



Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) – Was kommt auf die Krankenhäuser zu?

VKD-Fachgruppe Psychiatrie – Sonderveranstaltung am
03.03.2016, LVR-Klinik Köln

Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)
Hauptgeschäftsführer der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn



Wie ist es dazu gekommen?

Mediales Misstrauen



Skandal: Keine Sicherheit in unseren Kliniken

Tod eines Babys – Versäumnisse

Mehr als zwei Jahre nach tragischem Ereignis: Staatsanwaltschaft er...

Der Tod eines Neugeborenen in der nissen gegeben haben. So habe die be-
 keine dauerhafte
 on Swantje Reichl und
 toreborenen Sohn veran-
 dere Mutter mehrere Stun-
 sehr starke Schmerzen
 sei bekannt gewesen.
 Reichl ihr erstes Kind
 mitt zur Welt brachte.



der Uniklinik gestorben: Tony Reichl.

Trauer über den Verlust ihres Babys und erneut über das Uniklinikum Leipzig: die Eltern Swantje und Marcus Reichl (links 31)

Die Protagonisten



„Die Qualitätsunterschiede an deutschen Krankenhäusern sind immens ...

„Ziel ist es, Patienten vor schlechter Qualität zu schützen.“

„Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen.“



Johann-Magnus v. Stackelberg
stv. Vorstandsvorsitzender des
GKV-Spitzenverbandes.

Die Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015



Die Antagonisten



*Welche proaktive
Öffentlichkeitsarbeit haben
eigentlich die Krankenhäuser?*

*Wie wirkt sich dies bei den
Themen DRG, PEPP,
Pflegeausbildung aus?*



DKG-Präsident Thomas Reumann

Wahlkreis-Lobbying der Kliniken und in Berlin, September 2015



Sonderveranstaltung der VKD-Fachgruppe Psychiatrie am 03.03.2016, LVR-Klinik Köln



800 Millionen für Kliniken

Mangel an Schwestern und Pflegern soll beseitigt werden

Berlin (dpa). Bund und Länder haben sich auf ein zusätzliches 800-Millionen-Euro-Programm für die knapp 2000 Krankenhäuser in Deutschland verständigt. Mit 500 Millionen Euro solle der Pflegebereich von 2017 an gestärkt werden, sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) nach einem Bund-Länder-Treffen am Freitag in Berlin. In vielen Krankenhäusern fehlen Schwestern und Pfleger.

Mit dem Programm solle die Klinikreform ergänzt werden, die voraussichtlich Anfang November im Bundestag verabschiedet wird. Der

Pflegepersonal auch dauerhaft zu beschäftigen, sagte Gröhe. Dafür sollen Mittel eines auslaufenden Versorgungszuschlags für notleidende Kliniken verwendet werden.

Eine Klinik mit vergleichsweise vielen Pflegekräften solle aus dem neuen Topf mehr bekommen als eines mit wenigen Schwestern



Gesundheitsminister Hermann Gröhe

schaft Verdi fehlen Zehntausende Pflegekräfte. Im März machte Verdi unangemeldet Kontrollbesuche in Hunderten Kliniken. Ergebnis: In 56 Prozent aller Stationen musste eine Fachkraft im Schnitt 25 Patienten betreuen.

Mit weiteren 125 Millionen Euro jährlich sollen steigende Tarifkosten gegenfinanziert werden.



Was kommt auf die Krankenhäuser zu?

Ziele des KHSG



- Weiterentwicklung der qualitativen Standards der Krankenhausversorgung
- Nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser
- Begleitung und Unterstützung des Umstrukturierungsprozesses im Krankenhausbereich
- ...

