



39. Deutscher Krankenhaustag

G-DRG-Systementwicklung 2017 aus Sicht der DKG

Düsseldorf, 14. November 2016

- **DRG-Katalog 2017**
- **Abrechnungsbestimmungen (FPV 2017)**

Katalog 2017

- Mit **242** Krankenhäusern weiterhin stabile Beteiligung an der Kalkulation (Vorjahr 244) zukünftig **+ 40** Krankenhäuser
- Wesentliche Änderungen im Katalog durch das **KHSG**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Bewertungsrelationen
 - (zukünftig) Erhöhung der Repräsentativität?
- **Schwellenwert** für das intrabudgetäre Zusatzentgelt für Gerinnungsfaktoren ZE2017-98 bleibt bei **9.500 €**
 - Neue Bewertung ist für 2018 vorgesehen
- Erneute normative Festlegung bei der **multimodalen Schmerztherapie** (OGVD) um paradoxe Erlöseffekte zu vermeiden:

Katalog 2017

- Die Vergütung der Langlieger der I42B/B47B „überholt“ die Vergütung der höher Bewerteten DRGs I42A/B47A.
- Schnittpunkt liegt vor den oGVD-Grenzen
- Normative Festlegung

DRG	OGV (alt)	BWR bei OGV (alt)	OGV (neu)	BWR bei OGV (neu)
B47A	22	0,068	21	0,072
B47B	16	0,076	17	0,072
I42A	22	0,058	21	0,066
I42B	15	0,073	16	0,066

Abrechnungsbestimmungen 2017

- Keine inhaltlichen Änderungen zu 2016
- Ergänzungsvereinbarung zur Abrechnung der **abgestuften Bewertungsrelationen**
 - In letzter Abstimmung, Eckpunkte derzeit:
 - Abrechnung auf der Grundlage der (gemeldeten) Fallzahlen aus 2015
 - Keine unterjährige Änderung
 - Erlösausgleich, wenn tatsächliche Fallzahlen in 2017 abweichen

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**

Festlegungen für die Kalkulation:

- **Sachkostenanpassung**
- **Absenkung von Relativgewichten**
- **Repräsentativität Stichprobe**

Festlegungen für zusätzliche Leistungen:

- **Fixkostendegressionsabschlag**

Festlegungen für zusätzliche Qualitätsanforderungen:

- **Mehrkosten G-BA**

„Strukturzuschläge“

- **Besondere Aufgaben (Zentren)**
- **Sicherstellungszuschlag**
- **Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung**

Regelung	Aufgabe	
§ 17b Abs. 1 S. 6 KHG	Sachkostenanpassung	✓
§ 17b Abs. 1 S. 5 KHG	Absenkung/Abstufung von BWR für Leistungen mit „Anhaltspunkten für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“	✓
§ 17b Abs. 3 S. 5ff. KHG	Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsgrundlage	✓
§ 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG	Vereinbarung zur Umsetzung des FDA - Katalog nicht-mengenanf. Leistungen (Anlage)	✓
§ 136c Abs. 3 SGB V	Sicherstellungszuschlag	➔
§ 136c Abs. 4 SGB V	Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung	➔
§ 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG	Zuschlag für Mehrkosten durch Richtlinien des G-BA	➔
§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG	Zuschlag für besondere Aufgaben/Zentren	➔

Bundesschiedsstelle
am 08.12.2016

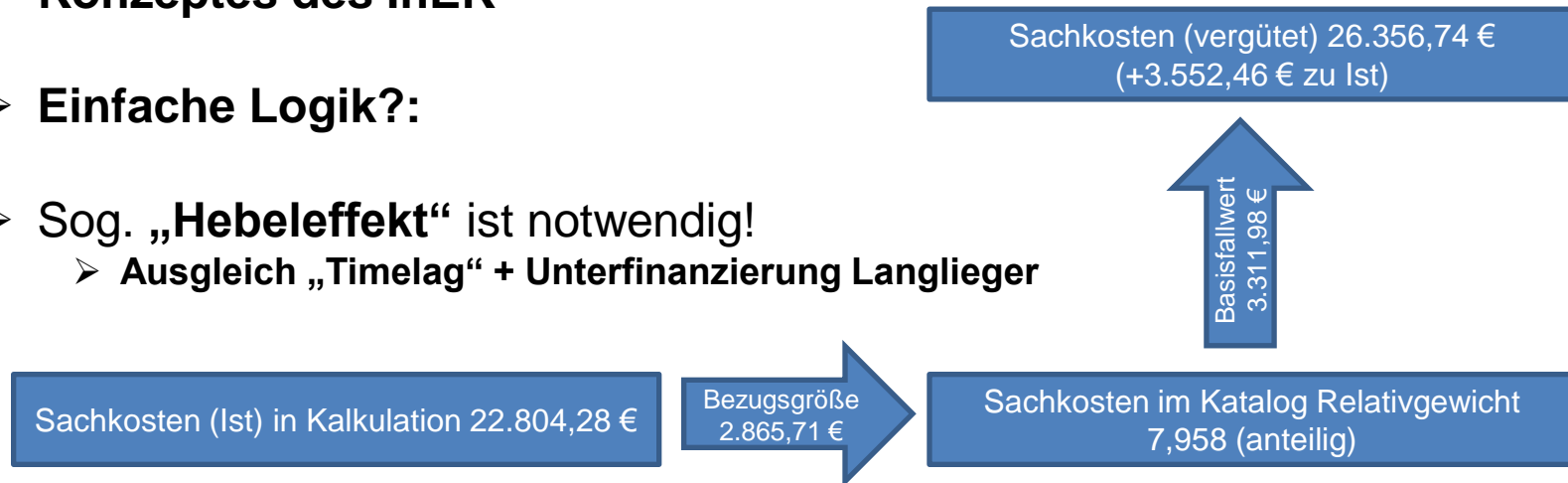
- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - **Sachkostenanpassung**
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

- Gesetzliche Grundlage § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG:
 - „**Systematische Übervergütung**“ bei z. B. sinkenden Sachkosten und steigenden L-BFW
 - „**Analyse** und **Ergreifen geeigneter Maßnahmen**“ erstmals für das Vergütungssystem des Jahres **2017**
 - **Finanzierungsneutralität**
 - Vereinbarung auf der Grundlage eines **Konzeptes des InEK**

➤ **Einfache Logik?:**

➤ Sog. „**Hebeleffekt**“ ist notwendig!

