

DRGs ohne Pflege

aus Sicht der Krankenkassen

Gesundheitsökonomische Gespräche
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft
Ludwigshafen 25.10.2019

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

1. DRG-Pflege-Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant-stationär
6. Fazit

Der „Pflexit“ – so klug wie der Brexit

Absehbar:

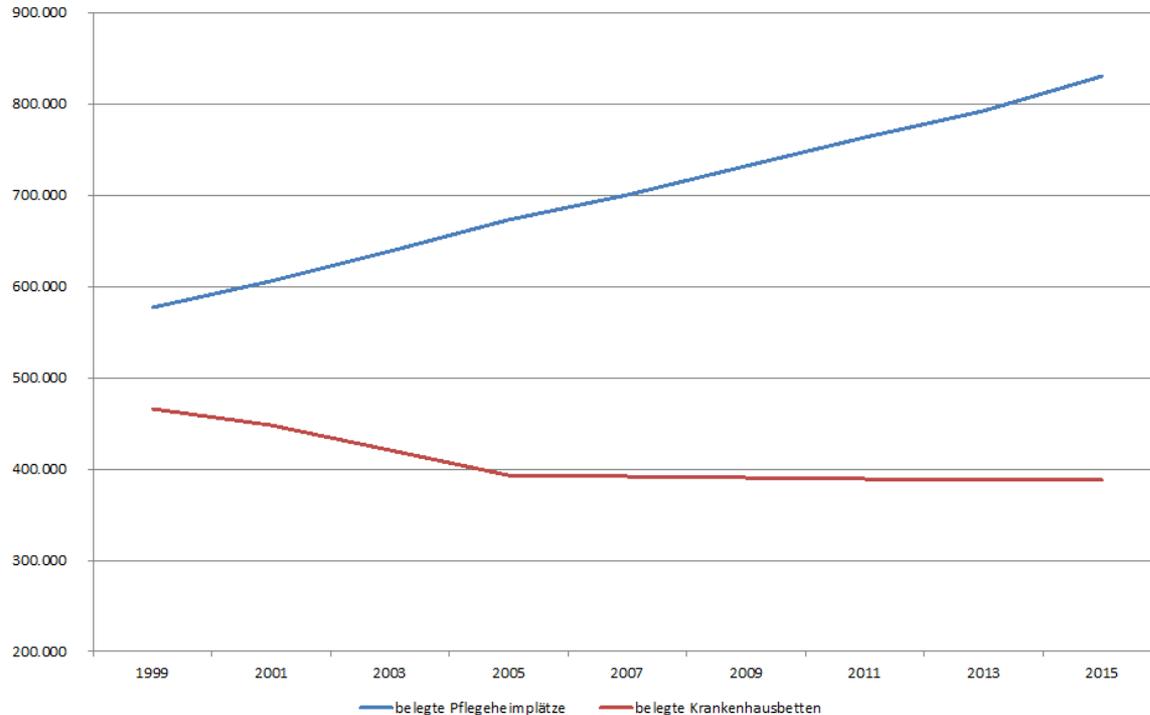
1. Selbstkostendeckung führt zu Maximierung der Kosten (kein Fokus auf Leistungen).
2. Pflegekräfte werden wieder zur Raumpflege eingesetzt.
3. Altenpflege, ambulante Pflegedienste und Reha werden durch Krankenhäuser leer gekauft.
4. Doppelfinanzierung durch Anrechnung von „pflegeentlastenden Maßnahmen“

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze

Pflege findet in Pflegeheimen statt.



