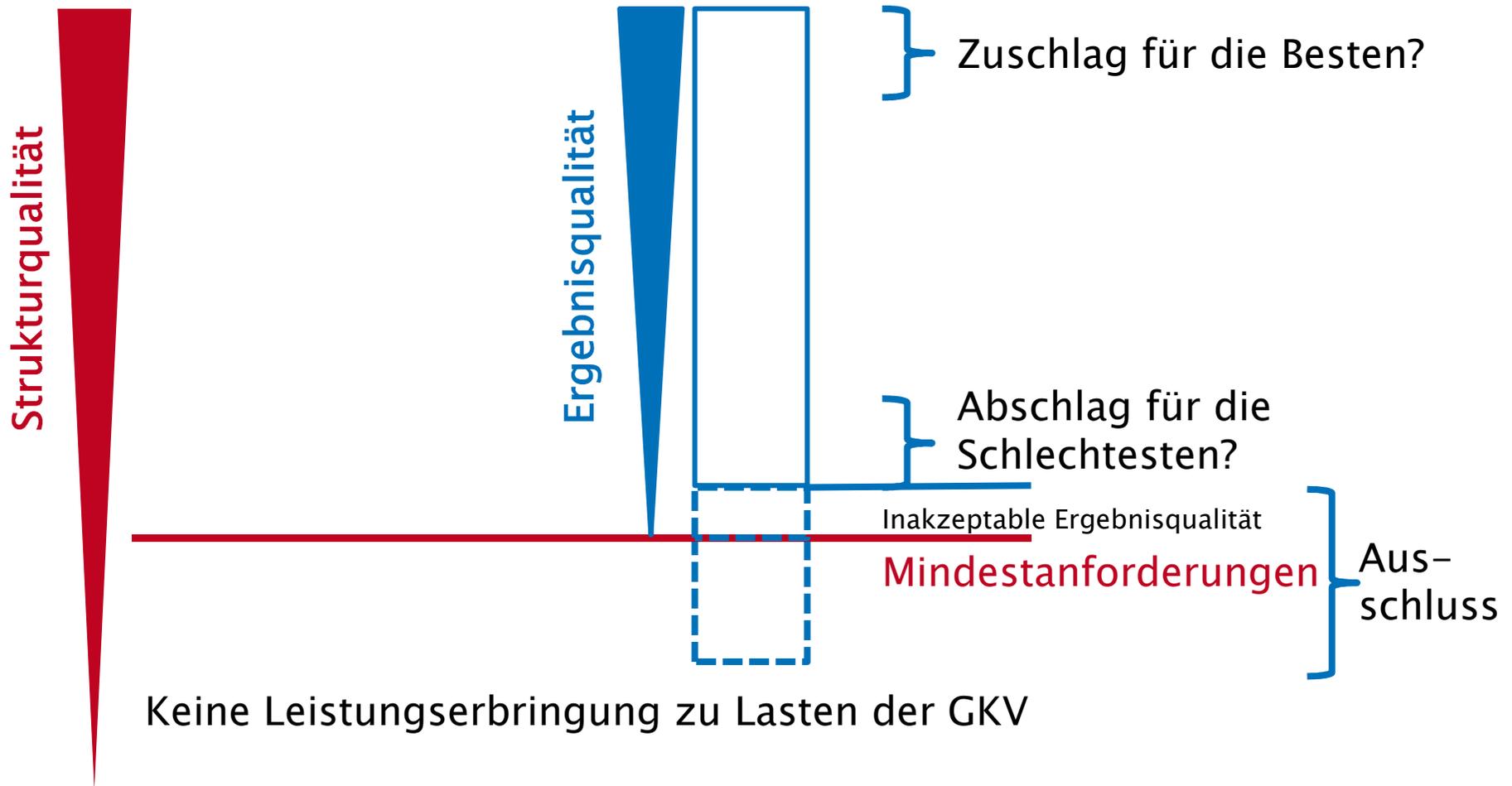
1.4 Qualitätszuschläge und -abschläge

- ▶ Der G-BA definiert Indikatoren für qualitätsorientierte Vergütung.
- ▶ Abschläge bei schlechter Qualität obligatorisch.