- **Ausgleich „Timelag“ + Unterfinanzierung Langlieger**



- Probleme des Konzepts
 - Keine gezielte „**Analyse sinkender Sachkosten**“
 - Fehlende Begrenzung auf DRG mit „**hohen Sachkostenanteilen**“
 - Fehlende Fokussierung auf „**deutliche Vergütungsfehlansreize**“
 - Erhebliche, normativ abgeleitete **Umverteilung**
 - **1,6 Mrd. €** im System (Absenkung aller Sachkosten, Anhebung aller Personalkosten)
 - **420 Mio. €** von sachkostenlastigen zu personalkostenlastigen DRGs
 - Bei vollständiger Umsetzung wird die **Sachkostenvergütung** auf dem Kostenniveau **vor 2Jahren** eingefroren
 - Durch das sehr pauschale Verfahren kann eine **Unterfinanzierung** von bestimmten sachkostenlastigen Leistungen **nicht ausgeschlossen** werden

- Vorgehen in der Selbstverwaltung
 - DKG lehnt daher die **vollumfängliche** Umsetzung des Vorschlages ab
 - Die Verhandlungen waren zunächst gescheitert, da die Kassen absolut keine Veränderungen am InEK-Konzept akzeptierten
 - Die Schiedsstelle wurde angerufen
 - Kompromiss vor dem Schiedsstellentermin

- Vereinbarung der Vertragsparteien (DKG, GKV, PKV)
 - Ergebnis der Kompromissfindung:
 - Betroffene **KoArtGr** unverändert (4a, 4b, 5, 6a, 6b)
 - **50%** der Differenz zwischen Bundesbasisfallwert und Bezugsgröße im ersten Jahr (2017)
 - **60%** der Differenz im 2. Jahr (2018)
 - **Prüfung** im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung
 - „Ab dem DRG-System **2019** vereinbaren die Vertragspartner den **Umfang der weiteren Umsetzung.**“
 - Bei **Nicht-Einigung** und **Nicht-Kündigung**: Fortgeltung der **60 %**
 - „Der der Kalkulation zugrundeliegende **Gesamtcasemix** bleibt durch diese Maßnahmen **unverändert.**“

Umverteilung bei 50%-Umsetzung:

- **0,8 Mrd. €** im System (Absenkung aller Sachkosten, Anhebung aller Personalkosten)
- **210 Mio. €** von sachkostenlastigen zu personalkostenlastigen DRGs
- **77 Mio. €** von Krankenhäusern mit sachkostenlastigen Leistungen zu Krankenhäusern personalkostenlastigen Leistungen
- Letzteres entspricht ca. **1 Promille** der KH-Ausgaben der Kassen

Auswirkung auf MDC-Gruppen:

MDC_Text	CM_Diff. neu-alt
Prä-MDC	-
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	++
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	-
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	+
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	++
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	---
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	+
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	+
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	--
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	+
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	+
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	+
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	+
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	+
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	++
MDC 15 Neugeborene	+
MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	+
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	-
MDC 18A HIV	-
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	+
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	+
MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	+
MDC 21A Polytrauma	-
MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	+
MDC 22 Verbrennungen	+
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	+
Fehler-DRGs und sonstige DRGs	+

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - **Absenkung von Relativgewichten**
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

- Absenkung bzw. Abstufung der Bewertungsrelationen von Leistungen „mit **Anhaltspunkten** für wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“
 - Wird durch das KHSG **mit Frist** zur Umsetzung versehen.
 - Bei fehlender Vereinbarung bis zum 31. Mai 2016, wird die **Schiedsstelle automatisch** tätig.
 - DRGs mit abgesenkten oder abgestuften Bewertungsrelationen sind per Gesetz **vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen**.
 - Ausnahme ist **sachgerecht**, da ansonsten „**Kürzungskumulation**“, insbesondere weil Absenkung ab der 1. Leistung wirkt und nicht nur bei zusätzlichen Leistungen!

- Leistungen mit (Anhaltspunkten für) wirtschaftlich begründete(n) Fallzahlsteigerungen
 - DKG: Grundsätzliche **Vorbehalte**
 - **Evidenz** des Nachweises **fehlt** nach wie vor
 - Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung:
 - Keine Aussage zur medizinischen Indikation
 - Aufgrund **wenig belastbarer Annahmen** (hier vor allem die Fallzahlentwicklung) einzelne Leistungen auszuwählen ist äußerst problematisch.
 - Dies gilt insbesondere für **normative Eingriffe** (wie Absenkung)

- **Verhandlung in der Bundesschiedsstelle**
 - GKV-SV: 21 DRGs um 12 Prozent absenken
 - DKG: 0 DRGs, hilfsweise 2 DRGs wenn med. Alternativen und betriebswirtschaftliche Mengenvorteile vorliegen
- **Ergebnis: Vereinbarung in der Schiedsstelle**
 - Gesetzliche Regelung **ohne** Möglichkeit **keine** Leistung festzusetzen
 - **8 Fallpauschalen** (Behandlung der Wirbelsäule, Hüftgelenksoperationen)
 - Ausschlaggebend auch öffentliche Stellungnahmen der **Fachgesellschaften**
 - **Absenkung analog** zu der Sachkostenvereinbarung für alle Kosten
 - 50 % in 2017 = **rund 6%** Absenkung
 - 60 % in 2018

