

Vergütung und Qualität

13. Qualitätssicherungskonferenz
Berlin, 24.11.2022

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser

„Corona-Schock“ und die Krankenhausstruktur

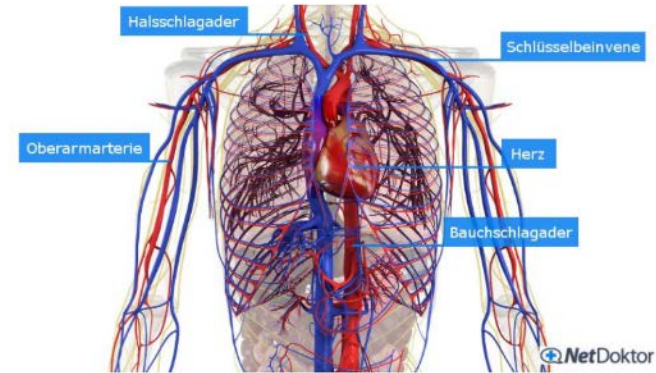
Zentralisation der stationären Versorgung



Spitzenverband

- ▶ Mit welchem Regulierungsinstrument reformieren wir die Krankenhausstrukturen?
- ▶ Gescheiterte Reformansätze
 - „Planer“ – Haushaltslage Länder
 - „Markt“ – Wahlzyklen/Preis/gewünschtes Ergebnis
 - Qualität – Operationalisierung
 - Persondirigismus – Bürokratie und Nachweise
 - Garantiebudgets – Pandemieregime „alles auf Stopp“
- ▶ Neues Instrument: „Vorhaltefinanzierung“
Planer, Markt, Qualität, Personalvorgaben und Garantiebudget kommen mit der Finanzierung zusammen!
- ▶ Aber vorab: Was ist das Zielbild?

Schock: Beschreibung



Vereinfacht gesagt, wird bei einem Schock das Blutvolumen verstärkt in die Körpermitte verlagert: Die Gefäße in der Körperperipherie, also in Armen und Beinen, verengen sich, so dass dort weniger Blut zirkulieren kann. Dadurch steht mehr Blut für die inneren Organe und das Gehirn zur Verfügung. Dieses Phänomen bezeichnet man als „Zentralisation“. Der Schock ist demnach ein Notfallprogramm des Körpers, das darauf abzielt, die Blutversorgung und damit die Funktionsfähigkeit der lebenswichtigen Organe aufrechtzuerhalten.

Inhaltsverzeichnis III



Quelle: <https://www.netdokter.de/symptome/schock/>

Zielbildorientierung

Das Ziel

- ▶ Wie sieht unser Zielbild aus und welche Kriterien legen wir an?
 - Wer ist systemrelevant?
 - Wer ist bedarfsnotwendig?
- ▶ Früher galt: „negative Freiheit“.
 - DRG-System „pay for“ (korrekte Abrechnung)
 - Jeder verfolgt ein Ziel!
- ▶ Heute gilt: „positive Freiheit“.
 - DRG-Demontage: Pflegebudget „care for“ ((politisch-)korrekte Verwendung)
 - Jedem ist ein Ziel vorgegeben!
 - Beispiele: Impfung, Verkehrswende, Verteidigung

Das DRG-System (Instrument) und „Negative Freiheit“



- ▶ **Das Krankenhaus entscheidet:**
 - Art und Anzahl der Leistungen,
 - Art und Weise der Leistungserstellung,
 - Mittelverwendung.
- ▶ **Politische Ziele werden durch „negative Freiheit“ nicht ausreichend erreicht.**
- ▶ **Neu: Entlastungsbedürfnis:**
 - Komplexe Welt (Medizin und Ökonomie)
 - Scheu vor Verantwortung
- ▶ **DRG-Demontage = Daten-Demontage:**
Pflege, Kiju, Geb. etc.

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Wer hat welche
Ziele?

Fakten und Argumente zum DRG-System
und gegen die Kommerzialisierung
der Krankenhäuser

Instrumente und Ziele: „Kauf weißer T-Shirts“

Negative Freiheit:

Wir kaufen alle weißen T-Shirts zum Preis von X (und kontrollieren Qualität und Abrechnung).