Q: Ferdinand Rau, Ministerialrat im BMG, das Krankenhaus 12-2015

Maßnahmen des KHSG



1. Qualität
2. Personal
3. Mengensteuerung
4. Finanzierung
5. Strukturfonds
6. Psych-Bereich
7. Fazit

1. Qualität



Qualitätsunterschiede bei geeigneten Leistungen vergütungsrelevant:

- Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität durch GBA bis 31.12.2016
- Krankenhaus BQS-Daten je Quartal an IQTiG
- Dokumentation zu 100%
- Anlassbezogene MDK-Kontrollen (Dokumentation, Indikatoren)
- GBA übermittelt einrichtungsbezogene Ergebnisse und Maßstäbe/Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse an Länder

1. Qualität



Verbindlichkeit von QS-Richtlinien GBA wird gestärkt, Folgen der Nichteinhaltung:

- Vergütungsabschläge
- Wegfall des Vergütungsanspruchs
- Veröffentlichung, Internetplattform
- Land: kann davon abweichen bis aussetzen
- Land: Aufhebung Feststellungsbescheid ganz / teilweise
- GBA: Katalog qualitätsabhängiger Zu- und Abschläge b. 12-2017
- SVP-B: Höhe und Näheres bis 06-2018
- Ortsebene: Zuschläge vereinbaren / Abschläge vorgegeben



1. Qualität

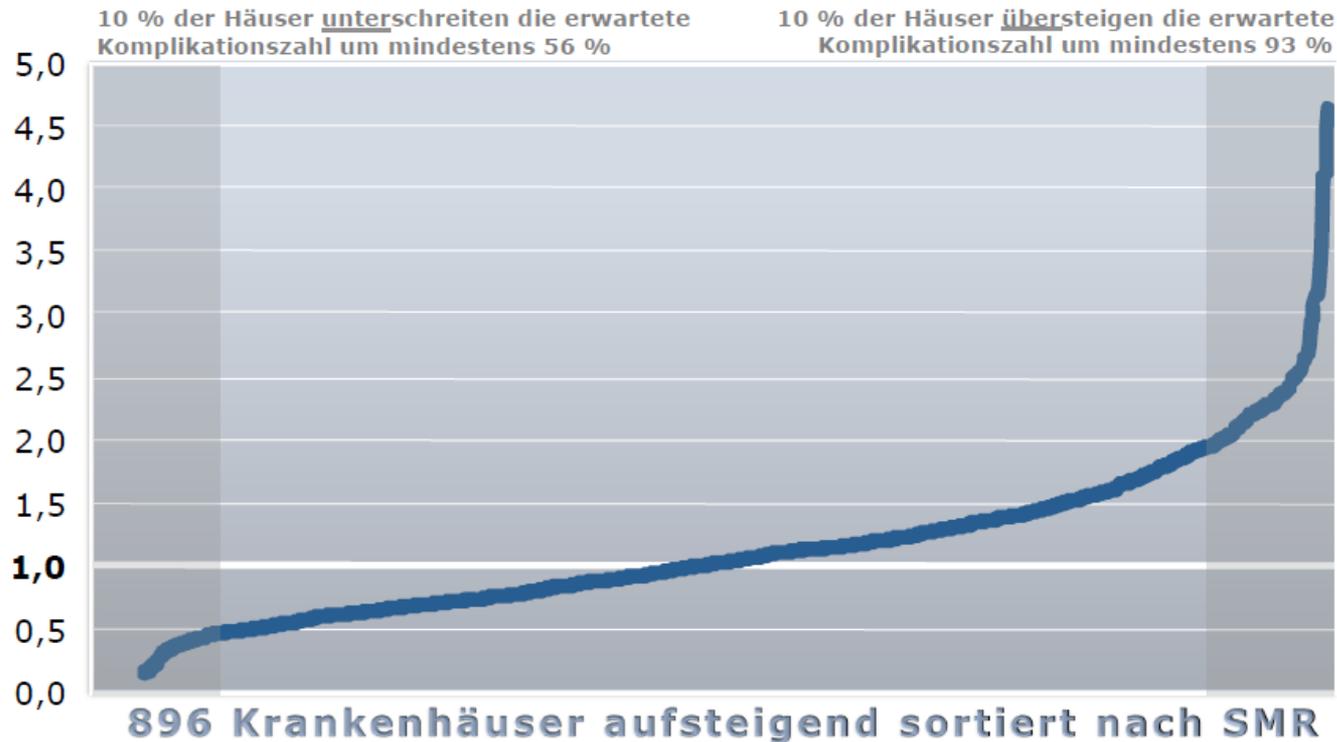
- Q-Berichte: Nennung Maßnahmen zu Risikomanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygienestandards, Personalausstattung je Fachabteilung
- Kostenerstattung für Sektionen (mittlerer Zuschlag)
- Q-Verträge für vier planbare Leistungen (GBA bis 31.12.2017): „elektiv wird selektiv“ (Forderung: GKV-S)
- Verlängerung Hygieneförderprogramm 2017 bis 2019 bzw. 2023 (Externe Beratung) – Forderung VKD
- Erweiterung häuslicher Krankenpflege, Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit (Übergangsversorgung)