- Leistungen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG

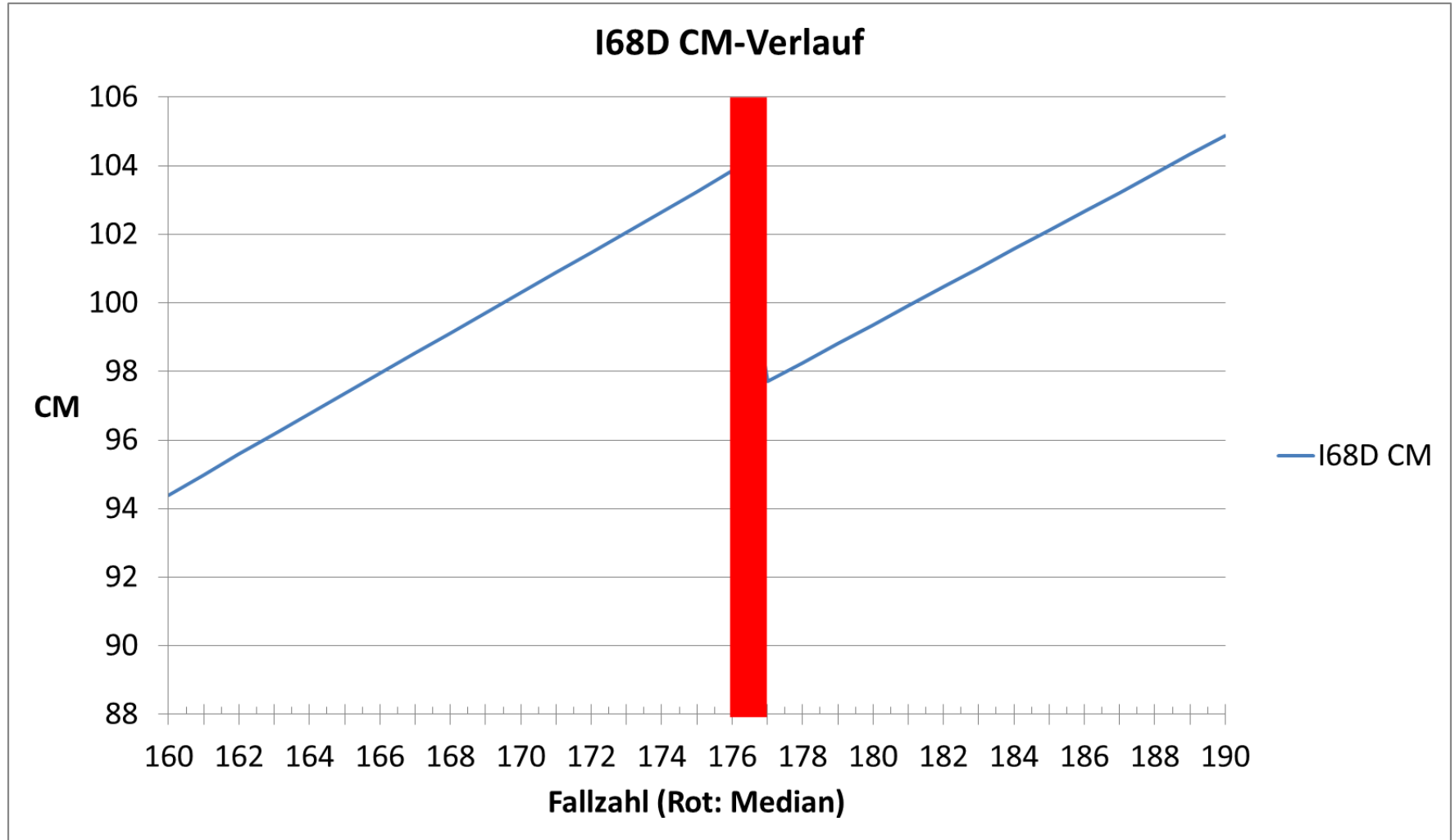
Anlage 1 (Absenkung)

I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule , ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule , mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff

Anlage 2 (Abstufung nach Median der FZ pro KH)

I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich , mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich , ein Belegungstag

Abstufung „mit Stufe“ ist Schiedsergebnis



- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - **Repräsentativität Stichprobe**
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

Position der DKG

- Bessere Repräsentativität wird grundsätzlich **befürwortet**
- **Freiwilligkeit** muss erhalten bleiben
- **Begrenzung der zusätzlichen Teilnehmer**
- **Begrenzung der Dauer** der Verpflichtung
- Angemessene **Übergangsfristen**
- **Sanktionen** aufgrund der hohen Kalkulationsanforderungen **problematisch**
- **Positive Anreize** bei schneller Datenlieferung