GKV-Position:

- ▶ Begrüßenswertes Instrument; Umsetzung auf Basis bereits bestehender Indikatoren
- ▶ Abschläge machen schlechte Qualität nicht besser, aber seltener. Dennoch: Ausschluss vor Abschlag.
- ▶ Aufkommensneutrale Umverteilung mit Anreizen zur Qualitätsverbesserung auch über der Mindestanforderung
- ▶ Qualitätsabschläge würden die Krankenhausplanung und -struktur nachhaltig positiv verändern.

GKV-Spitzenverband: Struktur- und Ergebnisqualität



1.8 Sicherstellungszuschläge

Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung



- ▶ Der G-BA legt bis 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest.

- ▶ Kleine Revolution:

Nicht mehr das Land, sondern der G-BA legt fest, was ein „notwendiges“ Krankenhaus 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.

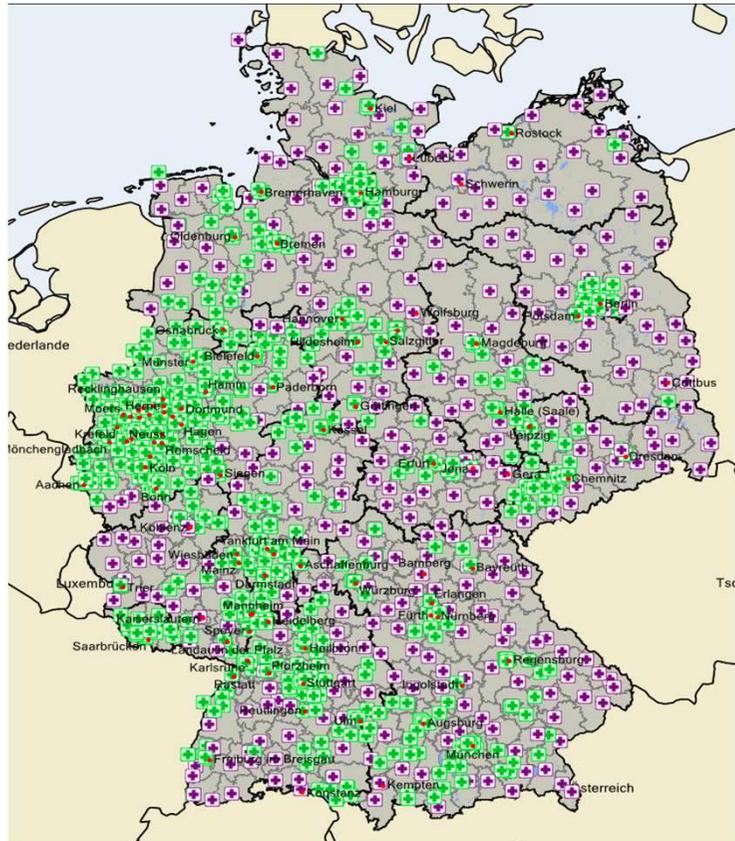
Morgen

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und QTiG regeln als Regulierungsbehörden die Strukturen und Prozesse.