Spitzenverband

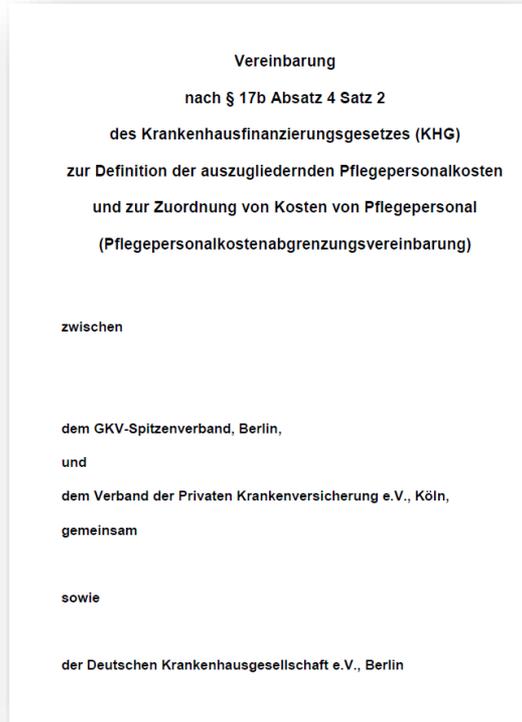


Quelle: Destatis, eigene Darstellung

DRG-Entwicklung oder DRG-Abwicklung?

- ▶ Das Rausbrechen der Pflegepersonalkosten ist ein schwerer Eingriff – eine Art Rückfall in dunkelste Zeiten der Selbstkostendeckung.
- ▶ Es drängt sich eine Analogie auf: Der Brexit ist ein schwerer Schlag für Europa – eine Art Rückfall in die dunklen Zeiten nationaler Egoismen.
- ▶ Aber: Der Brexit ist nicht des Ende des europäischen Gedankens!
- ▶ Auch der DRG-Pflege-Split wird nicht das Ende der DRGs sein. Es lohnt nach wie vor, für eine leistungs- und qualitätsorientierte Vergütung zu kämpfen.
- ▶ Empfehlung:
 - ▶ Behutsamer Übergang statt „harter Pflexit“
 - ▶ Weiterhin eine „integrale Vergütung“
- ▶ Achtung: Nirgends im Gesetz steht: „Schafft die DRGs ab!“

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019



Grundgedanken der Ausgliederung:

Hohe Kongruenz zwischen Bundesebene (InEK)
und der Ebene vor Ort (Budgetverhandlung)

Einheitliche Abgrenzung

Transparenz über Abgrenzungsschritte

Anlage 1: Kontenabgrenzung – auszugliedernde Module gemäß InEK-Matrix

Kostenartengruppe	Kostenstellengruppe											
	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		
	Personalkosten Ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten med.- techn. Dienst / Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten Implantate / Transplantate	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Sachkosten übriger medizinischer Bedarf	Personal- und Infrastruktur	Sachkosten nicht med. Infrastruktur	
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8		
Normalstation	1	X										
Intensivstation	2	X										
Dialyseabteilung	3	X										
OP-Bereich	4											
Anästhesie	5											
Kreißsaal	6											
Kardiologische Diagn. /Ther.	7											
Endoskopische Diagn. /Ther.	8											
Radiologie	9											
Laboratorien	10											
Diagn. Bereiche	11											
Therap. Verfahren	12											
Patientenaufnahme	13	X										

Legende:



Die Module sind vollständig auszugliedern.



Relevant sind nur die Kosten der bettenführenden Aufnahmestation.

DRG–Grundlagenvereinbarung

(Vorstand des GKV–Spitzenverbandes am 06.05. und der DKG 07.05.2019)



Spitzenverband

§ 4 Abs. 4: „Die Vertragsparteien beabsichtigen, Grundsätze zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems zeitnah in einem Grundlagenvertrag zu vereinbaren.“

Vereinbarung

von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020

gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung

(DRG–Grundlagenvereinbarung)

zwischen

dem GKV–Spitzenverband, Berlin,

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln,

gemeinsam

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

- ▶ Grundsätze für
 - aG–DRG–System 2020
 - Pflegefinanzierung 2020
- ▶ Fokus auf das 1. Anwendungsjahr
- ▶ Grundsätzlich gilt: So wenige Änderungen wie nötig im ersten Jahr
- ▶ Kostenerhebung in der Kalkulation nach dem 100 %–Ansatz
- ▶ Fallkosten als Grundlage für die Entgeltkataloge 2020
- ▶ Sortierung der aG–DRG auf Basis der mittleren Kosten der Inlier ohne Pflegekosten (Netto)
- ▶ Pflegekosten notwendig für Plausibilitätsprüfungen