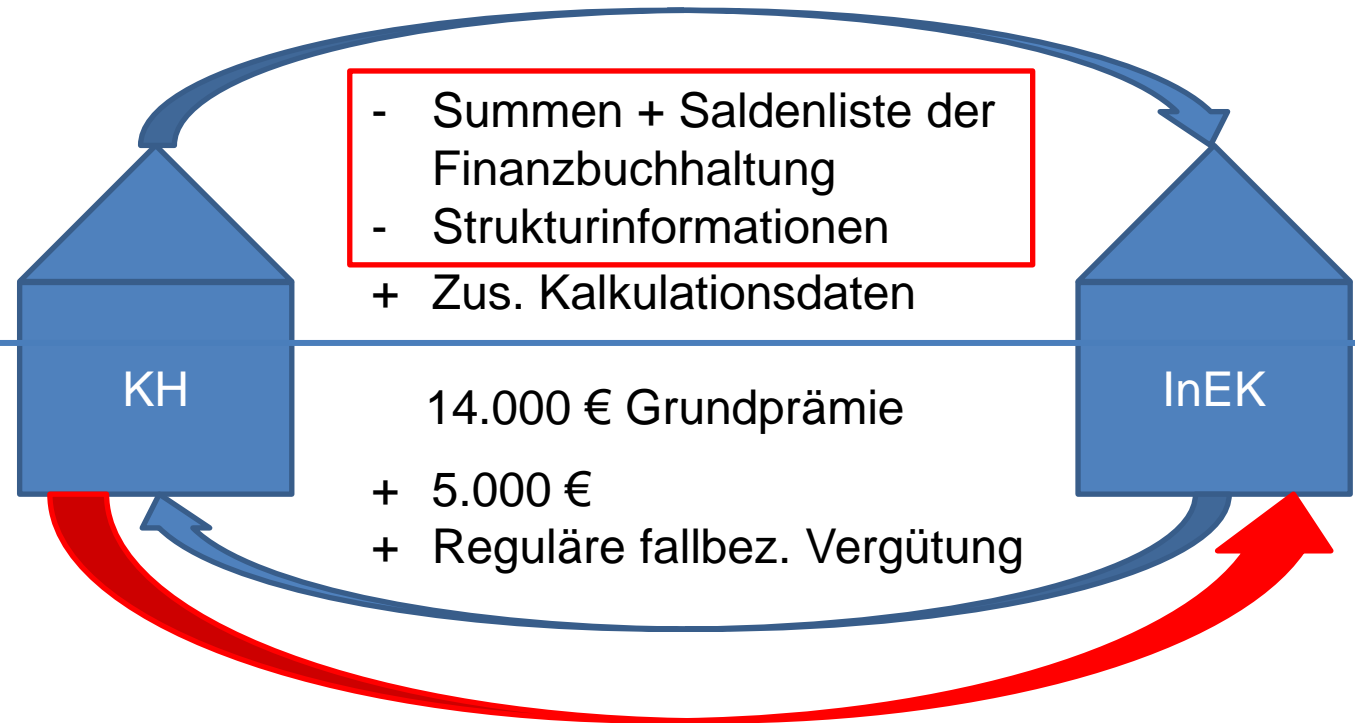
- Vereinbarung vom 02.09.2016:
 - **Freiwilligkeit** bleibt grds. erhalten
 - Maximal **40** verpflichtete Teilnehmer
 - Dauer der Verpflichtung auf **5 Jahre** begrenzt
 - **Lange Einstiegsfristen:**
 - 1. Datenlieferjahr (2017):
 - Verpflichtend „Buchhaltungsdaten“ aus 2016
 - Freiwillige Kalkulation möglich
 - 2. Datenlieferjahr (2018):
 - „**Ernsthafter Versuch**“ einer Kalkulation
 - Spätere Datenlieferjahre:
 - Geforderte Quote erfolgreicher Datenlieferung: **85%**

1. Datenlieferjahr (1. Jahr nach Ziehung)

- + Freiwillige Probekalkulation möglich

Übermittlungspflicht bis 30.04.

Bonus / Malus

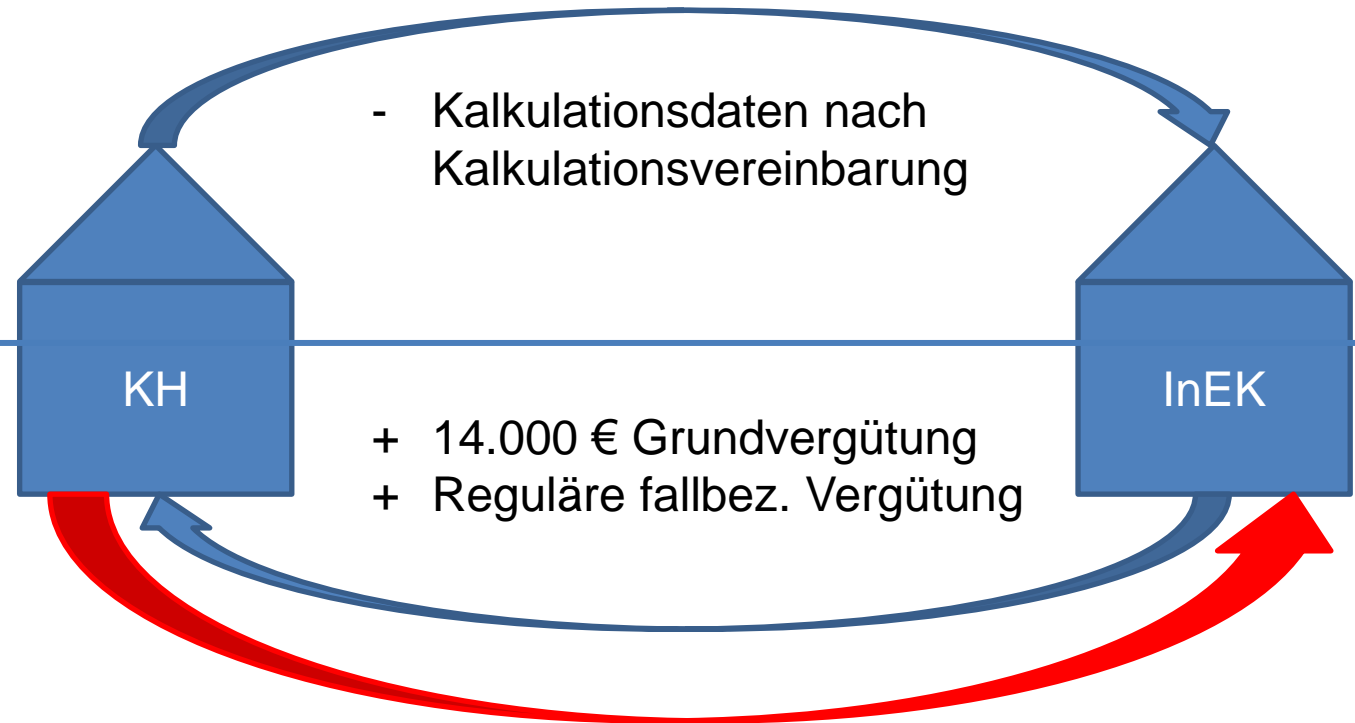


- 14.000 € pauschaler Abschlag bei Nicht-Lieferung

2. Datenlieferjahr

Übermittlungs-
pflicht bis 30.04.

