



39. Deutscher Krankenhaustag

am 15. November 2016 in Düsseldorf

**- KHSG-Umsetzungs-Monitoring -
Umsetzung der Finanzierungsvorgaben
(Zuschläge, Degressionsabschläge,
DRG-System-Anpassungen)**

KHSG – Finanztableau 2016 - 2019

(alle Kostenträger/Quelle: BMG)

	2016	2017	2018	2019
Pflegestellenförderprogramm	110 Mio. €	220 Mio €	330 Mio €	330 Mio. €
Verlängerung Hygieneförderprogramm	6 Mio. €	22 Mio. €	26 Mio. €	31 Mio. €
Abschaffung amb. Investitionskostenabschlags	75 Mio. €	75 Mio. €	75 Mio. €	75 Mio. €
Annäherung Landesbasisfallwerte	80 Mio. €	70 Mio. €	60 Mio. €	50 Mio. €
Anteilige Tarifkostenrefinanzierung	125 Mio. €	125 Mio. €	125 Mio. €	125 Mio. €
Hochschulambulanzen (GKV-VSG Maßnahme)	265 Mio. €	265 Mio. €	265 Mio. €	265 Mio. €
G-BA Mehrkosten	100 Mio. €	100 Mio. €	100 Mio. €	100 Mio. €
Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren	100 Mio. €	200 Mio. €	200 Mio. €	200 Mio. €
Strukturfonds	200 Mio. €	200 Mio. €	200 Mio. €	200 Mio. €
Überführung Versorgungszuschlag in den Pflegezuschlag		500 Mio. €	500 Mio. €	500 Mio. €
Sicherstellungszuschläge		50 Mio. €	100 Mio. €	100 Mio. €
Qualitätszu- und -abschläge			60 Mio. €	60 Mio. €
Änderungen LBFW insb. Mengenentwicklung		nicht quantifizierbar		
Weiterentwicklung amb. Notfallversorgung		nicht quantifizierbar		
Summe	1 Mrd.€	1,8 Mrd. €	2 Mrd. €	2 Mrd. €

Vereinbarungen sind u. a. zu treffen für:

- Hochschulambulanzen (GKV-VSG)
- Zentrumszuschlag
- Vergütung ambulanter Notfallleistungen
- G-BA-Mehrkostenzuschlag

DRG-Maßnahmen:

- Absenkung/Abstufung bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen
- Korrektur der Anteile der übervergüteten Sachkosten
- Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Umsetzung FDA
- Repräsentative Kalkulationsstichprobe

G-BA-Prozess:

Stationäres Notfallstufenkonzept

Sicherstellungszuschlag

Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge

Vereinbarung konsentiert und im DRG-Katalog für 2017 umgesetzt:

- Reine Umverteilungswirkung
- Umschichtung auf die Personalkostenanteile i. H. v. 830 Mio. €
- Betroffener Sachkostenanteil: ca. 20 %
- Betroffene Sachkosten werden um ca. 6 % abgesenkt
- Korrekturspannweite – 4,55 % bis + 1,21 %

Vereinbarung konsentiert und im DRG-Katalog für 2017 umgesetzt:

Betroffene Leistungsbereiche:

- Operationen des Hüftgelenks
- Behandlungen im Wirbelsäulenbereich (operativ/konservativ)
- Umverteilung i. H. v. 120 Mio. €

→ Leistungen vollständig vom Fixkostendegressionsabschlag befreit

Bundeseinheitlicher Fixkostendegressionsabschlag 35 %

Kein FDA

- Transplantationen, Polytraumata, Schwerstbrandverletzte, Frühchen-Versorgung
- Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3
- Zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge
- Leistungen für krankenhauserplanerisch ausgewiesene Zentren
- Leistungen, deren Bewertungen abgesenkt oder abgestuft wurden

Hälftiger FDA

- Leistungen aus dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen
- Verlagerungsleistungen

Erhöhter Abschlag auf Ortsebene Obergrenze = 50 % (35 % + max.15 %)

zusätzliche Leistungen mit:

- höherer Fixkostendegression
- wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung

halbierter Fixkostendegressionsabschlag

→ ca. 10 % des DRG-Leistungsspektrums: 7 Mrd. € Erlösvolumen

Leistungsbereiche:

- Geburten (vaginale Entbindung)
- intensivmedizinische Leistungen
- Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen
- Bypass-Operationen
- rekonstruktive Gefäßeingriffe
- Eingriffe an Magen, Ösophagus und Darm
- urologische Erkrankungen
- Infektionskrankheiten

G-BA: bundeseinheitliche Vorgaben:

- Erreichbarkeit alternativer Krankenhäuser
- Definition des geringen Versorgungsbedarfs
- Konkretisierung der relevanten Leistungen

Aktueller Stand:

- Verhandlungen laufen noch
- Strittig insbesondere Minutenwerte und Leistungsbereiche
 - DKG: Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe
 - GKV-SV: Innere Medizin, Chirurgie



⇒ Beschluss erfolgt im G-BA Plenum am 24. November 2016

- Bis zum 31.12.2016 soll der G-BA ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern entwickeln.
- Bis zum 31.06.2017 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe sowie die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge vereinbaren.