1. Qualität: Verständnis der Kassen



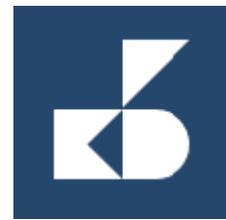
Wissenschaftliches Institut der AOK **Wido**

Revisionen beim planbaren Hüftgelenkersatz (risikoadjustiert*)



*Die Datenbasis bilden die AOK-Fälle aus Kliniken mit mindestens 30 Fällen (2009 bis 2011)
Risikoadjustiert bedeutet, dass beim Vergleich berücksichtigt ist, wie viele Ereignisse aufgrund der Patientenstruktur eines Hauses (Alter, Geschlecht, Erkrankungen) zu erwarten gewesen wären. Der SMR-Wert gibt den Quotienten von beobachteten zu erwarteten Ereignissen an. 1,0 bedeutet, dass die erwartete Anzahl exakt eingetreten ist, 1,5 signalisiert eine Überschreitung um 50 %.

1. Qualität: Verständnis der Kassen

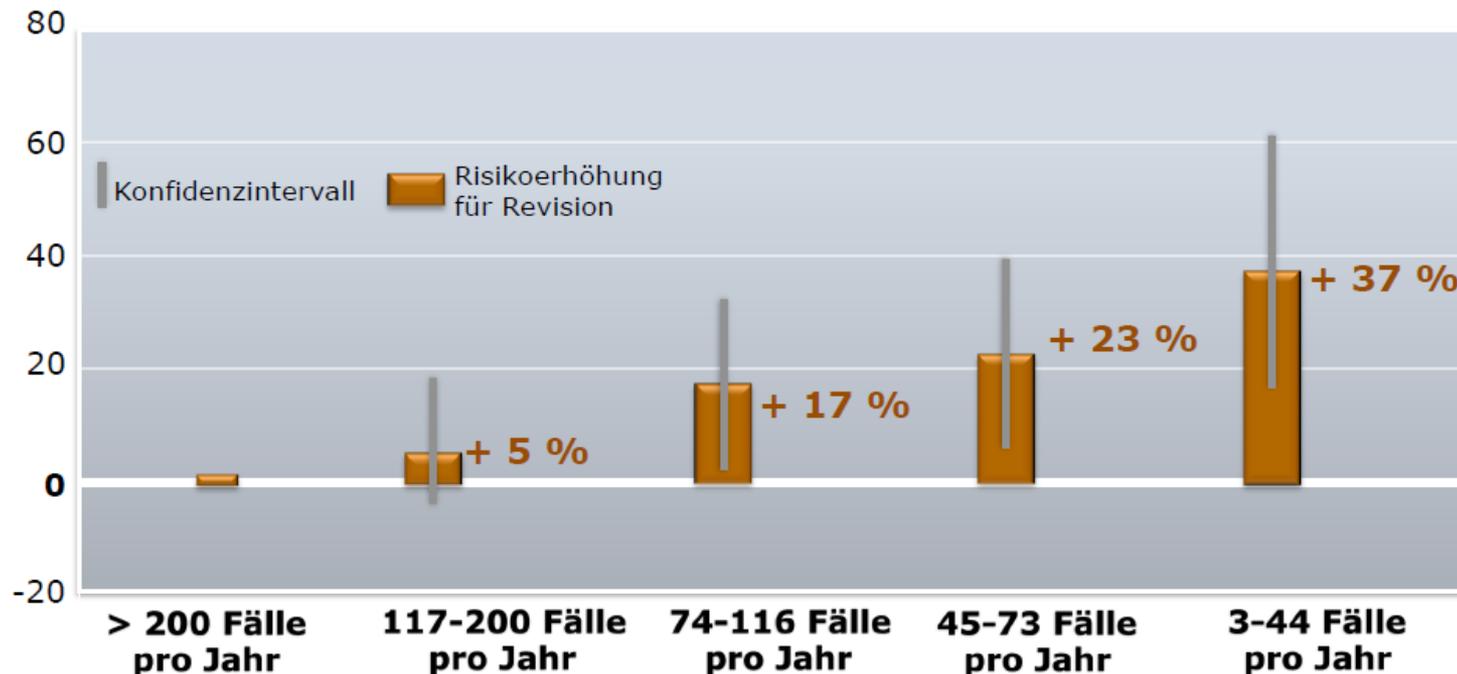


Wissenschaftliches Institut der AOK **Wido**

Revisionen bei planbaren Hüftgelenkimplantationen

- im Vergleich zu Krankenhäusern mit den höchsten Fallzahlen (> 200 pro Jahr) -

Risikoerhöhung in %



Datenbasis: AOK-Abrechnungsfälle 2008–2010, hochgerechnete Gesamtzahl für 1034 Kliniken

Quelle: Krankenhaus-Report 2014



1. Qualität – Fazit

- Statistik des MDK bisher:
 - 2.500 Behandlungsfehler von 19 Mio. stationären Fällen (= 0,1 Promille)
- BQS-Verfahren und Aqua-Daten (ca. 3,5 Mio. stat. Fälle):
 - Auffälligkeiten nach strukturiertem Dialog ca. 0,6 Promille
- MDK-Kontrollen vor Ort: nicht neutral, hoher Aufwand, zunehmende Rechtsstreitigkeiten
- Krankenhäuser müssen sich auf erhebliche Transparenz und dadurch Steuerung der Patientenströme einstellen