Bonus / Malus

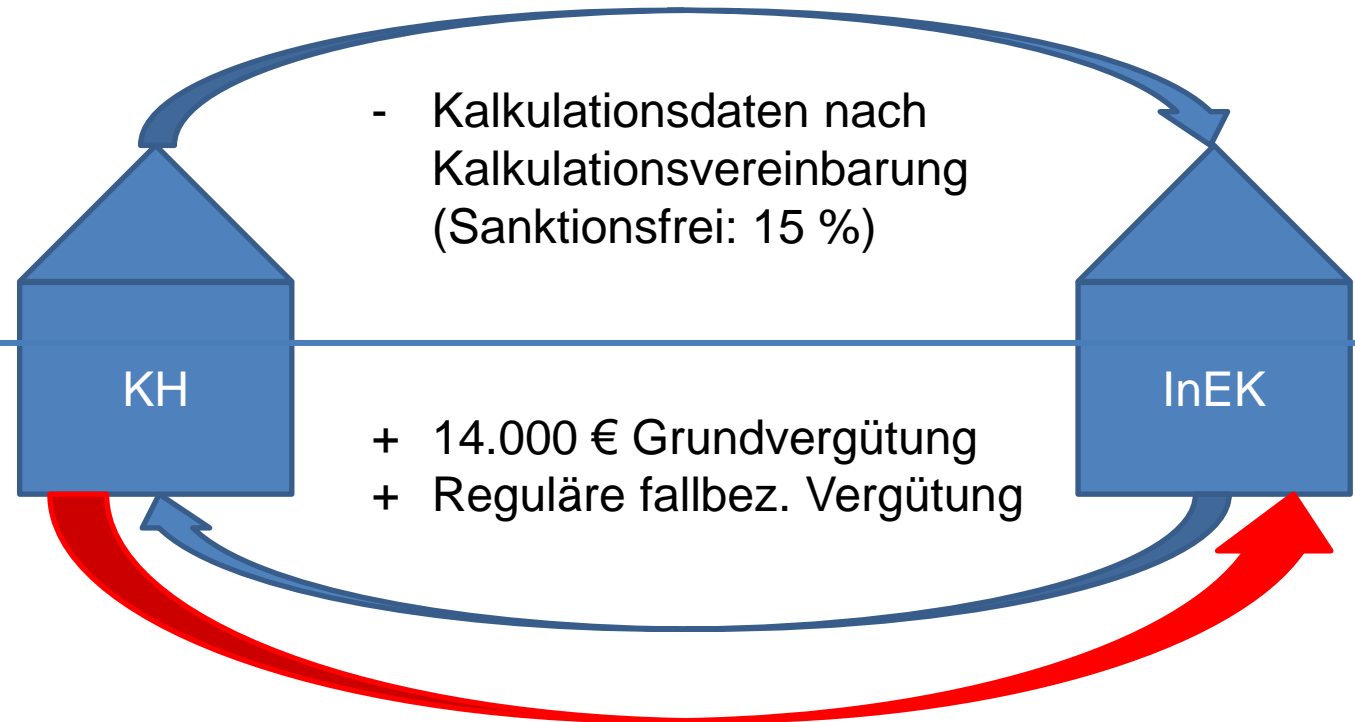


- Kein ernsthafter Versuch
- **15 € Abschlag pro Fall**

3. (4./5.) Datenlieferjahr

Übermittlungs-
pflicht bis 30.04.