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ^{*)}	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabnahme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzwelldauer		Obere Grenzwelldauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ¹⁾	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{2), 3)}	Bewertungs- relation/Tag				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
A11C	0	Beatmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit kompl. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre od. kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	9,192		25,8	8	0,808	44	0,282		x	x	3,4637
A11D	0	Beatmung > 240 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur oder hochkomplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre	8,760		24,7	7	0,839	43	0,272		x	x	2,8160
A11E	0	Beatmung > 240 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte	6,855		22,6	7	0,768	40	0,190		x	x	3,3747
A11F	0	Beatmung > 240 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	6,407		21,3	6	0,779	39	0,180	0,245		x	3,3421
A11G	0	Beatmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC	5,658		21,6	6	0,762	40	0,173	0,236		x	3,1813
A11H	0	Beatmung > 240 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC	3,990		20,0	6	0,551	37	0,135	0,183		x	3,0823
A13A	0	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - /	11,294		32,5	10	0,626	50	0,280		x	x	3,2938

Einigung auf DRG-Katalog 2020 am 18.10.2019

- ▶ Vereinbarung auf Basis des InEK-Vorschlages
- ▶ DRG-Katalog mit ausgegliederten Pflegepersonalkosten (extra Spalte)
- ▶ Sachkostenregelung à la InEK (Kompensation bei Tarifgesetzgebung)
- ▶ Abrechnungsregelungen weitgehend unverändert

Gang der Handlung

1. DRG–Pflege–Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant–stationär
6. Fazit

Identifikation pflegesensitiver Bereiche



Spitzenverband

Vorgaben im § 137i SGB V

hche | Hamburg Center
for Health Economics

**Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen
Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven
Ergebnisparametern in Deutschland**

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

1. Intensivmedizin

2. Kardiologie

3. Geriatrie

4. Unfallchirurgie

5. Herzchirurgie

6. Neurologie

IQTIG-Analysen zu
Qualitätsindikatoren der ESQS

Analyse von CIRS-Systemen und
Beschwerdemanagementsystemen

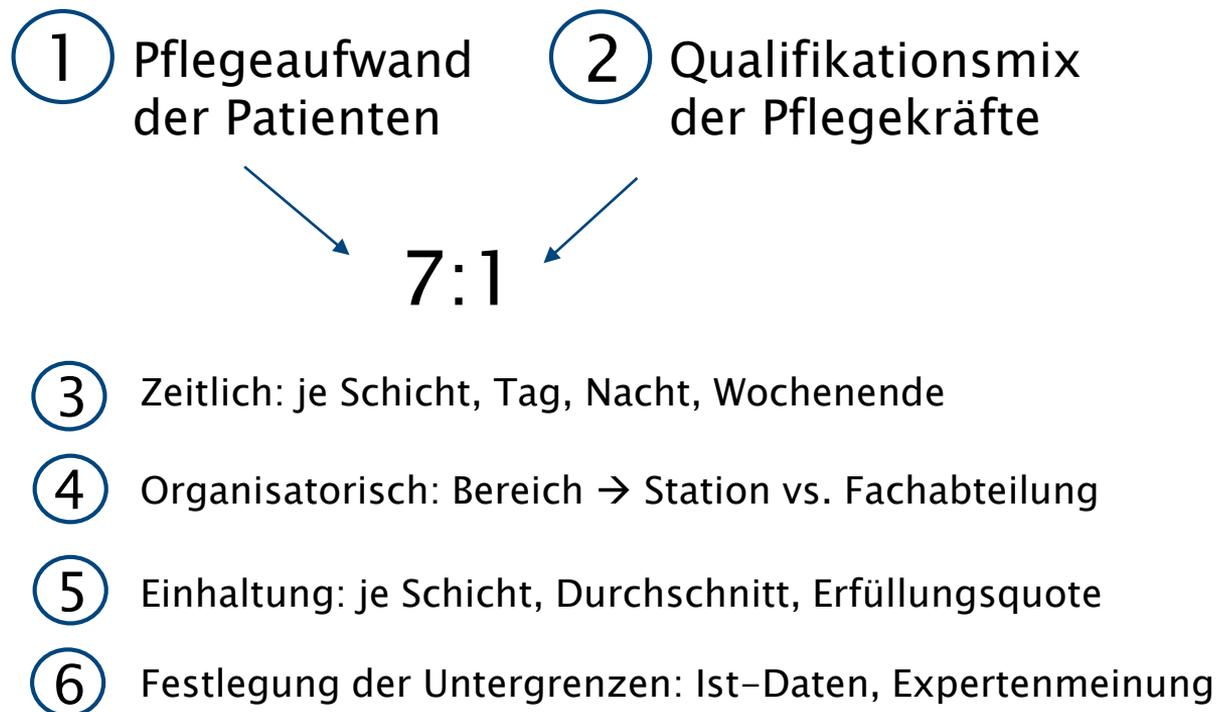
**Pflegepersonaluntergrenzen –
Expertenbefragung**

Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten
zur Identifikation von pflegesensitiven
Bereichen in Krankenhäusern

IGES

März 2018

Problemdimensionen

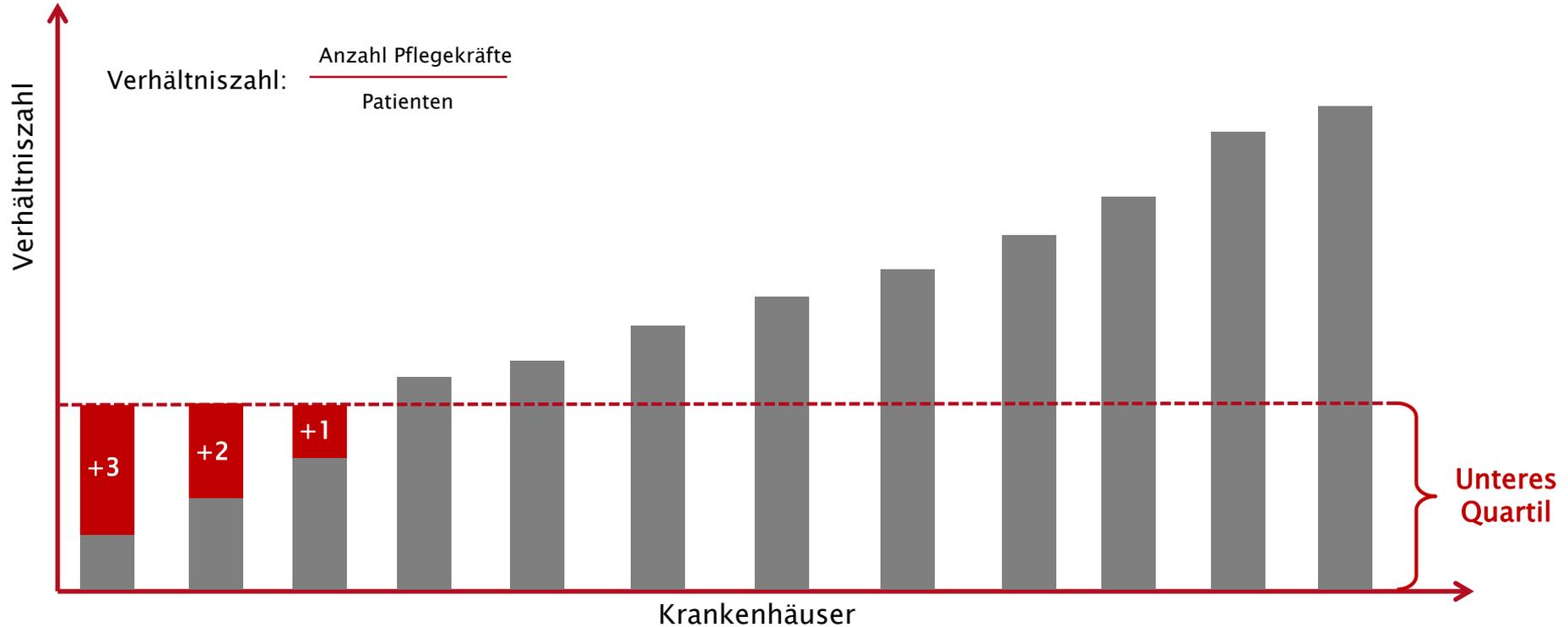