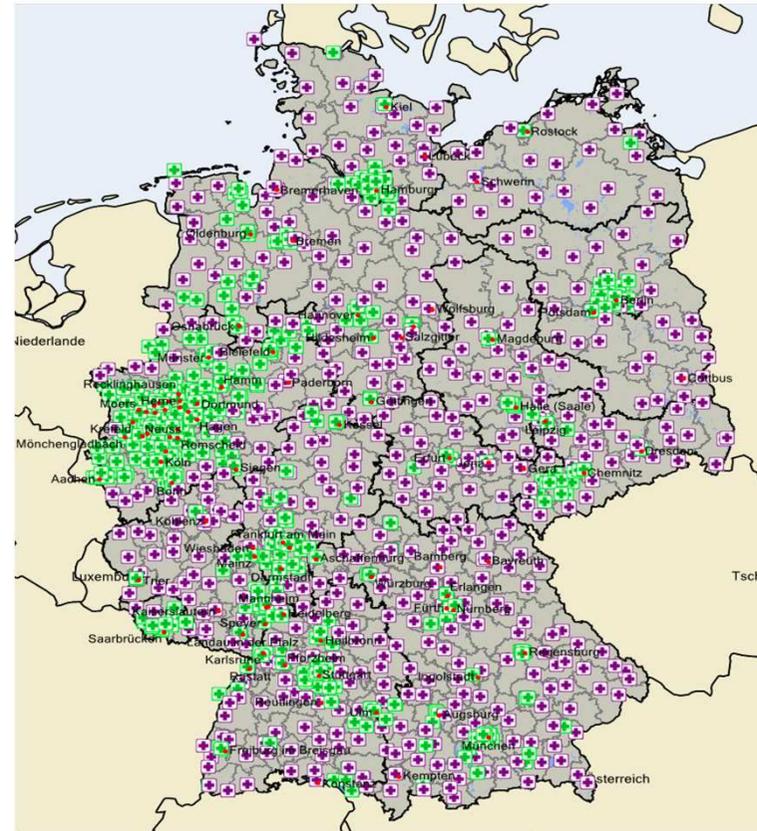
Zur Dichotomie von Sicherstellungs- und ReFo-Häusern



Spitzenverband



Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert
30 km (grün) - 824/1.162 KHs



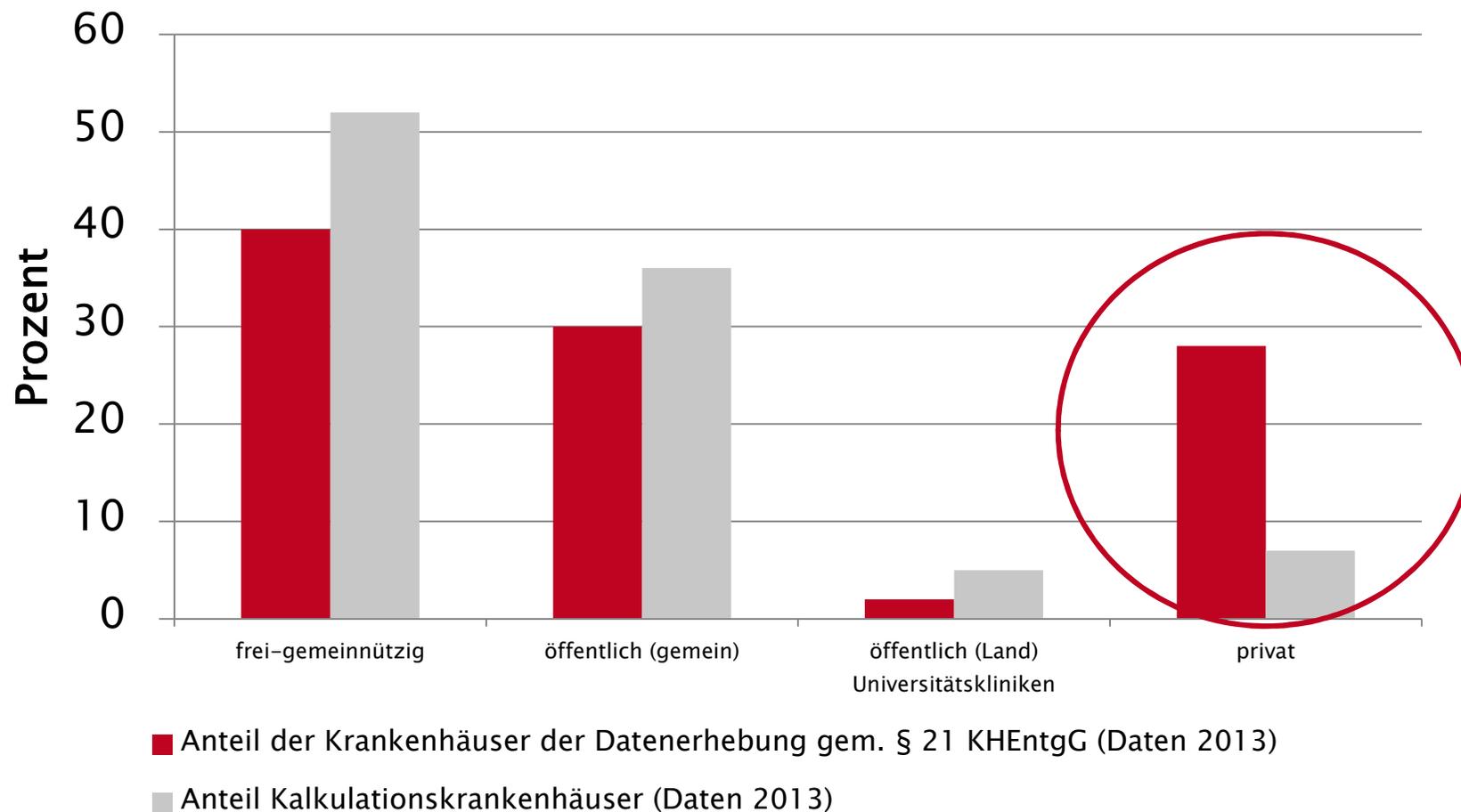
Marktaustrittskandidaten (Grundversorger) bei Grenzwert
25 km (grün) - 649/1.162 KHs