Bonus / Malus

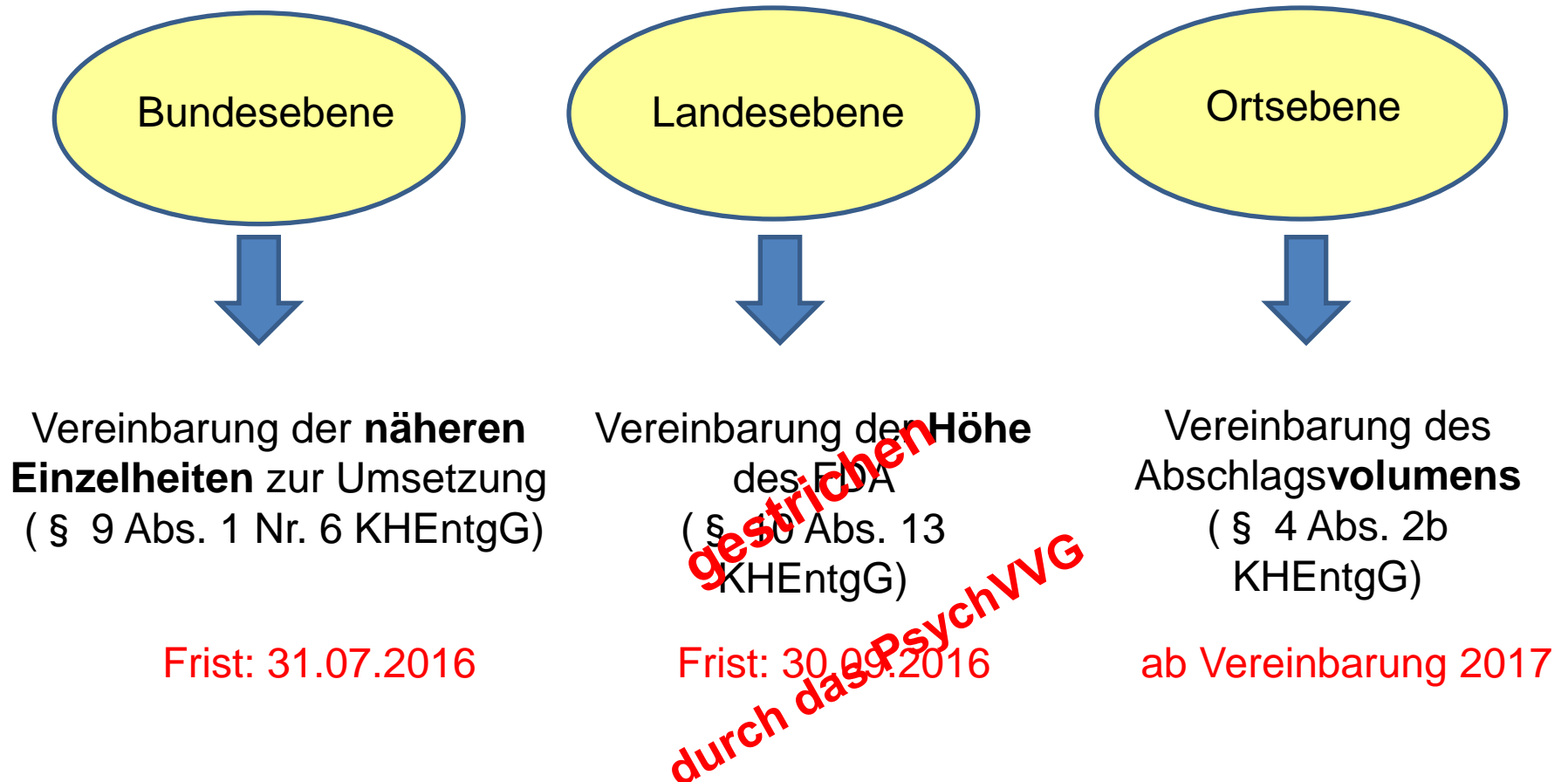


Bei Fehlerquote > 15 %: **30 (60/90) € Abschlag pro fehlendem Fall**

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - **Fixkostendegressionsabschlag**
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

Langjährige Forderung: Aufhebung der Degression des L-BFW !
Gesetzliche Umsetzung jedoch viel zu bürokratisch !

Mit der Umsetzung des FDA ist die Bundes-, Landes- und Ortsebene konfrontiert:



Einigung der Vertragsparteien auf Bundesebene am 23.09. zu:

- Katalog **nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen**, die nur dem hälftigen Abschlag unterliegen sowie
 - „nicht mengenanfällig“ im Gesetz bedeutet: eine Indikationsausweitung kann ausgeschlossen werden (Beispiel in Gesetzesbegründung: Geburten)
- Definition des **Einzugsgebietes** eines Krankenhauses und
- **Nähere Einzelheiten** zur Umsetzung des Abschlags

Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen

- Der Katalog war das **Hauptkonfliktfeld** im Rahmen der Verhandlungen.
- Die im Katalog aufgeführten Leistungen umfassen im **Ergebnis** etwa einen Anteil von **10 %** des gesamten nationalen Casemixvolumens.
- Im Katalog finden sich insgesamt **89 DRG-Fallpauschalen**.
- Für diese gilt bei vereinbarten Leistungssteigerungen nur der **hälftige FDA**.
- In der Vereinbarung wird ergänzend klargestellt, dass
 - für **nicht** im Katalog aufgeführte Leistungen **keine Aussage** hinsichtlich einer etwaigen **Mengenanfälligkeit** getroffen wird und
 - der Katalog **regelmäßig zu überprüfen** ist.

Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen

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

Leistungsverlagerungen und Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses

Vereinbarung auf Bundesebene

Ausführungen in der Gesetzesbegründung:

„Dabei ist als Einzugsgebiet eines Krankenhauses das Gebiet zu definieren, aus dem der **ganz überwiegende Anteil** der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses kommt.“

- Im Ergebnis haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, den „*ganz überwiegenden Anteil der Patienten*“ auf **> 70 %** festzulegen.
- Auf Forderung der DKG wurde eine **Öffnungsklausel** aufgenommen, nach der die Vertragsparteien im Einzelfall von der Vorgabe abweichen können.
- **Die Regelung wird häufig ins Leere laufen, da der CM im Einzugsgebiet nicht steigen darf!**

Nähere Einzelheiten zur Umsetzung

- Gesetzliche Festlegung (PsychVVG) des „Regel“-FDA auf **35%**
- Maximale Abweichung auf der Ortsebene **bis 50%**.
- Zur Unterstützung der Vertragsparteien vor Ort **veröffentlichen das InEK** jährlich die mit Fallpauschalen vergüteten **Leistungen** mit einem **Sachkostenanteil von mehr als 2/3**.
- Die Vertragsparteien vor Ort **können** vereinbaren, dass Über- oder Unterzahlungen des vereinbarten Abschlagsvolumens über den Zu- oder Abschlag für **Erlösausgleiche** nach § 5 Abs. 4 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen werden.
- **Abschichtungsmodell** versus **Gewichtungsmodell**
- **Verzicht auf eine Regelung auf Bundesebene hierzu**

Komplexität der verschiedenen Abschlagssätze

**Regel-FDA
(35 %)**

- Für Mehrleistungen, für die weder Ausnahme noch Sondertatbestände geltend gemacht werden.