Der Perzentilansatz

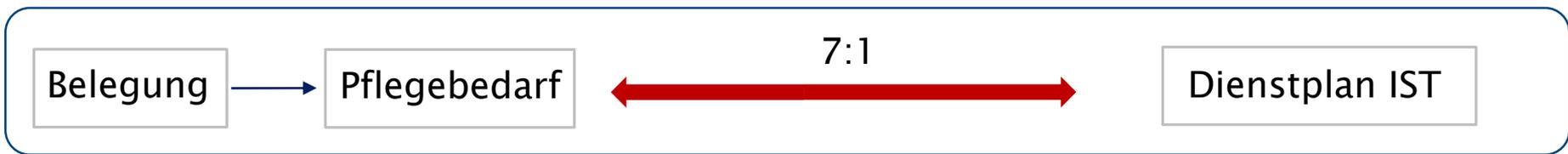
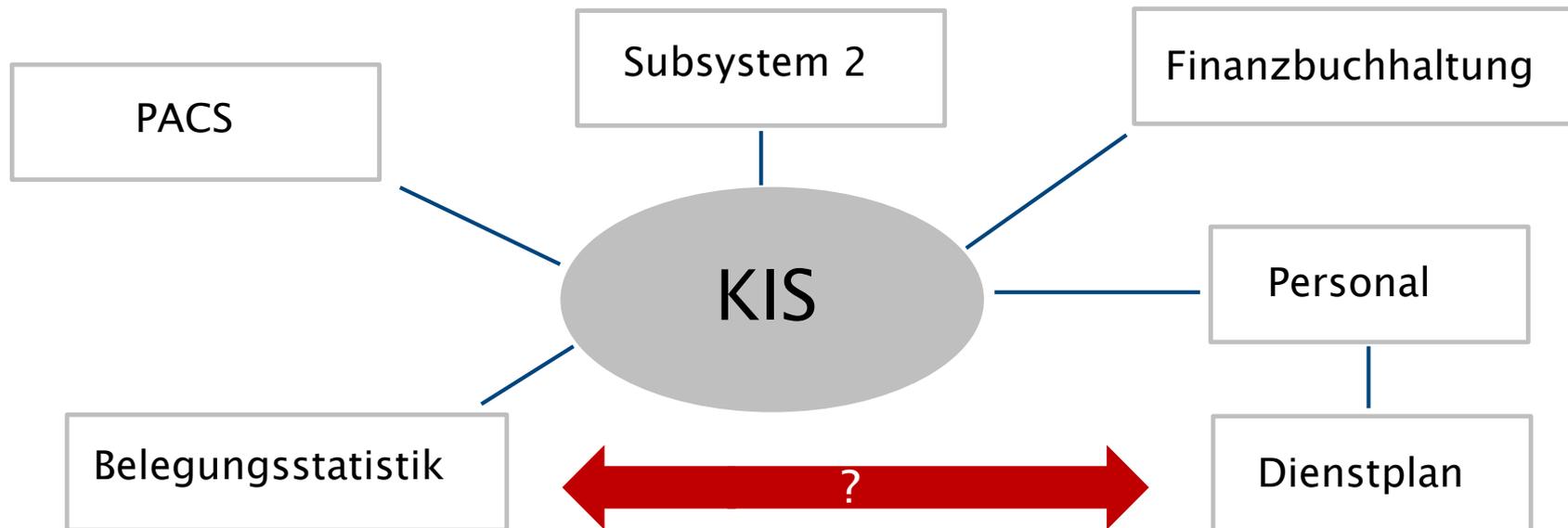
Pflegepersonaluntergrenzen sind keine Personalanhaltszahlen!