Negative Freiheit:

Hier sind X Euro pro Monat. Kauf dir was zum anziehen!

Positive Freiheit:

Die weißen T-Shirts sind aus chemiefreier Baumwolle, in Fabrik X mit Y Arbeitern herzustellen; das kostet Z.

Ziel: Viel produzieren? Sich gut fühlen? Funktional sein?

Gemeinsame Grundsätze zu kurz- und mittelfristigen Handlungsnotwendigkeiten – Ausschnitt!

- ▶ Voraussetzungen für Effizienzsteigerung durch Strukturanpassungen
 - **Gemeinsames Verständnis von Bund und Ländern über die Ziele** und die Bereitschaft, alle bevorstehenden Reformvorhaben an diesen Zielen auszurichten
(Leitbildorientierung)
 - **Bereitstellung notwendiger Investitionsmittel** zur Finanzierung des Strukturwandels durch die Länder und den Bund (Ambulantisierung, Digitalisierung, Fusionen, Umwandlungen)
 - **Zurückführen kleinteiliger Regulierungen** zugunsten von regionalem und unternehmerischem Handlungsspielraum der Akteure innerhalb der grundsätzlichen Zielvorgaben
 - **Vertrauen (der Politik) in die Handlungskompetenz der Selbstverwaltungspartner** in Hinblick auf die konkreten Umsetzungsschritte

Gemeinsame Grundsätze zu kurz- und mittelfristigen Handlungsnotwendigkeiten (Ausschnitt!)

- ▶ Erreichung der Effizienzsteigerung bezogen auf die stationäre Versorgung:
 - Bundesweite Anreize und Rahmenbedingungen schaffen, um gestufte Versorgungsstrukturen **konsequenter am regionalen Versorgungsbedarf** auszurichten,
 - die angemessene Finanzierung bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen durch **bundeseinheitliche, leistungsunabhängige VorhaltekompONENTEN** ergänzen (**Erfüllung bundeseinheitlicher Bedarfs-, Erreichbarkeits- und Qualitätsparameter**),
 - relevanten Anteil bisher vollstationärer Behandlungen (ambulantes Potential) durch geeignete Rahmenbedingungen und Finanzierungsmechanismen (z. B. AOP, Hybrid-DRG) **zukünftig klinisch-ambulant versorgen**.

Koalitionsvertrag 2021 bis 2025

zur Krankenhausplanung und -finanzierung



„ [...] Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und **bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** auf den Weg.

Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere **Leitplanken** für eine auf **Leistungsgruppen und Versorgungsstufen** basierende und sich an Kriterien wie der **Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung** erarbeiten.

Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes **System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen** ergänzt.

Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe. [...]“

Hervorhebungen: GKV-Spitzenverband

Die „Krankenhauskommission“

- ▶ „Politische Figur“ Kommission misslungen (Dänemark)
 - kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Konsensdefizit
 - ohne Krankenkassen, ohne DKG ohne KBV, ohne „Lobbyisten“
- ▶ 30-Minuten-Anhörungen, ohne die Konzepte zu kennen („senden erlaubt“)
 - grundlegende Systemumbauten ohne Gelegenheit zur Stellungnahme
 - gemeinsames Schreiben an die Kommission durch DKG, GKV, KBV
- ▶ Bisherige Ergebnisse/Tätigkeit:
 - Papier 1: Kurzfristmaßnahmen Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe
 - Anhörung: Integrierte Notfallzentren
 - Papier 2: Krankenhausbehandlung ohne Übernachtung (nicht KOA)
 - Anhörung: Grundsatzpapier „Gestufte Versorgung“ bzw. Vorhaltefinanzierung



Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

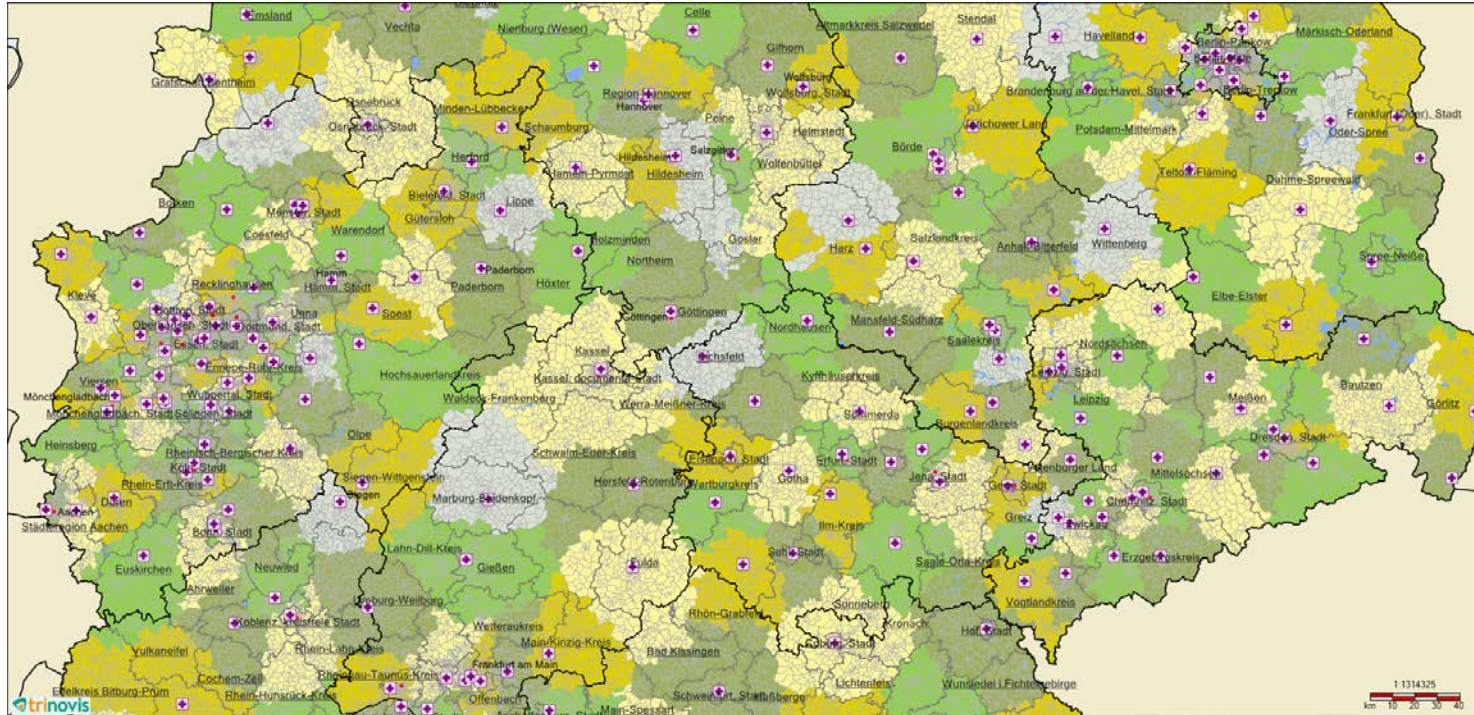
Koalitionsvertrag – Bewertung der Kurzfristmaßnahme Kinder- und Jugendmedizin

- ▶ Mehr Geld mit der Gießkanne löst das Problem nicht!
 - Was, wenn der Geschäftsführer mehr verdient, wenn er die Kinderabteilung schließt? (vgl. Fachgespräch AfG – wer stellt das Angebot sicher? Mittelverwendungsgebot?)
 - Keine Ausgliederung aus den DRGs und Selbstkosten (neue Verlagerungseffekte, neue Fehlanreize)
- ▶ Wenn mehr Geld unabhängig von den DRG-Fallerlösen fließen soll (Koalitionsvertrag), dann sollte das Geld vorrangig an die bedarfsnotwendigsten Versorger gehen und deren definierte Strukturen sichern.
 - Bevölkerungsbezug (Bedarfsgerechtigkeit des Angebots vom Versicherten aus bewertet)
 - Strukturqualitätsvorgaben als Voraussetzung für Vorhaltefinanzierung (Definition des Angebots der Vorhaltefinanzierung)
- ▶ Kurzfrist-Bereiche: Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe, Notfallversorgung
 - Gemeinsamkeit in der Erreichbarkeit des Angebots (Wohnortnähe)
 - Alle Bereiche bereits im G-BA operationalisiert (bislang ohne Bedarfsnotwendigkeit/Nachfrageseite)