**erhöhter FDA
(max. 50 %)**

- Mehrleistungen mit erhöhtem Abschlagssatz

kein FDA

- Mehrleistungen, die vom FDA ausgenommen sind

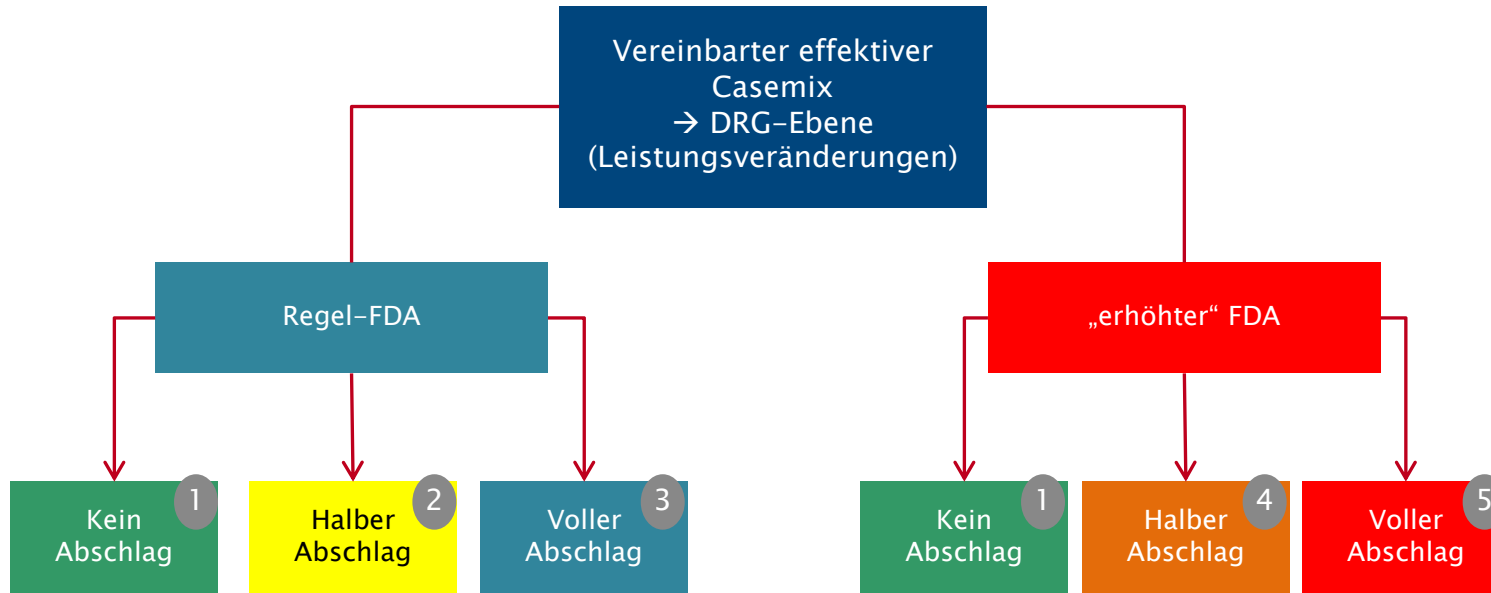
**hälftiger FDA
(17,5 %)**

- nicht mengenanfällige Leistungen
- Leistungsverlagerungen

**hälftiger, erhöhter
FDA (max. 25 %)**

- verlagerte Leistungen mit erhöhtem FDA

Berechnungsweg: Möglichkeit nach Vorstellung der Krankenkassen



Gewichtungsverfahren (anteilig entsprechend den Anteilen in den einzelnen Gruppen)

	Kein FDA	Hälftiger FDA	Regel-FDA	hälftiger, erhöhter FDA	erhöhter FDA	KH insgesamt
Vereinbarte Leistungssteigerung in CM-Punkten	30	37,5	60	-50	22,5	100
zu berücksichtigende Leistungssteigerung in CM-Punkten	20	25	40	0	15	100

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - **Mehrkosten G-BA**
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

Gesetzliche Grundlagen (KHSG)

- Befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des G-BA **zur Qualitätssicherung**
- Beauftragung der **Bundesebene** Vorgaben insbesondere zur Dauer der befristeten Zuschläge zu vereinbaren.
- Bundesschiedsstelle **ohne Frist**.
- Die Vertragsparteien auf der **Ortsebene** vereinbaren unter Berücksichtigung der Vorgaben der Bundesebene **befristete Zuschläge**.

- Auslotung einer Kompromisslinie mit Vorgabe auf der Bundesebene
 - der **betroffenen DRGs**
 - der **Mehrkosten insgesamt** (Kosten die nicht im DRG-System erfasst sind)
 - einer „**einfachen**“ **Berechnung** des Zuschlagsvolumen
 - Dennoch Finanzierung entsprechend des **Erfüllungsgrades** der G-BA-Anforderungen, hierzu **Nachweis** des Erfüllungsgrades und ggf. anteilige Rückzahlung im nächsten Pflegesatzzeitraum
- Die Vereinbarung zur Finanzierung der Mehrkosten wird in der DKG im **Kontext** mit den Anforderungen des G-BA an die Perinatalzentren (**QFR-RL**) diskutiert.
- Innerhalb der DKG ist unstrittig, dass die Anforderungen der **QFR-RL** zum **01.01.2017 faktisch nicht vollständig umsetzbar** sind und die RL **zwingend angepasst** werden muss.
- Vor dem Hintergrund der aktuellen noch bestehenden QFR-RL ist die Abwägung der **Auswirkungen** der Finanzierungsvereinbarung schwierig

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - **Besondere Aufgaben (Zentren)**
 - Sicherstellungszuschlag
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

