



# Krankenhausfinanzierung 2016

**Ferdinand Rau – BMG**

Vortrag im Rahmen der  
DKG-Informationsveranstaltung  
„Das G-DRG-System 2016“

Düsseldorf, den 16.11.2015



# Agenda

⇒ KHSVG und Änderungen

⇒ Fazit



Bundesministerium  
für Gesundheit



# ⇒ KHSKG und Änderungen ⇐



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ⇒ Qualität und Krankenhausplanung

- ✓ Qualität soll zukünftig bei KH-Planung berücksichtigt werden
  - G-BA hat hierfür bis Ende 2016 *planungsrelevante Indikatoren* zu entwickeln, d.h. QS-Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind
  - QS-Indikatoren sind verbindlicher Bestandteil der KH-Planung, sofern Länder keine abweichenden Vorgaben machen



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ *Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA*

- ✓ Verbindlichkeit der Richtlinien wird gestärkt
  - G-BA hat *gestufte Maßnahmen zur Durchsetzung festzulegen*
  - u.a. Sanktionen wie Vergütungsabschläge, Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit für betroffene Leistungen, Unterrichtung der KH-Planungsbehörde möglich



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ *Einhaltung der QS-Richtlinien des G-BA*

- ✓ Verbindlichkeit der Richtlinien wird gestärkt
  - G-BA legt Näheres für *unangemeldete MDK-Prüfungen fest*
  - MDK hat bei begründeten Anhaltspunkten unangemeldet die Einhaltung der QS-Vorgaben des G-BA und der Länder sowie die Korrektheit der Dokumentation für externe stationäre Qualitätssicherung zu prüfen
  - MDK-Prüfergebnisse sind zeitnah an *Länder* zu übermitteln



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ⇒ *Mindestmengenregelung*

- ✓ Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, Erleichterung der Anwendbarkeit
- Qualität des Behandlungsergebnisses hängt weiter von Menge der erbrachten Leistungen ab, aber nicht mehr „in besonderem Maße“
- G-BA soll zur Flexibilisierung und zur Vermeidung von Härtefällen (nachgewiesene Qualität und Mindestmengenunterschreitung) *Ausnahmetatbestände* festlegen



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ *Mindestmengenregelung*

- ✓ Beseitigung von Rechtsunsicherheiten, Erleichterung der Anwendbarkeit
  - Konkretere Definition der für Mindestmenge anrechenbaren Leistungen
  - Klarstellung, dass bei Mindestmengenunterschreitung Leistung *nicht mehr von Kostenträgern bezahlt* wird
  - Vorgabe einer zeitnahen *Begleitevaluation* und darauf aufbauender Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung





# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↳ Qualitätszu- und -abschläge

- ✓ Berücksichtigung von Qualitätsunterschieden bei der Vergütung
  - *G-BA* legt bis Ende 2017 Katalog geeigneter Leistungen, von Qualitätszielen, Qualitätsindikatoren und Bewertungskriterien fest
  - Vertragspartner auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) haben für Leistungen, die in außerordentlich guter bzw. unzureichender Qualität erbracht werden, bis Ende Juni 2018 *Qualitätszu- bzw. -abschläge* zu vereinbaren



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ Qualitätszu- und -abschläge

- ✓ Berücksichtigung von Qualitätsunterschieden bei der Vergütung
  - Wenn Bewertungskriterien und Qualitätsindikatoren nicht erfüllt werden und Qualitätsmängel nicht spätestens in einem Jahr beseitigt wurden (Fristbeginn: Vor-Ort-Vereinbarung von Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsmängeln), dann sind *Qualitätsabschläge beim einzelnen KH* zu erheben
  - *Land* soll bei Qualitätsabschlägen zudem KH-planerische Konsequenzen ziehen



# Änderungen KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ Qualitätsabschläge

- ✓ Bei Fortbestehen von QS-Mängeln erfolgt *nach Ablauf* der höchstens *3-Jahresfrist* ein *Vergütungsausschluss*, vom jeweiligen Land sind planungsrechtliche Konsequenzen sowie von Kostenträgerseite Konsequenzen für den Versorgungsvertrag zu ziehen



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ Qualitätsverträge

- ✓ Erprobung von einzelvertraglichen Regelungen zur Verbesserung der Versorgung
  - Ziel: Erproben, inwieweit durch Anreize und höherwertige Qualitätsstandards weitere Verbesserungen der KH-Versorgung möglich sind
  - G-BA hat für Erprobung bis 31. Dezember 2017 *vier planbare Leistungen* bzw. Leistungsbereiche zu bestimmen
  - Qualitätsverträge können für benannte Leistungen zw. einzelnen KKs oder Zusammenschlüssen von KKs und KHS getroffen werden



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ *Qualitätsverträge*

- ✓ Erprobung von einzelvertraglichen Regelungen zur Verbesserung der Versorgung
  - DKG und GKV vereinbaren bis 31. Juli 2018 bundeseinheitliche Rahmenvorgaben, die bei Verträgen zu berücksichtigen sind
  - IQTiG hat nach vierjährigem Erprobungszeitraum zu prüfen, ob und inwieweit sich die Versorgung im Vergleich mit der Leistungserbringung in KHS ohne Qualitätsverträge verbessert hat



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ Qualitätsberichte

#### ✓ Verbesserung der Patientenorientierung

- Qualitätsberichte sollen verständlicher und leichter auffindbar werden
- G-BA wird beauftragt *Nutzbarkeit und Informationswert* der Qualitätsberichte für Patienten weiter zu verbessern
- *Spezieller Berichtsteil* der Qualitätsberichte soll zukünftig besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form adressatengerecht darstellen