Teil 2: Betriebskostenfinanzierung/ Mengenentwicklung und -steuerung



- 2.1 DRG-System
 - 2.1.1 Repräsentativität der Kalkulation
 - 2.1.2 Sinkende Sachkosten
 - 2.1.3 Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen
- 2.2 Preisbildung
 - 2.2.1 Angleichung der Landesbasisfallwerte
 - 2.2.2 Orientierungswert für Krankenhäuser
- 2.3 Mengensteuerung
- 2.4 Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System
- 2.5 Universitätsklinika
- 2.6 Ambulanter Notdienst der KVen
- 2.7 Schlichtungsausschüsse auf Landesebene

Zusammensetzung der Datenerhebung der Krankenhäuser (Trägerschaft)



Quelle: Abschlussbericht G-DRG-System 2015



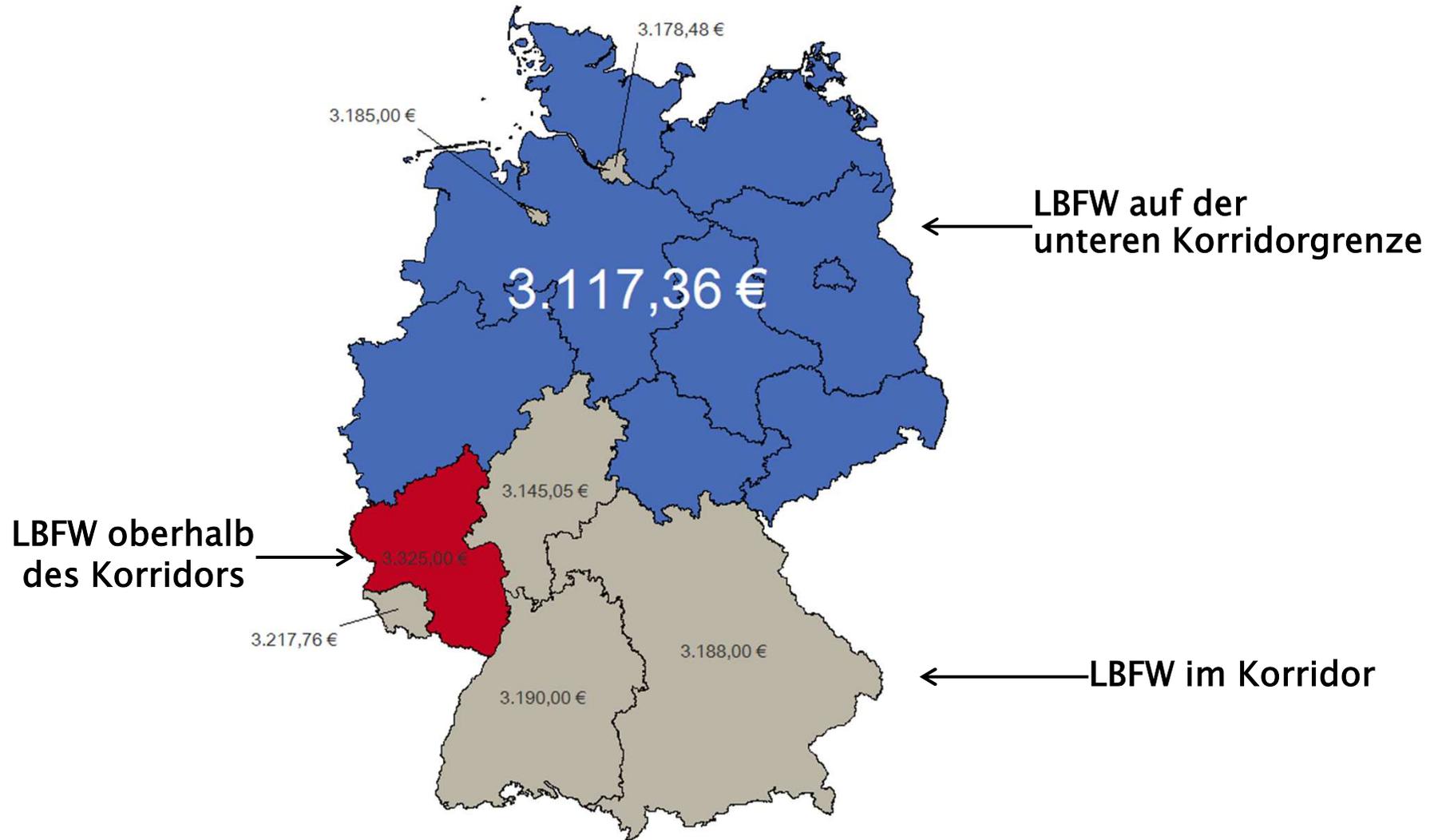
2.2.4 Angleichung der Landesbasisfallwerte (LBFW)