Spitzenverband



Dienstpläne und Belegungsstatistik



Digitalisierungsstand der Krankenhäuser

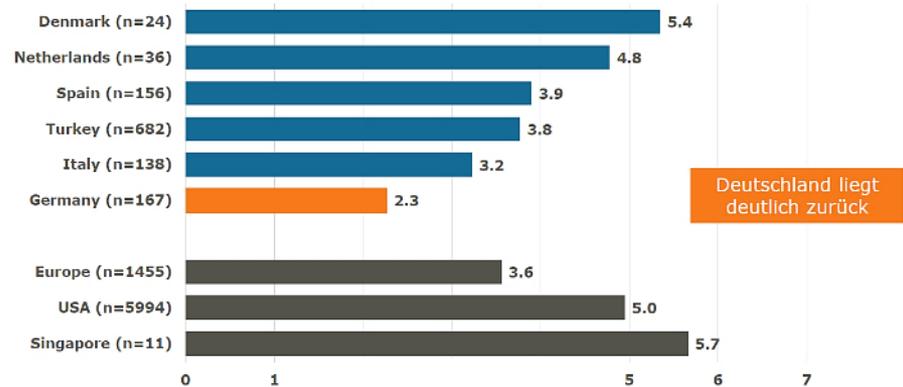
Beispiel: EMRAM-Score

Electronic Medical Records Adoption Model (EMRAM): Maßstab zur Evaluierung des Reifegrads elektronischer Dokumentation und Prozesse in Krankenhäusern

EMR Adoption Model SM	
Stufe	Kumulative Voraussetzungen
Stufe 7	Lückenlose ePA integriert alle klinischen Bereiche (z.B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme) und ersetzt alle (medizinischen) Papierakten; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische- und betriebliche Analysen
Stufe 6	Klinische Dokumentation integriert mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf diskreten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsgabeprozesses (closed loop medication)
Stufe 5	Integrierte Bildmanagementlösung (z.B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder
Stufe 4	Elektronische Verordnung mit klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf einer Rules-Engine) in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation
Stufe 3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Verordnungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal, dies beinhaltet auch die Dokumentation der Medikamentengabe (eMAR)
Stufe 2	Eine Elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus
Stufe 1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert bzw. Daten von externen Dienstbietern können elektronisch verarbeitet werden
Stufe 0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert bzw. Daten von externen Dienstbietern können nicht elektronisch verarbeitet werden



EMRAM (Mittelwerte) im Ländervergleich



Source: HIMSS Analytics Database, Q4/2017 (data from 1/2014 - 12/2017), Status as of 1/1/2018

GKV-HIMSS Treffen, 13.02.2018, Berlin

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

vom 05.10.2018



Spitzenverband

Veröffentlichung im
Bundesgesetzblatt am
10.10.2018

1632 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

Vom 5. Oktober 2018

Auf Grund des § 137i Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, der durch Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab dem 1. Januar 2019.

(2) Als pflegesensitiv werden die nach Maßgabe von § 3 zu ermittelnden Bereiche in Krankenhäusern festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte sind Personen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufgesetz

Schichtteilungen unberührt. Führt die Arbeitszeitgestaltung eines Krankenhauses dazu, dass eine Schicht sowohl der Tagschicht als auch der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 unterfällt, so kann das für diese Schicht vorgehaltene Personal anteilig den Schichten nach Satz 1 zugeordnet werden.

§ 3

Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in den Krankenhäusern

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt bis zum 31. Oktober 2018 die pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern auf Grundlage

1. der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Jahres 2017 und
2. der in der Anlage enthaltenen Diagnosis Related Groups (Indikatoren-DRGs).

(2) Ein pflegesensitiver Bereich in Krankenhäusern umfasst die jeweilige Fachabteilung mit ihren Stationen für jeden Standort des Krankenhauses gesondert. Erstreckt sich eine Fachabteilung, die als pflegesensitiver Bereich in den Krankenhäusern ermittelt wird, über mehrere Standorte eines Krankenhauses, so gilt die Fachabteilung mit ihren Stationen an jedem Standort

Quelle:

[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27\]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D_1539592672832](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[attr_id=%27bgbl118s1632.pdf%27]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1632.pdf%27%5D_1539592672832)

Pflegepersonaluntergrenzen

- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen gelten schichtbezogen auf allen Stationen der pflegesensitiven Bereiche je Krankenhausstandort.