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ Qualitätsberichte

#### ✓ Verbesserung der Patientenorientierung

- Berichtsteil soll insbesondere Aspekte der Patientensicherheit enthalten, z. B. Maßzahlen über die Personalausstattung der Fachabteilungen des jeweiligen Hauses, die Erfüllung wesentlicher Hygienestandards, die Anwendung gängiger Verfahren zur Arzneimittelsicherheit und die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements
- Zukünftig Aufnahme der Ergebnisse von Patientenbefragungen auf der Grundlage von zu entwickelnden IQTiG-Modulen



# KHSG

## ⇒ Qualität

### ↪ *Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung*

#### ✓ Erhöhung der Zahl klinischer Sektionen

- *Vertragspartner auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) legen bis Ende 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen fest, vereinbaren eine ausreichende Sektionsrate und die durchschnittlichen Kosten einer Sektion*
- InEK kalkuliert die durchschnittlichen Kosten einer Sektion





# KHSG

## ⇒ DRG-Kalkulation

### ↪ *Repräsentative Kalkulationsgrundlage*

- Vertragspartner auf Bundesebene werden zur Etablierung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage verpflichtet
- Beauftragung InEK, ein *praktikables Konzept* für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und Maßnahmen für dessen *Umsetzung* zu erarbeiten
- Konzept hat auch zu gewährleisten, dass ausgewählte KHS die notwendigen Daten vollständig und fristgerecht zur Verfügung stellen
- Konzept für repräsentative Kalkulationsgrundlage und Maßnahmen zu seiner wirksamen Umsetzung sind bis Ende 2016 zu vereinbaren



# KHSG

## ⇒ DRG-Kalkulation

### ↪ *Sinkende Sachkosten*

- Abbau von Übervergütungen und Fehlanreizen, die bei sinkenden Sachkosten und steigenden Landesbasisfallwerten entstehen können
- Vertragspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, mögliche *Fehlanreize zu analysieren und geeignete Maßnahmen* zum Abbau bestehender Übervergütungen zu vereinbaren
- Vertragspartner haben auf Grundlage von InEK-Konzept bis 30. Juni 2016 *Konzept* für sachgerechte Korrekturen der kalkulierten DRG-Bewertungsrelationen zu vereinbaren



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschläge

### ↪ *Berücksichtigung der Mehrkosten von G-BA-Beschlüssen*

- Ziel: Zeitnahe Berücksichtigung der Mehrkosten von G-BA-Beschlüssen, soweit diese noch nicht bei DRG-Kalkulation oder LBFV-Verhandlung berücksichtigt werden konnten
- Schaffung der Möglichkeit zur Vereinbarung *zeitlich befristeter KH-individueller Zuschläge*
- Vertragspartner auf Bundesebene vereinbaren jeweils bundeseinheitliche Rahmenbedingungen (z.B. zur Abrechnungsdauer)

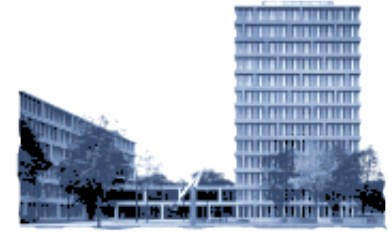


# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschlüge

⇒ *Präzisierung der Vorgaben für Sicherstellungszuschläge*

- ✓ G-BA legt bis 31. Dezember 2016 *bundeseinheitliche Vorgaben* für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest, u.a. zu
  - Erreichbarkeit (Minutenwert)
  - geringer Versorgungsbedarf
  - für Versorgung der Bevölkerung notwendige Leistungen



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschlüge

### ⇒ Präzisierung der Vorgaben für Sicherstellungszuschläge

- ✓ Bedarfsnotwendiges KH ohne Versorgungsalternative in erreichbarer Nähe erhält Sicherstellungszuschlag, wenn *KH* bei zu geringer Auslastung *insgesamt Defizite* macht; Defizite bei einzelnen Leistungen oder in einzelner Abteilung nicht ausreichend
- ✓ Land prüft Einhaltung der Vorgaben für Sicherstellungszuschlag bei individuellem KH; keine aufschiebende Wirkung von Klagen



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschlüge

- ↪ *Präzisierung der Vorgaben für Sicherstellungszuschläge*
- ✓ Wenn Sicherstellungszuschläge auf bundeseinheitlichen Vorgaben beruhen, dann *Aufhebung der absenkenden Berücksichtigung* der Sicherstellungszuschläge beim *LBFW*
- ✓ *Abweichende Ländervorgaben* zur Anwendung des Sicherstellungszuschlags möglich; aber: Entstehende Mehrkosten wirken dann weiterhin absenkend auf *LBFW*



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschläge

### ↪ *Zuschläge für besondere Aufgaben*

- ✓ Besonderen Versorgungsaufgaben sind in und aufgrund des *KH-Plans auszuweisen und festzulegen*
- ✓ *Keine Doppelfinanzierung*
- ✓ *Vertragspartner auf Bundesebene* stimmen bis 31. März 2016 nähere Einzelheiten zur Vereinbarung der Zuschläge ab; mögliche besondere Aufgaben insbesondere: KH-übergreifende Aufgaben, besondere Vorhaltung (z.B. bei seltenen Erkrankungen); Konzentration der Versorgung wg. außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschläge

### ⇒ *Zuschläge für besondere Aufgaben*

- ✓ Keine absenkende LBFW-Berücksichtigung von Zuschlägen, wenn besondere Aufgaben durch KH-Planung übertragen wurden und Aufgaben nicht bereits mit DRGs vergütet werden





# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschlüge

- ↪ *Zu- oder Abschlüge für die Teilnahme an der Notfallversorgung*
  - ✓ KH-Einbindung in Notfallversorgung unterschiedlich, aber: Vertragspartner auf Bundesebene haben keine differenzierten Notfallzu- oder -abschlüge vereinbart
  - ✓ *Gesetzliche Mindestvorgaben* für Teilnahme an Notfallversorgung (z.B. Vorhaltung best. Abteilungen, Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen, ausreichende Intensivbehandlungskapazitäten)



# KHSG

## ⇒ Zu- und Abschlüge

- ⇒ *Zu- oder Abschlüge für die Teilnahme an der Notfallversorgung*
  - ✓ *G-BA hat bis Ende 2016 gestuftes System der vorgehaltenen bzw. nicht vorgehaltenen Notfallstrukturen festzulegen*
  - ✓ *Vertragspartner auf Bundesebene vereinbaren für Notfallstufen bis 30. Juni 2017 auf Grundlage von Vorhaltekosten Zu- oder Abschlüge*
  - ✓ *Notfallzu- oder -abschlüge sind bei LBFW-Vereinbarung absenkend bzw. erhöhend zu berücksichtigen*



# Änderungen KHSG

## ⇒ Ambulante Notfallversorgung

- ✓ KVen behalten Sicherstellungsauftrag (u.a. *Portalpraxen, Einbindung von KH-Ambulanzen* in vertragsärztlichen Notfalldienst)
- ✓ *Sektorenübergreifende Empfehlungen* zur Notfallversorgung durch gemeinsames Landesgremium
- ✓ Um zeitnahe Umsetzung der Neuregelungen zu erreichen, sind *dreiseitige Verträge* nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Zusammenarbeit von KKs und KVen mit KHs auf Landesebene neu zu vereinbaren



# Änderungen KHSG

## ⇒ Ambulante Notfallversorgung

- ✓ Übertragung der Zuständigkeit für Vergütung im ambulanten Not(fall)dienst auf *ergänzten Bewertungsausschuss* nach § 87 Abs. 5a SGB V (GKV-SV, KBV und DKG); 5 neutrale Mitglieder
- ✓ Auftrag an ergänzten Bewertungsausschuss:  
*EBM bis 31. Dezember 2016* überprüfen und Regelungen für Versorgung im Notfall und im Notdienst nach dem Schweregrad der Fälle differenzieren



# Änderungen KHSG

## ⇒ Ambulante Notfallversorgung

- ✓ Zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen im EBM durch den ergänzten Bewertungsausschuss soll die Entwicklung der Leistungen *evaluiert* werden, inkl. Bericht
- ✓ Leistungen im Notfall und im Notdienst werden im Rahmen der *Honorarverteilung* von Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars ausgenommen



# Änderungen KHSG

## ⇒ Investitionskostenabschlag

- ✓ Investitionskostenabschlag bei Vergütung ambulanter Leistungen des Krankenhauses wird *ganz gestrichen*



# KHSG

## ⇒ Berücksichtigung von Pflegeaufwand

### ↪ *Pflegestellen-Förderprogramm*

✓ Stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm:

- 2016 bis zu 110 Mio. Euro
- 2017 bis zu 220 Mio. Euro
- ab 2018 dauerhaft bis zu 330 Mio. Euro

Zusätzliche Mittel in Drei-Jahreszeitraum: 660 Mio. Euro

- ✓ Förderung von Stellen in der allgemeinen Pflege (Pflege am Bett)
- ✓ *KH-Eigenfinanzierungsanteil* von 10 Prozent
- ✓ *Nachweis* zweckgebundener Mittelverwendung durch WP-Testat



# Änderungen KHSG

## ⇒ Pflegestellen-Förderprogramm

- ✓ *Intensivstationen* werden in den Anwendungsbereich des Pflegestellen-Förderprogramms aufgenommen





# KHSG

## ⇒ Berücksichtigung von Pflegeaufwand

### ⇒ *Expertenkommission*

- ✓ Einrichtung einer Expertenkommission beim BMG
- ✓ Teilnehmer: Praxis, Wissenschaft, Selbstverwaltung
- ✓ Aufgaben bis spätestens Ende 2017:
  - Prüfung, ob allgemeine Pflege bzw. erhöhter Pflegebedarf von demenzkranken, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten *sachgerecht im DRG-System (inkl. Zusatzentgelte) abgebildet* werden



# KHSG

## ⇒ Berücksichtigung von Pflegeaufwand

### ⇒ *Expertenkommission*

#### ✓ Aufgaben bis spätestens Ende 2017:

- *ggf. Vorschläge* zur sachgerechten Abbildung, inkl. Schätzung der Finanzwirkung
- Vorschlag, wie mit möglichst geringem Bürokratieaufwand gewährleistet werden kann, dass Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch *nach drittem Förderjahr* weiterhin zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden



# Änderungen KHSG

## ⇒ Pflegezuschlag

- ✓ Versorgungszuschlag wird *ab 2017* durch Pflegezuschlag ersetzt
- ✓ Mittelvolumen beträgt *pro Jahr 500 Mio. Euro*
- ✓ Zuschlag wird nach den *Pflegedienstpersonalkosten* der allgemeinen Krankenhäuser verteilt



# Änderungen KHSG

## ⇒ Anteilige Tarifrefinanzierung

- ✓ Häufige Finanzierung von Tarifabschlüssen oberhalb der Obergrenze
- ✓ Bei Anwendung voller Orientierungswert, keine doppelte Berücksichtigung (Bereinigung)
- ✓ Bei Prüfung ab 2018 Anwendung des vollen Orientierungswertes, auch Prüfung der Tarifklausel