Zentren mit abgerechnetem Zuschlag in 2014 und 2015:

Bundesland	2014	%	2015	%
Baden-Württemberg	60	24,0%	60	24,9%
Bayern	58	23,2%	46	19,1%
Berlin	1	0,4%	1	0,4%
Hamburg	6	2,4%	6	2,5%
Hessen	8	3,2%	8	3,3%
Mecklenburg-Vorpommern	5	2,0%	4	1,7%
Niedersachsen	3	1,2%	3	1,2%
Nordrhein-Westfalen	77	30,8%	81	33,6%
Saarland	2	0,8%	1	0,4%
Sachsen	5	2,0%	5	2,1%
Sachsen-Anhalt	2	0,8%	2	0,8%
Schleswig-Holstein	17	6,8%	18	7,5%
Thüringen	6	2,4%	6	2,5%
Summe	250		241	

Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene (Zielsetzung)

- **das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben** von Zentren und Schwerpunkten zu vereinbaren.
- Die besonderen Aufgaben können sich insbesondere aus
 - a) einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 - b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
 - c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungenergeben.

- Beschreibung der besonderen Aufgaben möglichst **abstrakt** und **zentrumsübergreifend**
- **Beispiele der Positivliste:**
 - Telematik, Telemedizin
 - Steuerung und Koordination von Netzwerken
 - Videofallkonferenzen, Tumorboards
 - Spezifische Fortbildungsveranstaltungen, spezifische Aus-/Weiterbildung
 - Aufbau, Wartung und Bereitstellung von Registern und Datenbanken
 - Kooperationen mit Forschungsnetzwerken
 - strukturierte Zertifizierungs-/Rezertifizierungsverfahren
 - spezialisierte Fachexpertise in besonderen Versorgungsbereichen (Geriatrischen Zentren/Schwerpunkten, Herzzentren, Rheumazentren,...)
- Etablierung eines **Verfahrens zur Aktualisierung** → Jährlich
- **Abgrenzung** der zuschlagsfähigen Tatbestände **bundeseinheitlich**
- Meldeverfahren beim InEK

- Zusätzlich zur gesetzlichen Notwendigkeit der **Festlegung** durch die **zuständige Landesbehörde**
- Gemäß der Neuregelung wirken Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren **nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert**.
- Forderung der **Kassen** nach **umfassenden Kriterien** für Zentren
- **Abbruch** der Verhandlungen durch die Kassen
- **Schiedsstelle** am 08.12.2016

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - **Sicherstellungszuschlag**
 - Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung

Aufgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene (Zielsetzung)

- Der **G-BA** soll bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen festlegen
 - a) Festlegung von Vorgaben zur **Erreichbarkeit** alternativer Krankenhäuser
 - b) Definition des **geringen Versorgungsbedarfs**
 - c) **Konkretisierung von Leistungen**, welche für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen sind
- ⇒ Frist: **31. Dezember 2016**
- ⇒ Konfliktlösung: **G-BA-Plenum** voraussichtlich November 2016
- ⇒ **Zuständigkeit sachlogisch bei den Vertragsparteien nach § 17b KHG** (Finanzierungssystem) !

Staffelung der Kriterien

Position der DKG

Grundsätzliche Überlegung:

Gestaffelte Kriterien bezogen auf die notwendige Vorhaltung von Leistungen:

A: Leistungen der Grund- und Notfallversorgung

- Innere Medizin,
- Chirurgie,
- Gyn/Geb.

B: Leistungen pädiatrischer Krankenhäuser / Abteilungen

Erreichbarkeit alternativer Krankenhäuser

Position der DKG

Methodik: **PKW-Fahrzeitminuten**

Entfernung zwischen Patient und Krankenhaus

A: 20 Minuten bei durchschnittlichem Verkehrsaufkommen bezogen auf konkrete Regionen, Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort, keine Unterscheidung Tag/Nacht

B: 40 Minuten bei durchschnittlichem Verkehrsaufkommen bezogen auf konkrete Regionen, Berücksichtigung von Besonderheiten vor Ort, keine Unterscheidung Tag/Nacht

Betroffenheitsnorm

Position der DKG

Betroffenheitsnorm: Vorgabe, wie viele Personen mindestens von einer Schließung des Krankenhauses oder der Fachabteilung betroffen sein müssen, damit ein Sicherstellungszuschlag vereinbart werden kann.

A: Mindestens **1.000 „Betroffene“** für Chirurgie und Innere

Mindestens **500 „Betroffene“** für Gynäkologie/Geburtshilfe

B: ---

Geringer Versorgungsbedarf

Position der DKG

Bevölkerungsdichte:

A: < 162 *Einwohner* je km²

B: < 26 Kinder/Jugendl. je km²

Sehr restriktiver Ansatz der Kassen

Es bleibt wohl dabei:

- Sicherstellungszuschlag nur für wenige Einzelfälle

- **Umsetzung der gesetzlichen Aufträge in 2016**
 - Sachkostenanpassung
 - Absenkung von Relativgewichten
 - Repräsentativität Stichprobe
 - Fixkostendegressionsabschlag
 - Mehrkosten G-BA
 - Besondere Aufgaben (Zentren)
 - Sicherstellungszuschlag
 - **Zu- und Abschläge stationäre Notfallversorgung**

Gesetzlicher Auftrag

- Bis zum **31.12.2016** soll der G-BA ein **gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern** entwickeln (§ 136c Abs. 4 SGB V)
- Bis zum **31.06.2017** sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene die **Zu- und Abschläge** vereinbaren (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG).
- Fristen um **1 Jahr verschoben** durch das PsychVVG!
- **Zuständigkeit muss sachlogisch bei den Vertragsparteien nach § 17b KHG liegen, da es das Vergütungssystem betrifft!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