- ▶ Sechsjährige LBFW-Konvergenz ab 2016
- ▶ Geringfügige Verengung des Korridors
- ▶ ab 2020: BBFW-Berechnung auf Basis der LBFW

GKV-Position:

- ▶ Regelungen werden abgelehnt!
- ▶ Fehler der LBFW-Konvergenz werden durch die Änderung des Korridors nicht gelöst.
- ▶ Es gibt keinen fachlichen Grund für einen asymmetrischen Korridor (sollte vielmehr kostenneutraler Korridor sein).
- ▶ Regelung zur Umkehr der LBFW-Verhandlungen zu spät.
- ▶ Grotesk: „Berücksichtigung wirtschaftlicher Belange am unteren Korridorrand“

Landesbasisfallwerte (LBFW) 2014



2.3.1 Mengensteuerung

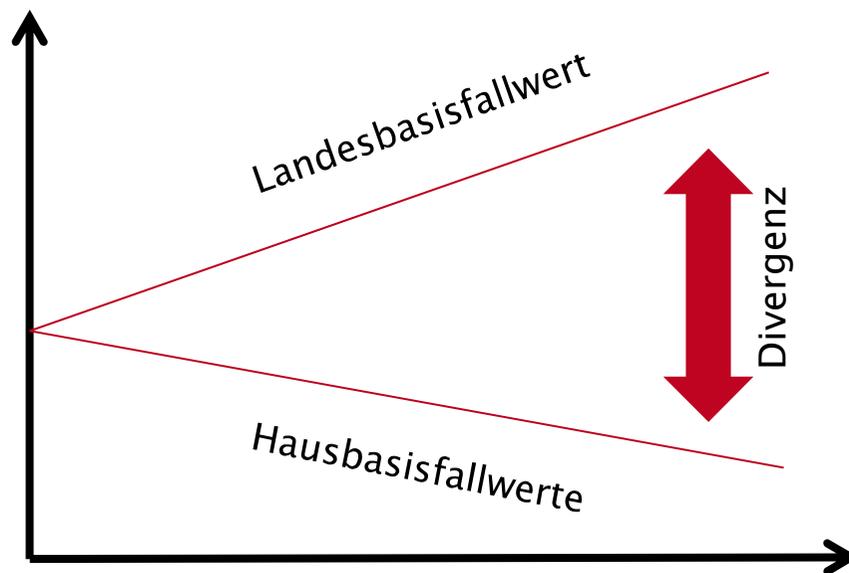
- ▶ Die Degression im Landesbasisfallwert wird ab 2017 gestrichen und auf die Hausebene verlagert.
- ▶ Eine Ausweitung des Verhandlungstatbestandes „Wirtschaftlichkeitsreserven“ ist vorgesehen (Produktivität, Fehlbelegung, Verlagerungspotenzial).