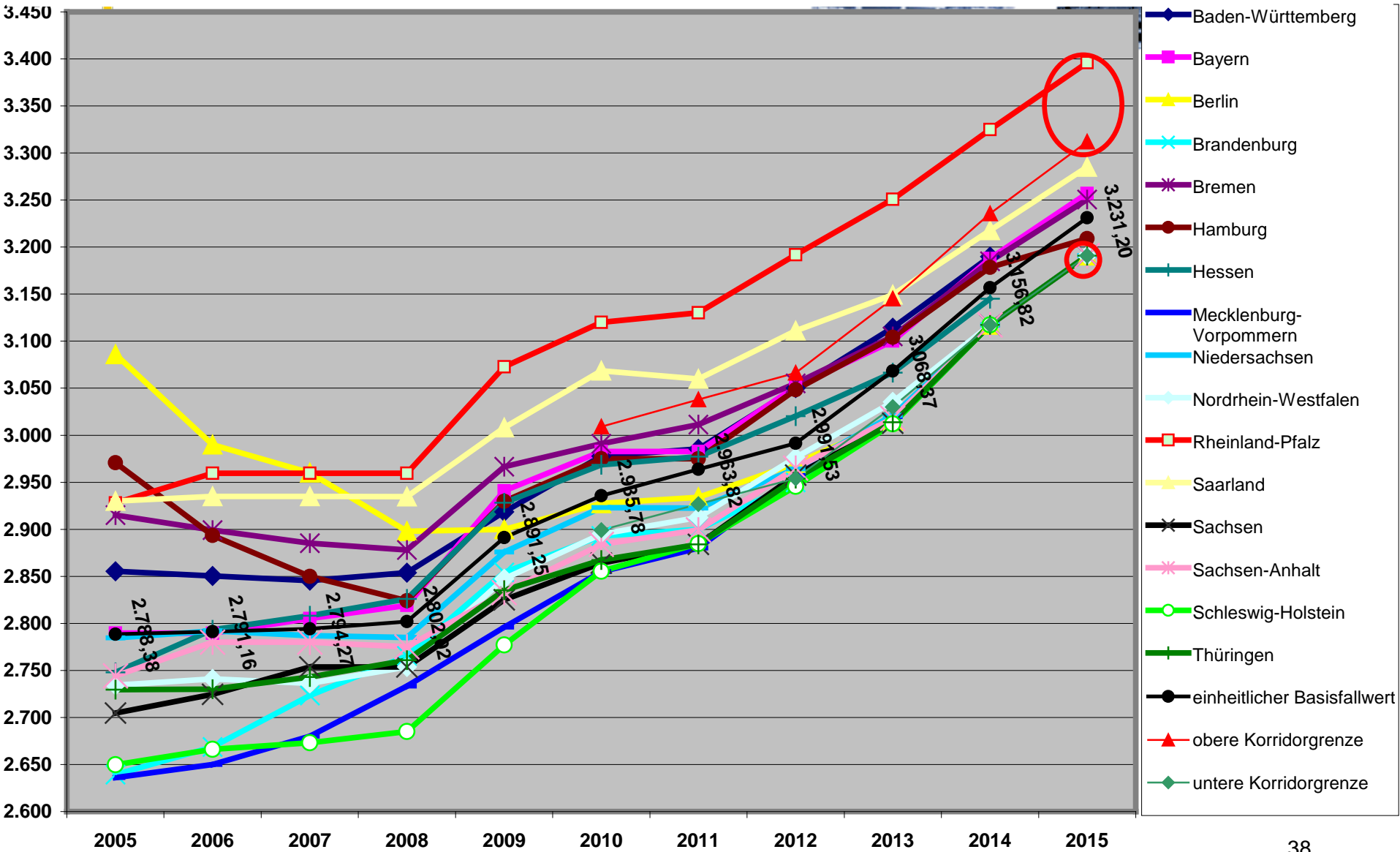


# Änderungen KHSG

## ⇒ Verlängerung Hygieneförderprogram

- ✓ Verlängerung um drei Jahre (*2017 bis 2019*)
- ✓ Streichung der Fördertatbestände für hygienebeauftragte Ärzte unter Beibehaltung der anderen Fördertatbestände für Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker
- ✓ Ausweitung des Programms im Bereich der *Infektionsmedizin* durch Einbeziehung der Beratung durch Infektiologen und der Weiterbildung in Infektiologie
- ✓ Übergangsfrist zur Personalgewinnung und -ausbildung im Infektionsschutzgesetz wird bis zum Jahr 2019 verlängert

# Entwicklung der LBFWs, 2005-2015





# KHSG

## ⇒ Landesbasisfallwerte (LBFW)

↪ *Weitere LBFW-Konvergenz: Konvergenzbedingungen ab 2016*

- ✓ Ziel: 3,52% als akzeptable LBFW-Spannweite  
wg. RWI-Studie zu Ursachen von LBFW-Unterschieden  
in 2007: rd. 2/3 der Unterschiede nicht durch messbare Faktoren  
erklärbar, rd. 1/3 (= 3,52) als erklärbarer Anteil
- ✓ *Asymmetrische Angleichung:*
- ✓ Untere Korridorgrenze: -1,02%, ein Angleichungsschritt
- ✓ Obere Korridorgrenze: Weiterhin +2,5%, 6 Schritte, keine Kappung



# Änderungen KHSG

## ⇒ LBFW

- ✓ Keine Präzisierung zur Thematik *Wirtschaftlichkeitsreserven* (Produktivität, Fehlbelegung, ambulantes Verlagerungspotential; Streichung § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG)
- ✓ Absenkende Berücksichtigung von Ausgabensteigerungen bei Leistungen, die *nicht* mit *Fallpauschalen* vergütet werden, entfällt (Streichung § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG)