Aktueller Sachstand:

- Schwierige Verhandlungen – unterschiedliches Verständnis zum gesetzlichen Auftrag.
- Überzogene Anforderungen des GKV-SV gefährden die flächendeckende Notfallversorgung!

⇒ PsychVVG - aufgrund der unterschiedlichen Konzepte und der nicht abschätzbaren Auswirkungen:

- Verlängerung der Fristen um ein Jahr
- G-BA soll Folgenabschätzung durchführen und beim Beschluss berücksichtigen

Aktueller Stand - Verhandlungen laufen noch:

- Allgemeiner Rahmenvertrag – Vorgaben auf Bundesebene:
 - betroffene G-BA-Richtlinie
 - Mehrkostenermittlung (Kosten die noch nicht im DRG-System erfasst sind)
 - „einfache“ Berechnung des Zuschlagvolumens und Vereinbarung des krankenhausindividuellen Zuschlags auf der Ortsebene in voller Höhe der Mehrkosten
 - Finanzierung entsprechend des Erfüllungsgrades der G-BA-Anforderungen (inkl. Nachweis des Erfüllungsgrades und ggf. anteilige Rückzahlung)
- **Spezialregelung: G-BA Neonatologie - Richtlinie**

- Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren auf Bundesebene, insbesondere
 - überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung,
 - Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
 - Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.
 - Frist: 31.03.2016
 - Konflikt
 - Kassenseite : Vorgabe von Kriterien als Voraussetzung für die Wahrnehmung besonderer Aufgaben.
 - DKG: Konkretisierung bzw. Beschreibung der besonderen Aufgaben.
- ⇒ Schiedsstelle am 08.12.2016



Gesetzlicher Auftrag:

- Festlegung zur Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung durch GKV, KBV und DKG.
- Grundsätze, die die Besonderheiten der HSA angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation, durch GKV und DKG.
- Frist: 23.01.2016
- Einigung zwischen den Vertragspartnern nicht möglich:
 - Keine Erweiterung des Leistungsspektrums im Sinne der gesetzlichen Vorgaben → Schiedsamt: 18. November 2016
 - Krankenkassen fordern Übertragung der KV-Regelungen auf den Krankenhausbereich (insb. LANR) → Schiedsstelle: 9. Dezember 2016



Gesetzlicher Auftrag

- Differenzierung der EBM-Vergütung für die Versorgung im Notfall und Notdienst nach Schweregrad
- Frist: 31.12.2016

Aktueller Stand:

- Verhandlungen laufen noch aber aufwandneutrale Umsetzung angekündigt!

→ Keine grundlegende Verbesserung für die Vergütung ambulanter Notfälle im Krankenhaus in Sicht – jährliche Unterfinanzierung von ca. 1 Mrd. €.

DKG – Vorschlag:

- eigenständige rechtliche Grundlage für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus
 - Direktabrechnung ggü. den Krankenkassen
 - krankenhausspezifische, kalkulierte Vergütungspauschalen



	2012	2013	2014	2015	2016 (1. Halbjahr)
GKV-Krankenhausausgaben	61,7 Mrd. €	64,2 Mrd. €	67,9 Mrd. €	70,3 Mrd. €	
Zuwachs ggü. Vorjahr absolut prozentual	+ 1,7 Mrd. € + 2,83 %	+ 2,5 Mrd. € + 4,05 %	+ 3,7 Mrd. € + 5,8 %	+ 2,4 Mrd. € + 3,5 %	+ 2,4 %
Summe + 10,3 Mrd. €					

Quelle: BMG – Gesetzliche Krankenversicherung Kennzahlen und Faustformeln Stand Juni 2016

Kostenzuwachs lt.	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Orientierungswert	-	2,00 %	2,02 %	1,44 %	1,57 %	1,54 %
Grundlohnrate	1,98 %	2,03 %	2,81 %	2,53 %	2,95 %	2,5 %

	2014	2015
Erlöszuwachs nach KV 45	+ 3,7 Mrd. €	+ 2,4 Mrd. €
Unabwendbare Kostensteigerungen der Krankenhäuser		
Personalkostenanstieg (TVöD)	+ 4,1% ≈ 2 Mrd. €	+ 2,5% ≈ 1,3 Mrd. €
Sachkostenanstieg	+ 2 % ≈ 0,6 Mrd. €	+ 2,9% ≈ 0,9 Mrd. €
Kostensteigerungen "Grundbestand"	2,6 Mrd. €	2,2 Mrd. €
Zunahme Versorgungsbedarf	+ 0,4 Mrd. €	+ 0,3 Mrd. €
Summe Kosten	3 Mrd. €	2,5 Mrd. €
Differenz Erlöse/Kosten	+ 0,7 Mrd. €	- 0,1 Mrd. €
Unterdeckung ambulante Notfallversorgung	- 1 Mrd. €	- 1 Mrd. €
Defizite Investitionsfinanzierung	- 3 Mrd. €	- 3 Mrd. €
Summe	<u>- 3,3 Mrd. €</u>	<u>- 4,1 Mrd. €</u>

Quelle: BMG, Statistisches Bundesamt, DKG

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!