GKV-Position:

- ▶ Die Verlagerung der Mengensteuerung auf die Hausebene ist ein fundamentaler Fehler.

Divergenzproblem!

- ▶ Die Degression im LBFW wird ersatzlos gestrichen und kostenneutral auf die Hausebene verlagert.
 - Der LBFW steigt jährlich um den vollen Veränderungswert.
 - Die Hausbasisfallwerte sinken über die Jahre.
 - „Divergenzproblem“ nach wenigen Jahren!



Grundsätze der DRG-Finanzierung verworfen:

- „Gleicher Preis für gleiche Leistung“
- „Das Geld folgt der Leistung.“

2.4 Berücksichtigung von Personalkosten im DRG-System

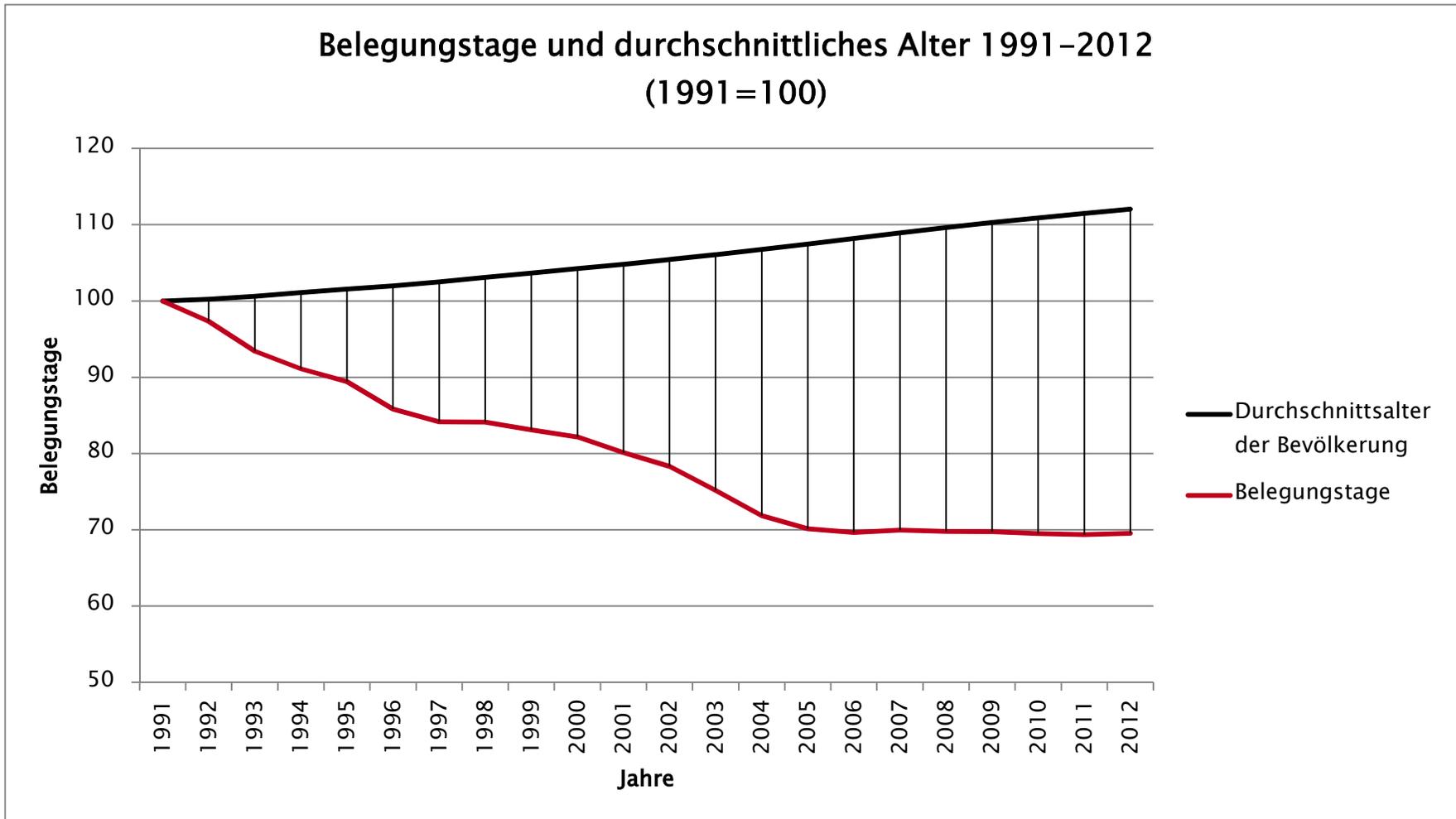


- ▶ 2016 bis 2018: Sonderprogramm zur Zusatzfinanzierung der „Pfleger am Bett“
- ▶ Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für die Folgeregelung.

GKV-Position:

- ▶ Mängel der Sonderprogramme mittlerweile hinlänglich bekannt („... belohnt die Falschen“). Verbesserungsvorschläge:
 - Rückzahlungsverpflichtung, falls kein Nachweis
 - Berücksichtigung des Personalstands des alten Sonderprogramms
 - Kontrolle der Mittelverwendung über die Budgetverhandlung
- ▶ Volle Überführung der Mittel gewährleisten
- ▶ Personalanhaltszahlen in qualitätskritischen Bereichen

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



2.5 Universitätsklinika

- ▶ Statt einer institutionsbezogenen Förderung wird eine Reihe von Einzelmaßnahmen vorgeschlagen.

- ▶ Ein Uni-Zuschlag kommt nicht.

- ▶ Kombination verschiedener Maßnahmen:
 - Verbesserung der Abbildung in der Kalkulation
 - Extremkostenfälle
 - Notfallversorgung
 - Zentren und Schwerpunkte
 - Zuschläge für gute Qualität
 - Hochschulambulanz

Teil 3: Investitionsfinanzierung Strukturfonds



- ▶ Fonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von Standorten, Umwandlung in Versorgungseinrichtungen).
- ▶ Kriterien werden von Ländern, GKV–Spitzenverband und BMG vereinbart.

GKV–Position:

- ▶ Der geplante Strukturfonds wird begrüßt und kann ein Startschuss für ein umfangreicheres Programm zur Strukturbereinigung sein.
- ▶ Nur die Schließung oder Umwandlung kompletter Standorte sollte förderungswürdig sein.
- ▶ Der Fonds löst das Problem der Investitionsfinanzierung nicht!

Teil 4: Finanzielle Auswirkungen in Mio. Euro (bezogen jeweils auf 2015) (1 / 2)



	Finanzwirkung (in Mio. Euro)			Kommentar
	2016	2017	2018	
Qualitätszu- und -abschläge	0	60	60	Die Eckpunkte setzen finanzielle Auswirkungen so an, dass mehr für Zuschläge ausgegeben als über Abschläge eingenommen wird. GKV-Spitzenverband präferiert Ausgabenneutralität.
Sicherstellungszuschläge	0	100	100	100 Mio. Euro wären eine deutliche Steigerung zum Status quo.
Zentrumszuschläge	200	200	200	Die Verdreifachung der bestehenden Ausgaben sowie die volle Finanzwirkung schon in 2016 ist fragwürdig.
Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des G-BA	100	200	300	 Ob der G-BA tatsächlich in jedem Jahr Mehrkosten in Höhe von 100 Mio. Euro beschließt, ist schwer abzuschätzen. Sicher ist aber, dass diese Mehrausgaben basiswirksam sind und die Kosten deswegen in den Folgejahren kumulativ ansteigen (2017: 200 Mio., 2018: 300 Mio., ...)
Weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte	80	120	160	Zusätzliche Kosten von 80 Mio. Euro in 2016 sind aufgrund der Absenkung der Konvergenz von Rheinland-Pfalz nachvollziehbar. Basiswirkung wurde nicht mit in die Betrachtung einbezogen.
Verlagerungen der Mengenberücksichtigung auf die Hausebene	0	140	280	Obwohl die Eckpunkte (2.3.1 "Mengensteuerung") eine kostenneutrale Umsetzung vorsehen, werden basiswirksame Mehrkosten von 140 Mio. Euro in 2017 und 2018 angesetzt. Offensichtlich wird davon ausgegangen, dass die Hälfte der Degressionswirkung nicht auf die Hausebene verlagert werden kann. Auch über 2018 hinaus werden diese basiswirksamen Mehrkosten anfallen.