# KHSG

## ⇒ Orientierungswert

### ↪ Weiterentwicklung Orientierungswert

- ✓ Ziel: Anwendung *voller Orientierungswert*, *Streichung Meistbegünstigungsklausel*  
(Orientierungswert < Grundlohnrate → Grundlohnrate)
- ✓ Entwicklung eines sachgerecht ermittelten (Sachkosten!) Orientierungswerts durch StBA; Erwartung: Anwendbar für 2018
- ✓ Dann: Prüfung, ob voller Orientierungswert und Wegfall Meistbegünstigungsklausel
- ✓ Zwischenzeitlich: Anwendung geltenden Rechts, d.h.
  - Orientierungswert < Grundlohnrate → Grundlohnrate
  - Orientierungswert > Grundlohnrate → Grundlohn + 1/3 der Differenz zwischen Grundlohn und Orientierungswert



# Änderungen KHSG

## ⇒ Orientierungswert

- ✓ Klarstellung, dass Orientierungswert tatsächliche Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt



# KHSG

## ⇒ Mengensteuerung

↪ *Zweistufige Neuausrichtung*

↪ *Flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung*

✓ Etablierung von *Zweitmeinungsverfahren* bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen (→ GKV-VSG), Anwendbar in 2016

✓ Vertragsparteien auf Bundesebene haben bis 31. Mai 2016 die *Bewertung von Leistungen* mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen *abzusenken oder abzustaffeln*



# KHSG

## ⇒ Mengensteuerung

↪ *Zweistufige Neuausrichtung*

↪ *Für 2017: Zweite Stufe zur Verbesserung der Mengensteuerung*

- ✓ Vertragsparteien auf *Landesebene*: Vereinbarung von basiswirksamer Mindestabschlagshöhe und -dauer für Fixkostendegression, wobei durch Ebenenverlagerung keine Mehrausgaben entstehen dürfen
- ✓ Vertragsparteien auf *Bundesebene*: vereinbaren bis 31.07.2016 Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur FDA-Umsetzung (inkl. Einzugsgebiet für Verlagerungsleistungen)



# KHSG

## ⇒ Mengensteuerung

↪ *Zweistufige Neuausrichtung*

↪ *Für 2017: Zweite Stufe zur Verbesserung der Mengensteuerung*

✓ *Vertragsparteien vor Ort:*

- Wenden Mindestabschlagsquoten und -dauer an
- Vereinbaren bei Leistungen mit höherer Fixkostendegression und für Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen höhere Abschlagsquoten und –dauern
- Hälfziger FDA bei Verlagerungsleistungen im Einzugsgebiet (kein CM-Anstieg)
- Hälfziger FDA bei nicht mengenanfälligen Leistungen (Katalog)



# Änderungen KHSG

## ⇒ Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

- ✓ *Dauer: 3 statt 5 Jahre*
- ✓ *Höhe: Festhalten an der Vereinbarung auf Landesebene*
- ✓ *Gesetzliche Ausnahmen:* Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, Schwerbrandverletzte, Versorgung von Frühgeborenen, Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, Leistungen von krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren, Leistungen mit abgesenkter Bewertung
- ✓ Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis 31. Juli 2016 einen *Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen* (z.B. Geburten) → hälftiger FDA



# Änderungen KHSG

## ⇒ KH-Leistungen für Asylbewerber

- ✓ Für Akutkliniken sowie psychiatrische Häuser findet zur Entlastung der Krankenhäuser der Mehrerlösausgleich sowie der Mehrleistungsabschlag keine Anwendung, soweit die Kosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz getragen werden
- ✓ Herausnahme bereits für in 2015 entstehende Mehrerlöse



# Änderungen KHSG

## ⇒ MDK-Prüfung

- ✓ Sachlich-rechnerische MDK-Prüfung: im Sinne des § 275 Abs. 1c SGB V jede Prüfung der Abrechnung eines KH (unabhängig von inhaltlicher Zielrichtung), die Erhebung von Sozialdaten durch den MDK, d.h. die Anforderung von Unterlagen beim Krankenhaus erfordert, also Aufwand auslöst sowie Außenwirkung hat