- Rechtsstatus der Qualitätsmessung bei der Ergebnisqualität: „nur Vermutung, kein Beleg“ (Q: Penner, in: KU 2-2016)



2. Personal

- Pflegestellen-Förderprogramm (Stichtag 01.01.2015):
Ab 2018 bis zu 330 Mio. Euro jährlich (ca. 3-4 VK je KH)
Ziel: „Pflege am Bett“ und „auf Intensiv“ stärken.
- Pflegezuschlag (rund 500 Mio. Euro jährlich) wird ab 2017 statt Versorgungszuschlag gezahlt.
Ziel: Anreiz für mehr Pflegepersonal.
- Keine Zielvereinbarungen mit Ärzten für Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Info Q-Bericht.
Ziel: Keine Anreize zur „Ökonomisierung“ der Medizin.
- Tarifsteigerungen über der „Obergrenze“ (Veränderungsrate / Orientierungswert) werden zu 50 Prozent refinanziert.
Ziel: Ausdünnung der Personaldecke mildern.



2. Personal

Pflegezuschlag:

- Krankenhäuser melden Pflegedienstpersonalkosten > StatBA
- Anteil Pflegedienst-PK des Krankenhauses an gesamten Pflegedienst-PK in Deutschland (15,5 Mrd. Euro in 2014)
- Vincenz 2014 = 27,5 Mio. Euro von 15.500 Mio. Euro (=0,18%):
884.250 Euro Pflegezuschlag 2017 (von 500 Mio. Euro)
- Bisheriger Versorgungszuschlag: 909.534 Euro laut ZVMO
- Differenz: -25.284 Euro
- Gezahlt werden 97 %



2. Personal – Fazit

- Pflegestellen-Förderprogramm: tendenziell schwach wegen höherer Besetzung zum 01.01.2015
- Pflegezuschlag: etwas verloren
- Zielvereinbarungen: ein Chefarztvertrag muss überarbeitet werden
- Tarifsteigerungen über der „Obergrenze“: deutliche Entlastung, bei 100 Mio. Euro PK, Tarifsteigerung 4% und Obergrenze 3% bringt dies 500.000 Euro pro Jahr einschl. Basiserhöhung.
- Insgesamt akzeptabel