Teil 4: Finanzielle Auswirkungen in Mio. Euro (bezogen jeweils auf 2015) (2/2)



	Finanzwirkung (in Mio. Euro)				Kommentar
	2016	2017	2018		
Pflegestellenförderprogramm für die Pflege am Bett	110	220	330		Nach 2018 wird dieser Betrag wahrscheinlich im Landesbasisfallwert oder anderweitig weiterfließen.
Verbesserungen bei Ermächtigungsumfang und Vergütung der Hochschulambulanzen sowie Begrenzung des Investitionskostenabschlags für Hochschulambulanzen	265	265	265	←	Bisher fließen an die Hochschulambulanzen 490 Mio. Euro. Dies wäre nun eine 50 %ige Steigerung.
Begrenzung des Investitionskostenabschlags für andere Krankenhausambulanzen	40	40	40		Die Eckpunkte setzen finanzielle Auswirkungen so an. Die Höhe erscheint realistisch.
Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (einmalig 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve; mit hälftiger Finanzierung aus Landesmitteln bis zu insgesamt 1 Mrd. Euro)	100	100	100	←	In den Eckpunkten wird von 500 Mio. Euro insgesamt gesprochen. Hier wird nun von lediglich 300 Mio. Euro ausgegangen. Dies mag daran liegen, dass von einer nicht vollständigen Abrufung der Mittel durch die Länder ausgegangen wird (aufgrund der 1:1-Kofinanzierung). Die Fortsetzung des Fonds nach 2018 ist offen.
	895	1.445	1.835	←	

Neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband



Neue Aufgabe G-BA	Aufgaben für die Selbstverwaltung
Indikatoren für die Krankenhausplanung	Qualitätszu- und -abschläge (Vergütung)
Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA	Notfallversorgung (Vergütung)
Qualitätszu- und -abschläge	Zentrumszuschläge (Konzept)
Qualitätsverträge	Klinische Sektionen
Sicherstellungszuschläge	Repräsentative Kalkulationsstichprobe
Notfallversorgung	Sinkende Sachkosten
Zweitmeinung	Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag
Weiterentwicklung von Aufgaben des G-BA	Absenkung von Bewertungsrelationen
<i>Mindestmengenregelung</i>	Empfehlungen zum LBFW
<i>Qualitätsbericht</i>	Expertenkommission Pflege
<i>OP-Checklisten (QM-Richtlinie)</i>	Hochschulambulanzen
<i>Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse</i>	Strukturfonds

Fazit

- ▶ Es ist eine Krankenhausreform, aber keine „große“. Ungelöst ist das Problem rückläufiger Länderinvestitionen.
- ▶ Qualitätsorientierung ist gut, wirkt aber erst langfristig.
- ▶ Einiges ist rückwärts gewandt, so z. B. das Pflegesonderprogramm und der Trend zu hausbezogenen Basisfallwerten.
- ▶ Der „Strukturfonds“ ist nur ein Startschuss – aber immerhin.
- ▶ Die Reform ist voller Vertrauen in die gemeinsame Selbstverwaltung (rund zwei Dutzend neue Aufgaben).
- ▶ Die finanzielle Mehrbelastung ist beitragsrelevant. Leider ist der Anteil für strukturelle Reformen zu klein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de