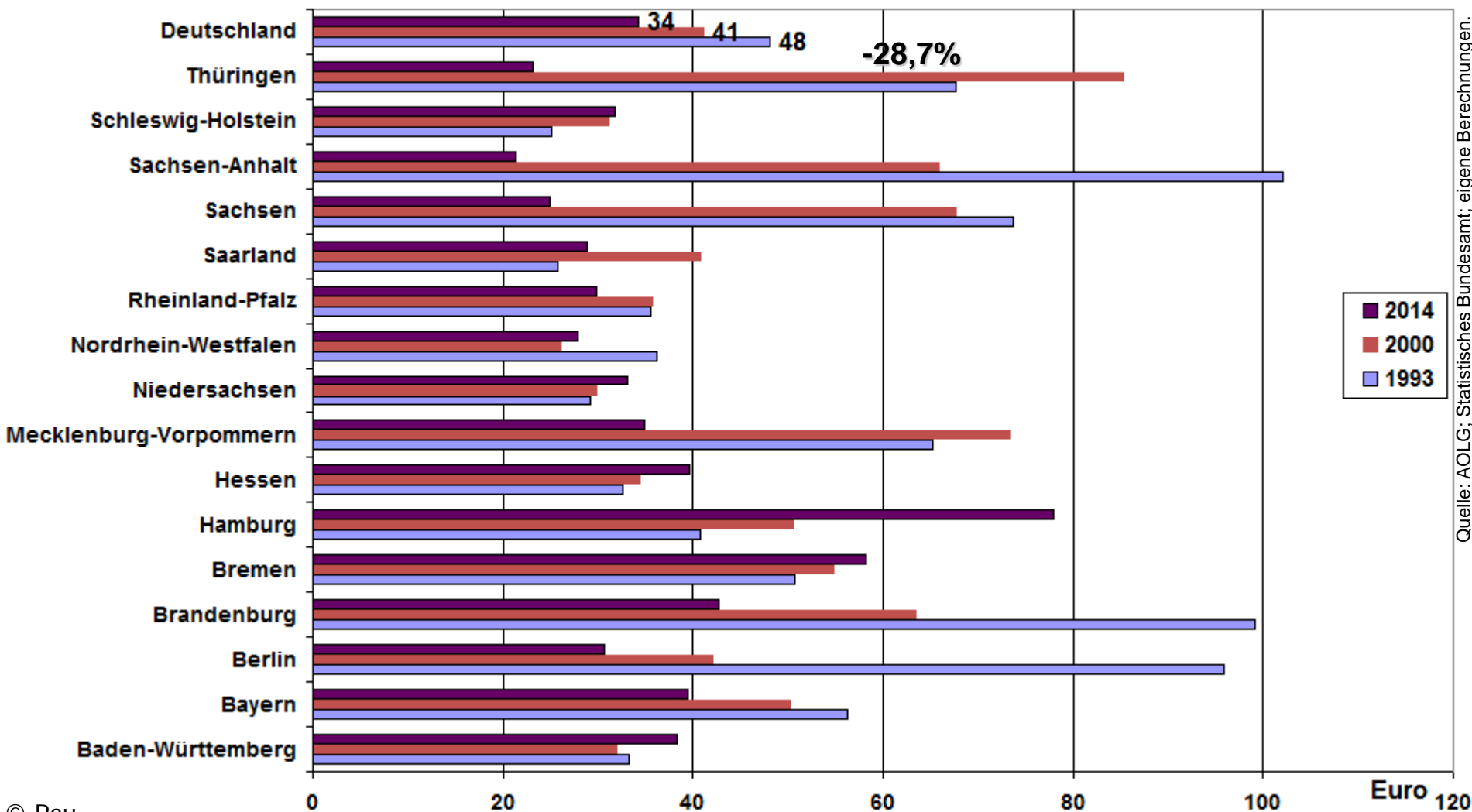


# Änderungen KHSG

## ⇒ **Pflegerische Übergangsversorgung**

- ✓ Anspruch auf häusliche Krankenpflege wird bei Bedarf um grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung erweitert (§ 37 Abs. 1a SGB V)
- ✓ Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe, um Versorgungsproblemen im Falle schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit zu begegnen (§ 38 SGB V)
- ✓ Neuer GKV-Anspruch auf Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V), der greift, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt ist

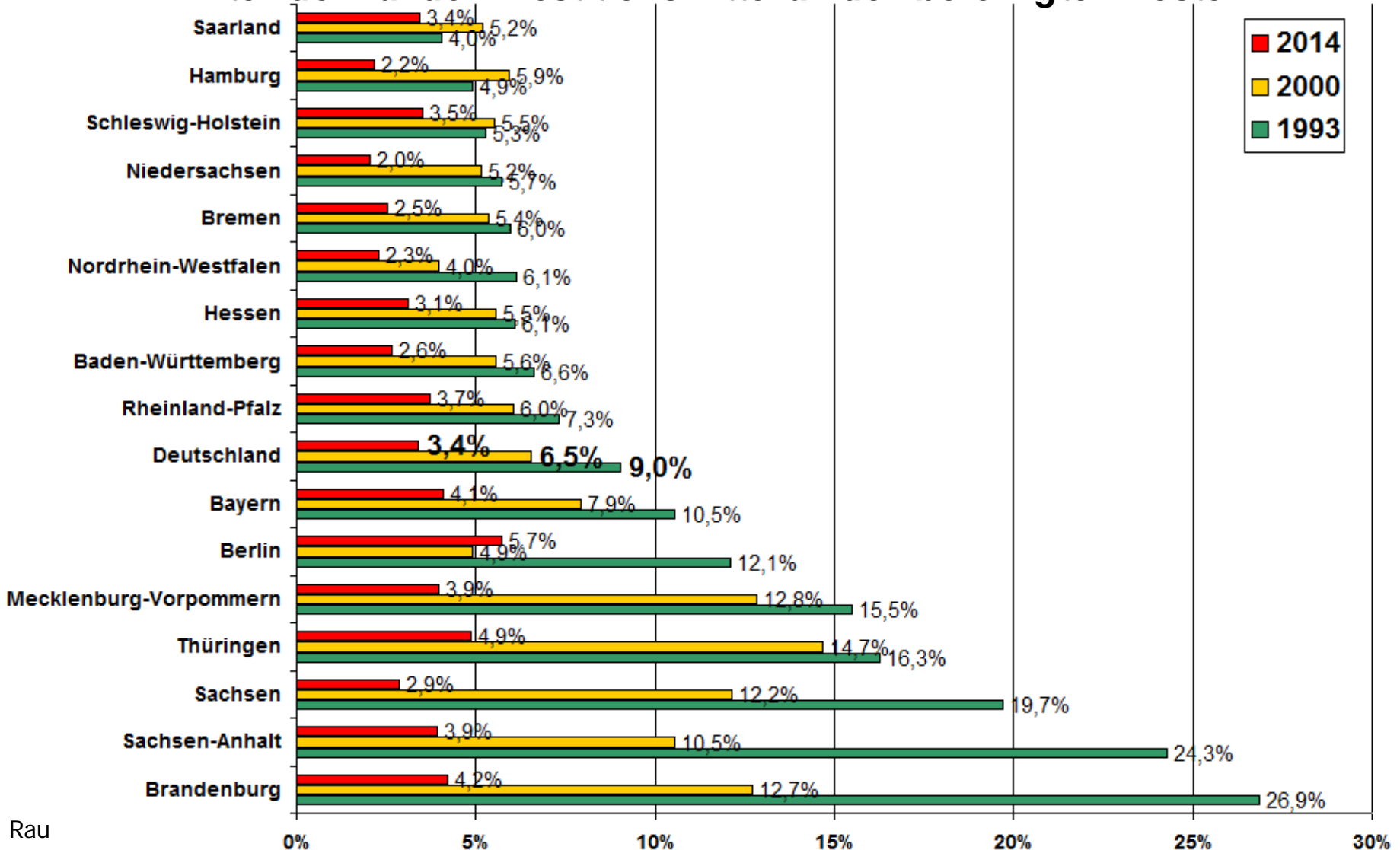
# Strukturtrends: Rückgang der Länderinvestitionsmittel