3. Mengensteuerung ab 2017



Abstufung von BWR mit „in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete FZ-Steigerungen“, u. a. Koronarangiografien

Kardiologie
Herzchirurgie
Orthopädie

Budgetverschiebungen



Innere, Viszeral-Chirurgie,
Pädiatrie, Dermatologie
Gynäkologie, Urologie

- Zeitnahe Anpassung von Sachkosten in DRG-Kalkulation
 - Mengendegressive Preismodelle
 - Zwangsrekrutierung kosteneffizienter Leistungserbringer für repräsentative DRG-Kalkulation
- Umverteilungen von DRG-Relationen

3. Mengensteuerung ab 2017



Bundesebene (SVP):

- Katalog nicht-mengenanfälliger Leistungen, z. B. Geburten, mit 50% FDA
- Verlagerungsleistungen 50% FDA (SVP-B: Einzugsgebiet)

Landesebene (KGNW/LV-KK):

- Aufhebung der Kollektivhaftung. Effekt bei ML: ca. 50%
- Höhe des 3-jährigen Fixkostendegressionsabschlages (FDA)
- Für mengenanfällige Leistungen mit hoher FD: Höhe und Dauer des FDA erweiterbar

3. Mengensteuerung

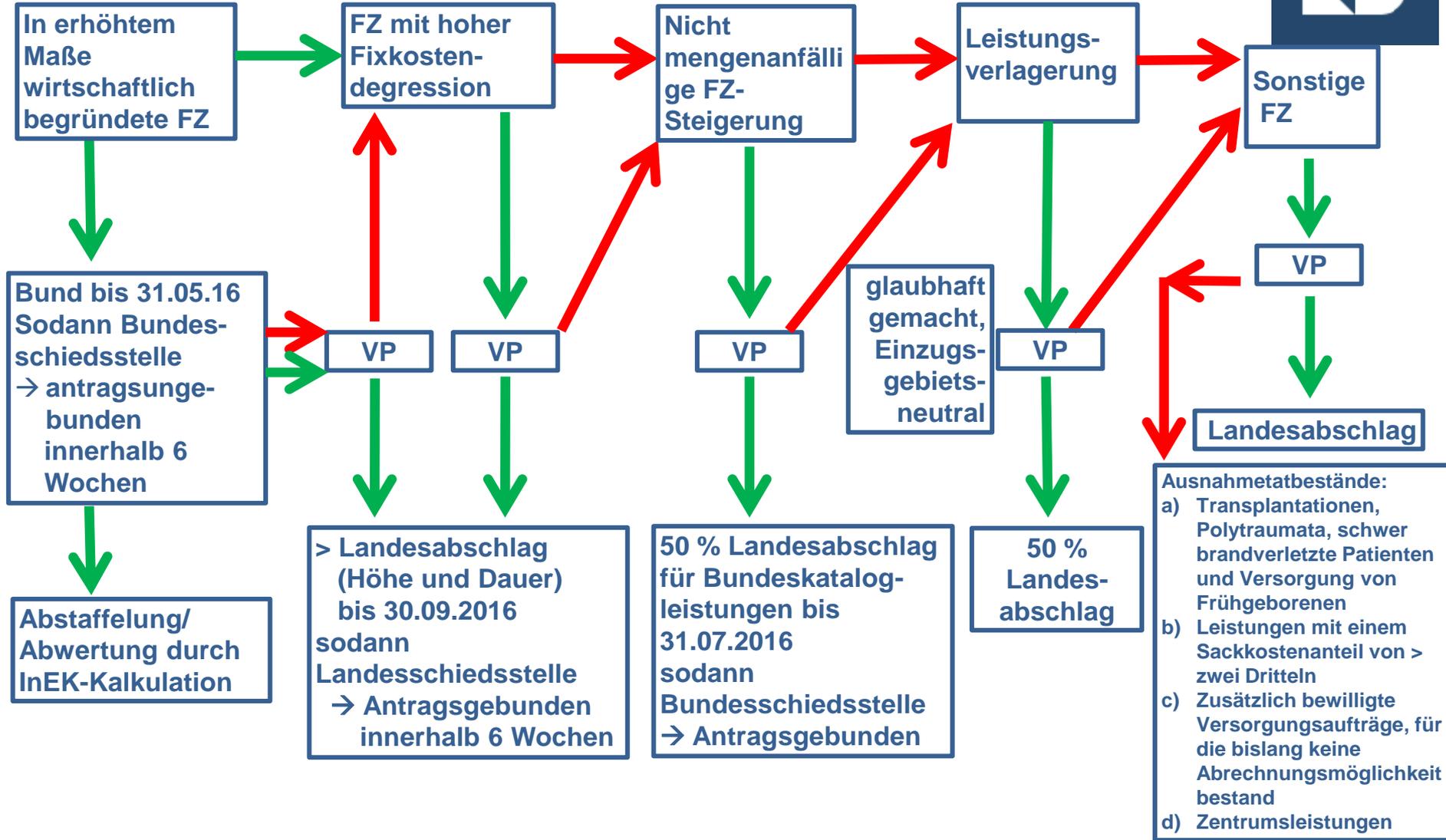


Seit GKV-Finanzierungsgesetz 2010 erhebliche Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Anteile der Krankenhäuser mit roten Zahlen (Q: VKD)

DKI:	2010:	21 %	
	2011:	43 %	<u><i>doppelte Degression</i></u>
	2012:	46 %	dto.
	2013:	46 %	dto.
	2014:	35 %	KH-Hilfen ganzjährig
	2015:	32 %	dto.