Pädiatrien, die derzeit Vorhaltung gewährleisten müssen (Ausschnitt)



Spitzenverband



Bilanz: Kurzfristmaßnahmen

▶ Kinder- und Jugendmedizin

- Kommission: Favorisiertes Modell der Krankenhäuser, der Fachgesellschaften und der Krankenkassen: Modell C „Bevölkerungsbezug“ mit Strukturvorgabe Fachabteilung Grund- und Spezialversorgung)
- Gesetzgebung: Modell A (Budget 2019, Einschluss von Gelegenheitsversorgung durch Ist-Fallzahl, „zweckentsprechende Mittelverwendung“)

▶ Geburtshilfe

- Förderung ländlicher Krankenhäuser, je weniger Geburten, desto mehr Geld, Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin erlössteigernd
- Gesetzgebung: Die Länder verteilen Betragsgelder!!! an die Krankenhäuser mit Fachabteilung für Geburtshilfe nach allgemeinen Kriterien. 16 mal unterschiedliche Förderung?!

▶ Notfallmedizin

- Kommission: 400 Euro für sechs Stunden Behandlung zusätzlich (10 Mio. Patienten)
- Gesetzgebung: ausstehend

Vorhaltefinanzierung

Angebot und Nachfrage, Qualität und Vergütung

- ▶ Vorhaltefinanzierung setzt eine Vorstellung davon voraus, was sein sollte!
 - **Angebotsseitige Kriterien** und **nachfrageseitige Kriterien** verbinden sich.
 - **Qualität** (normative Vorgaben) und **Finanzierung** verbinden sich.

- ▶ Zielbildorientierung:
 - Bundeseinheitliche und von Bundesebene mess- und prüfbare Kriterien beschreiben ein Zielbild der Strukturen der Krankenhauslandschaft.
 - Die leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung richtet sich an diesen Kriterien aus.
 - Die Erfüllung der Kriterien ist Bedingung für die Abrechnung der Vorhaltefinanzierung.

- ▶ In menschlichen Maßstäben: Einmalige Gelegenheit!

GKV–Spitzenverband: Vorhaltefinanzierung – Säule 1

- ▶ Bundeseinheitliche „Planungssprache“ durch den G–BA definieren lassen! Kriterien für die Vorhaltefinanzierung (analog zu bisherigem Vorgehen im Bedarfsplanungsausschuss):

Angebotsseitig:

- personelle Mindestvorgaben für die Ärzte zwecks Definition der Leistungsgruppen (Arztnummernverzeichnis, Definition der Fachabteilung nach MWBO; NRW–Prozess)
- ggf. personelle Mindestvorgaben für die Pflege (Daten § 21 KHEntgG, Personalbemessung)
- Art der angebotenen **Leistungsgruppen**, leistungsgruppenbezogenen **Mindestbetriebsgrößen**
- im Ergebnis: **Versorgungsstufe**

Nachfrageseitig:

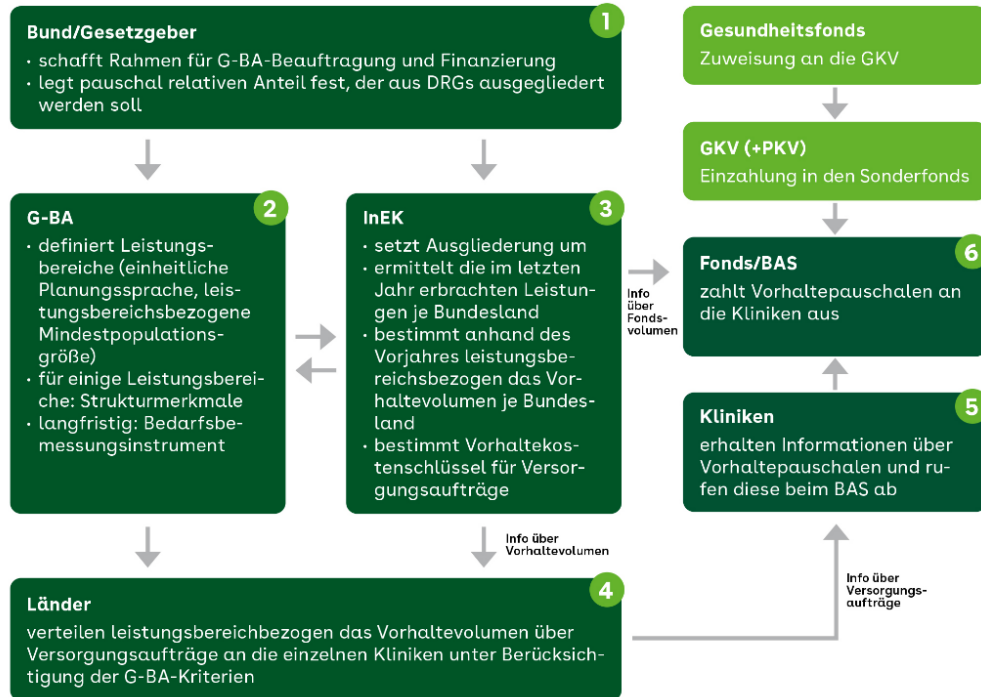
- **demografische Entwicklung**, Bevölkerungsbezug als Maß der **Bedarfsgerechtigkeit**
 - **Erreichbarkeit** der Angebote (vom Versicherten aus betrachtet)
 - geringer Versorgungsbedarf
- ▶ Bestehende G–BA–Konstrukte (Notfallstufen, Sicherstellung, Zentren, Perinatalzentren etc.) gehen in den Kriterien mit auf (ggf. auch Komplex–OPS).

Breiter
Konsens
möglich!

GKV–Spitzenverband: Vorhaltefinanzierung – Säule 2

- ▶ Krankenhausfinanzierung: Es war immer ein Mischsystem geplant – Finanzierungsrealität (95 %|5 %).
Neu: Jährliche Ausgliederung von xy % des Casemix aus den DRGs.
- ▶ Klarere Definition von Versorgungsstufen und Zuständigkeiten von Bundesebene über das Finanzierungssystem
 - normative Vorgabe mit Abzug aus dem Gesamt–Casemix
 - Vorhaltevolumen nicht kostenrechnerisch definieren und ausrechnen lassen!
- ▶ Vorhaltevolumen entweder landesspezifisch (Status quo) oder bevölkerungsbezogen (gerecht) auf die Bundesländer verteilen.
 - bei Erfüllung der G–BA–Kriterien für die Vorhaltefinanzierung Zuweisung der Mittel direkt von Bundesebene an das einzelne Krankenhaus (bürokratiearm, analog Pflegeprämie)
 - je konzentrierter („besser“) die Krankenhausstrukturen eines Bundeslandes, desto höher kann die Vorhaltefinanzierung für das einzelne Krankenhaus ausfallen

Prozessschema AOK-Modell



Knackpunkte:

- ▶ Länderrolle?
- ▶ G-BA?
- ▶ Vorhaltefinanzierung:
 - Kommission: Ergänzung des DRG-Systems
 - Finanzierungsvolumen?

Fazit

- ▶ Die Vergangenheit hat gezeigt: Die Vielfalt an Instrumenten macht noch keine Krankenhausreform, es braucht ein konsentiertes Zielbild!
- ▶ 2023 und 2024 muss genutzt werden um dieses Zielbild zu entwickeln!

- ▶ Ziel der GKV ist eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung.
 - Das Instrument der Vorhaltefinanzierung wird Dreh- und Angelpunkt der größten Finanzierungsreform seit 20 Jahren!
 - „Vorhaltefinanzierung“ bringt Qualität und Vergütung zusammen (Planer, Markt, Qualität, Personalvorgaben und Garantiebudget)!

Vielen Dank.