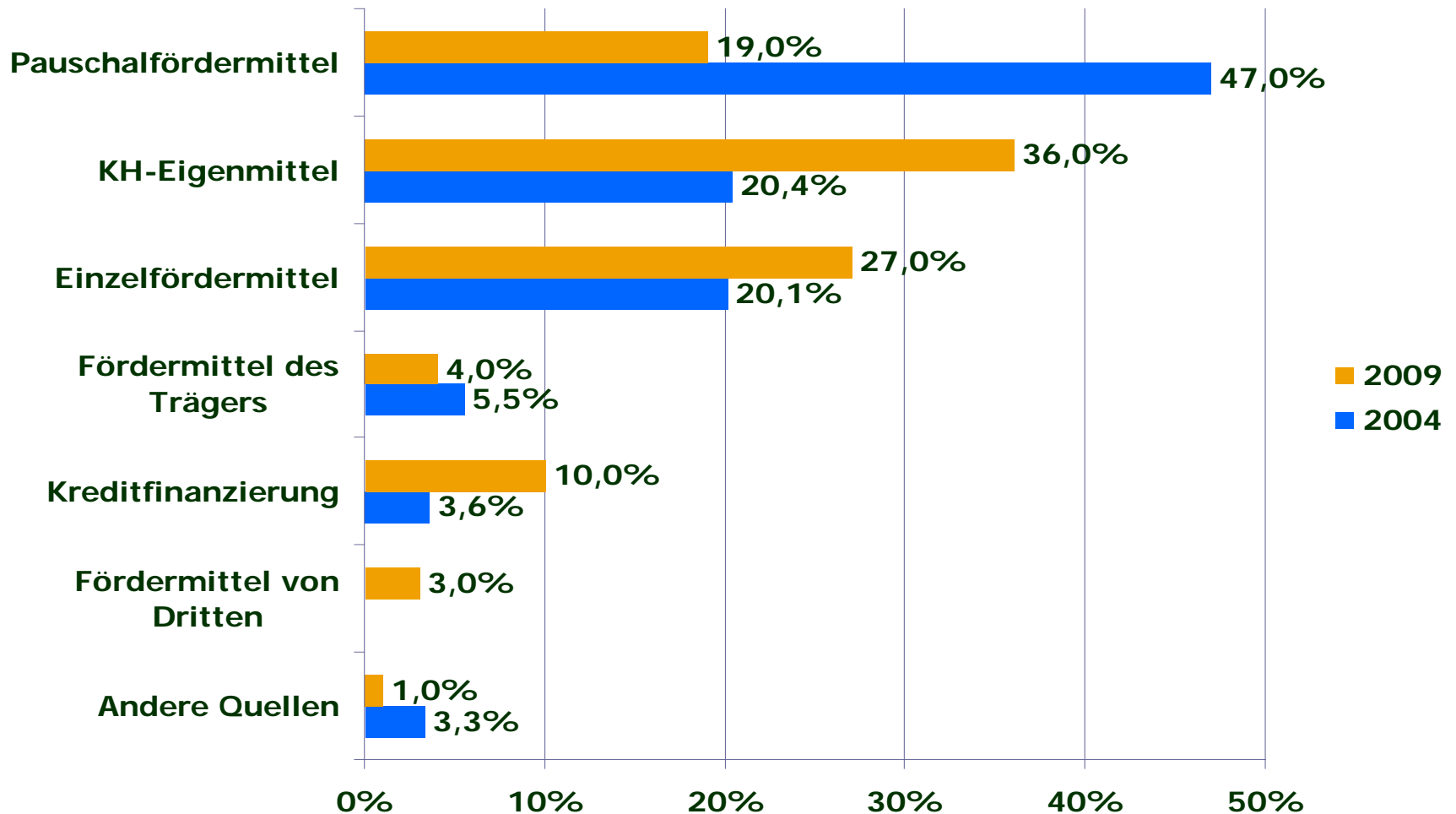
Quelle: AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

# Strukturtrends: Rückgang der Länderinvestitionsmittel

- Anteil der Länderinvestitionsmittel an den bereinigten Kosten -



# Strukturtrends: Herkunft der Investitionsmittel, 2004 u. 2009





# KHSG

## ⇒ Strukturfonds

↪ *Ziel: Verbesserung der Versorgungsstruktur*

- ✓ Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, der Konzentration von Krankenhausstandorten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen
- ✓ Finanzierungsvolumen: Einmalig 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- ✓ Erforderliche hälftige Finanzierung aus Landesmitteln
- ✓ Insgesamt bis zu 1 Mrd. Euro verfügbar
- ✓ Aufteilung auf Länder nach Königsteiner Schlüssel (Steueraufkommen, Bevölkerungszahl)