3. Mengensteuerung – Verhandlungsstruktur

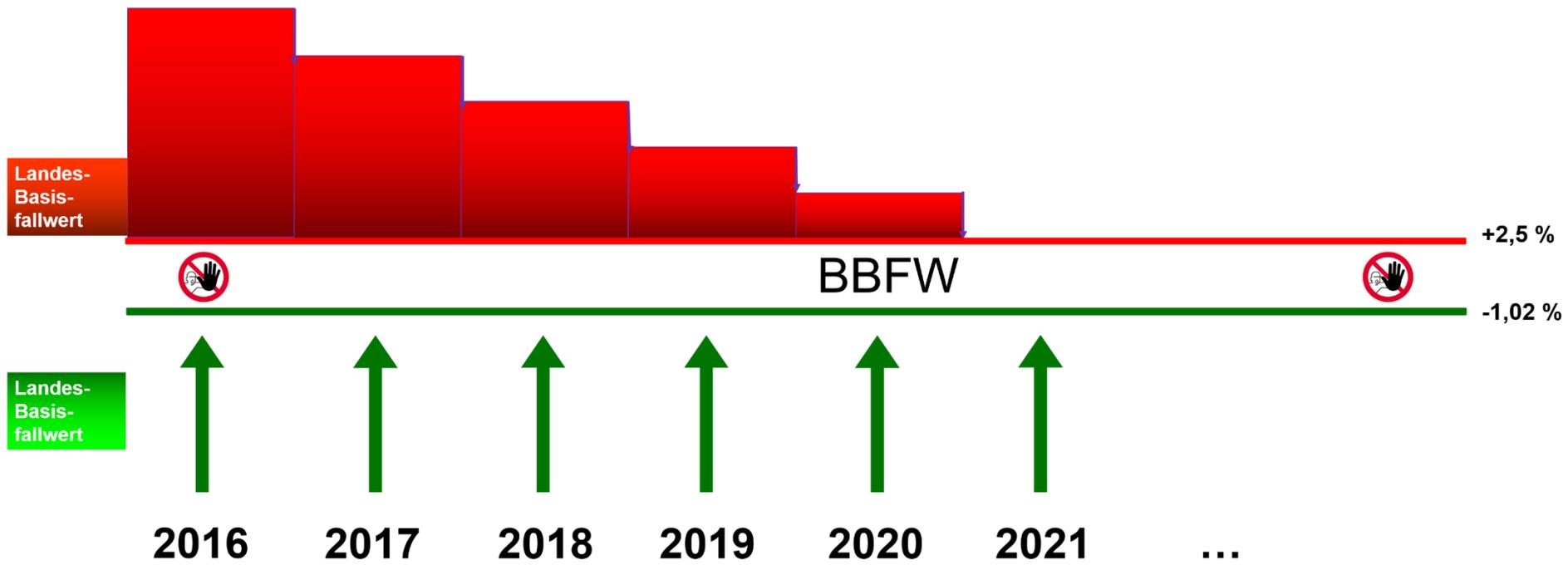




4. Finanzierung

Konvergenz des Bundesbasisfallwertes (BBFW) und Korridors

16,66 % (16,66%) 16,66% (19,99%) 16,66% (24,98%) 16,66 % (33,31%) 16,66% (50 %) 16,66% (100 %)





4. Finanzierung

Konvergenz Bundesbasisfallwert (BBFW) + Korridor

- Umstellung der Systematik in 2020 mit Wirkung für 2021
- Nicht mehr prospektiv als gewichteter \emptyset LBFW + VR
- LBFW b. 28.02 → InEK \emptyset BBFW b. 15.03. → SVP BBFW + Korridor bis 31.03. → LBFW: Angleichung (Korridor)
- Ermittlung LBFW nach Methodik 2020 auf Basis 2014 = -21,60 Euro pro BWR
- FAZIT: In Summe NRW: bei 4,7 Mio. BWR (VE: 2014) ergibt sich ggü. Ist-2014: 101,5 Mio. Euro Verlust (ca. 2.000 Pflegende)

5. Strukturfonds



- Strukturfonds je 50% Liquiditätsreserve und 50% Länder, insgesamt 1 Mrd. von 2016 bis 2018
- Maßnahmen: Abbau Überkapazitäten, Konzentration, Umwandlung Krankenhaus in Pflege, Reha, MVZ
- Krankenhäuser an Länder und diese mit Anträgen an BVA bis 31.07.2017 („Windhundrennen“)
- Option: 2 FA-Standorte auf 1 FA-S konzentrieren
- Beteiligung Krankenkassen an Schließungskosten, auch ergänzend zum Strukturfonds

5. Strukturfonds – Fazit



- Zentrale Forderung des VKD
- Für NRW nach Königssteiner Schlüssel: 106 Mio. Euro
- Land gibt: 89 Mio., Träger sollen 17 Mio. Euro zutun
- Fazit: Augurzky „nur kleine Häppchen“ (f & w 2-2016)
 - Einsparungen für Krankenkassen fraglich
 - Zwei Stufen: Anträge auf Versorgungsrelevanz prüfen, Priorisieren und finanzieren bis Volumen erreicht
 - Besser: wenige zu 100% als Gießkanne

6. Psych-Bereich



Regelungen für Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen:

- Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge (Option GBA)
- Zu- und Abschläge gestuftes System Notfallversorgung
- Zuschläge zur Finanzierung Mehrkosten GBA-Richtlinien
- Konkretisierung besonderer Aufgaben, Zentrumszuschlag
- Vorgaben Sicherstellungszuschlag (GBA)
- Repräsentative Auswahl von Einrichtungen für PEPP-Kalkulation ... hat sich wohl erledigt
- Anderes hat sich auch erledigt ...



7. Fazit

- Chefärzte und GF: auf Qualitätstransparenz vorbereiten
- Notwendig: vermehrte Investition in IT-Infrastruktur
- Rechtsstreitigkeiten wegen unscharfer Rechtsbegriffe im KHSG
- Mehr MDK-Kontrollen und höherer Aufwand
- Negative Sogwirkung auf die Altenpflege durch verbesserte Pflegefinanzierung („Pflegenotstand Altenpflege“)
- Gewisse finanzielle Entlastung der Krankenhäuser insgesamt
- Einstellungswandel der Länder bei Investitionsfinanzierung?
- Krankenkassen: Klagen auf hohem Niveau

Die ultimative Erfolgsformel ...



*„Erfolg ist das Gesetz der Serie und Misserfolge sind Zwischenergebnisse. Wer weitermacht, kann gar nicht verhindern, dass er irgendwann auch Erfolg hat“
(Thomas A. Edison).*