# KHSG

## ⇒ **Strukturfonds**

↪ *Verbesserung der Versorgungsstruktur*

↪ *Bewirtschaftung*

- ✓ Fonds wird beim Bundesversicherungsamt (BVA) eingerichtet
- ✓ BVA prüft Anträge und weist Mittel zu
- ✓ Entscheidung über Mittelvergabe hat im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene zu erfolgen
- ✓ Gefördert werden nur neue Vorhaben

↪ *Zwischenbericht*

- ✓ Ende 2018 wird der Strukturfonds evaluiert (erreichter Strukturwandel, Notwendigkeit zur Fortsetzung der Förderung)



# KHSG

## ⇒ Strukturfonds

↪ *Verbesserung der Versorgungsstruktur*

↪ *Selbstverpflichtung der Länder*

- ✓ Für Investitionsmittelfinanzierung wird mindestens der Durchschnitt der in den HH-Plänen 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel beibehalten
- ✓ Fördermittel des Landes werden um Landesmittel für den Strukturfonds zusätzlich erhöht



# Änderungen KHSG

## ⇒ Strukturfonds

- ✓ Länder können Verzicht auf Rückforderung von Investitionsfördermitteln bei KH-Schließung nicht als Eigenanteil bei Mittelbeantragung geltend machen
- ✓ Modifizierungen, um allen Ländern Zugang zu den Mitteln des Strukturfonds zu verschaffen
  - *Keine Berücksichtigung* der bis 2014 nach *Art. 14 GSG* von den KKs finanzierten Investitionsmitteln bei der Ermittlung des maßgeblichen Investitionsniveaus; nur abstellen auf originäre Haushaltsmittel des Landes
  - Für das in *2016 bis 2018* beizubehaltende *Investitionsniveau* kann Durchschnitt *2012 bis 2014 oder in 2015* bereitgestellte Investitionsförderung herangezogen werden





# Änderungen KHSG

## ⇒ Schließungskosten

- ✓ KVs erhalten gesetzliche *Möglichkeit*, sich an KH-Schließungskosten zu beteiligen
- ✓ KVs können eine entsprechende Vereinbarung mit dem KH-Träger schließen
- ✓ *Rückforderung bereits gewährter Landesmittel ist ausgeschlossen*
- ✓ Beteiligung kann ergänzend zur Förderung durch Mittel des Strukturfonds erfolgen



Bundesministerium  
für Gesundheit



⇒ **Fazit** ⇐



# Änderungen KHSG

## Finanzielle Auswirkungen der vereinbarten Änderungen am Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes in Mio. Euro

	2016	2017	2018	2019	2020
Überführung des Versorgungszuschlags in den Pflegezuschlag		500	500	500	500
Verhandlung der Landesbasisfallwerte (Streichung der absenkenden Berücksichtigung von Leistungen, die nicht mit DRGs bewertet werden, sowie von Produktivitätsentwicklung, Fehlbelegung und ambulantem Verlagerungspotential)		Nicht quantifizierbar			
Weiterentwicklung der Mengensteuerung auf Hausebene		Nicht quantifizierbar			
Änderungen beim Fixkostendegressionsabschlag		Nicht quantifizierbar			
Anteilige Tarifkostenrefinanzierung*	125	125	125	125	125
Verlängerung des Hygieneförderprogramms	6	22	26	31	17
Abschaffung des Investitionskostenabschlags bei Krankenhausambulanzen	75	75	75	75	75
Weiterentwicklung der Regelungen zur Notfallversorgung		Nicht quantifizierbar			
Einführung einer Übergangsversorgung (Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Übergangspflege GKV)	75	100	100	100	100
<b>Summe (alle Kostenträger)</b>	<b>281</b>	<b>822</b>	<b>826</b>	<b>831</b>	<b>817</b>

\* Durchschnittliche Mehrausgaben bei Betrachtung der Jahre 2010 bis 2015.



# Fazit

## ⇒ Finanzielle Gesamtwirkung KHSG

2016 2017 2018 2019 2020 2016 2017 2018 2019 2020

	KHSG-E vs. geltendes Recht					Änderungen vs. KHSG-E				
	Kabinettentwurf					Änderungen				
<b>Summe</b>	<b>630</b>	<b>1.040</b>	<b>1.390</b>	<b>1.520</b>	<b>1.655</b>	<b>911</b>	<b>1.862</b>	<b>2.216</b>	<b>2.351</b>	<b>2.472</b>
<b>davon GKV</b>	492	862	1.178	1.295	1.417	759	1.619	1.938	2.060	2.169
<b>davon Beihilfe/PKV</b>	138	178	212	225	239	152	243	278	291	303



# Fazit

## ⇒ Was bleibt?

- ✓ Nachhaltige Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser
- ✓ Stellenwert der Qualität in der Krankenhausversorgung wird gestärkt
- ✓ Ansatzpunkte, um Strukturen der KH-Versorgung zu verbessern
- ✓ Strukturelle und finanzielle Verbesserungen bei der ambulanten Notfallversorgung
- ✓ Schließung von Lücken in der pflegerischen Übergangsvorsorgung
- ✓ Probleme der Investitionskostenfinanzierung bleiben bestehen, solange nicht die Länder bereit sind, ihren gesetzlichen Aufgaben nachzukommen



**Vielen Dank**  
**für Ihre**  
**Aufmerksamkeit !**