	Intensiv- medizin		Geriatric		Kardiologie		Unfallchirurgie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Max. Anzahl von Patienten pro 1 Pflegekraft	2,5*	3,5*	10	20	12	24	10	20
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	8%	8%	20%	40%	10%	15%	10%	15%

* Diese Verhältniszahlen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gelten für die Jahre 2019 und 2020.
Ab dem 01.01.2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von „2 : 1“ und für die Nachtschicht das Verhältnis von „3 : 1“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

KPMG-Studie



PpUGV



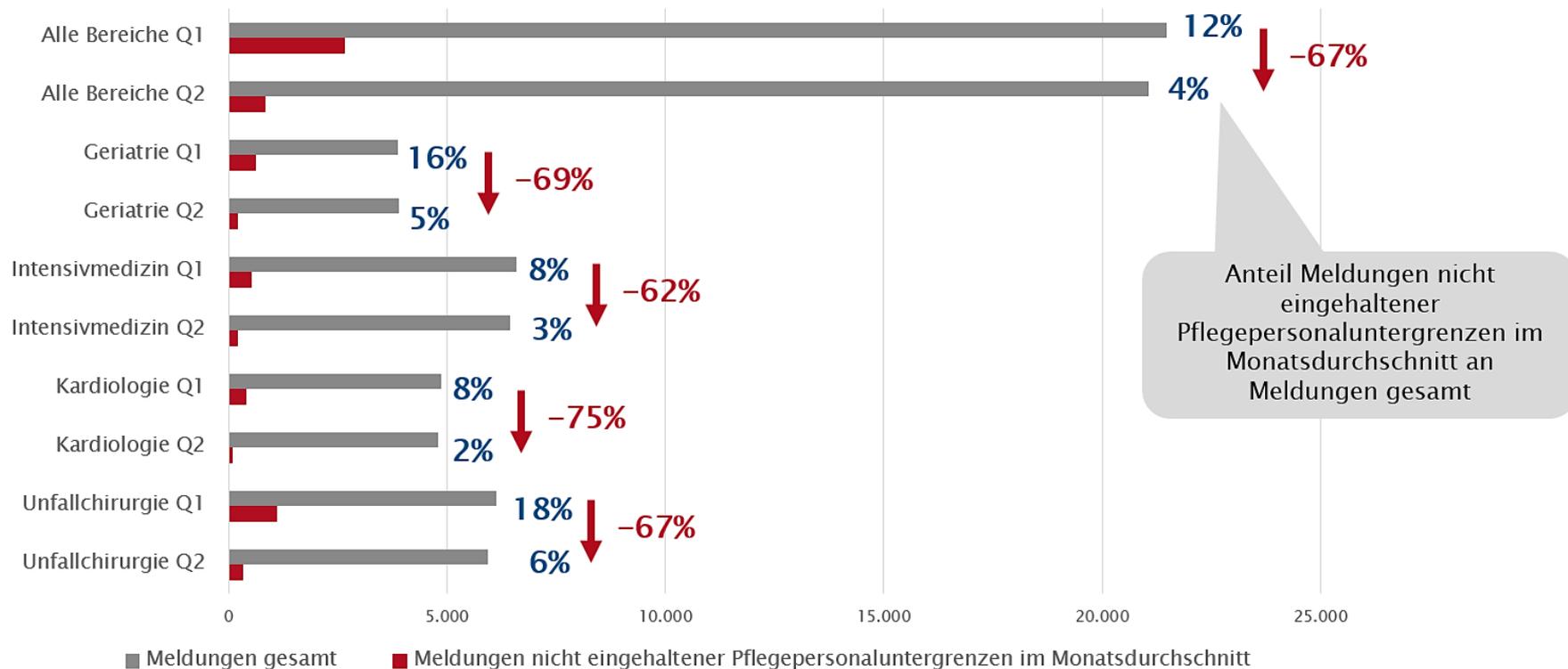
- Keine Risikoadjustierung
- Keine Wochentags-differenzierung
- 2 statt 3 Schichten
- 4 statt 6 pflegesensitive Bereiche

Nichteinhaltung Pflegepersonaluntergrenzen

1. und 2. Quartal im Vergleich



Spitzenverband



PpSG: Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

ab
2021

jährlich weitere Bereiche mit Pflegepersonaluntergrenzen

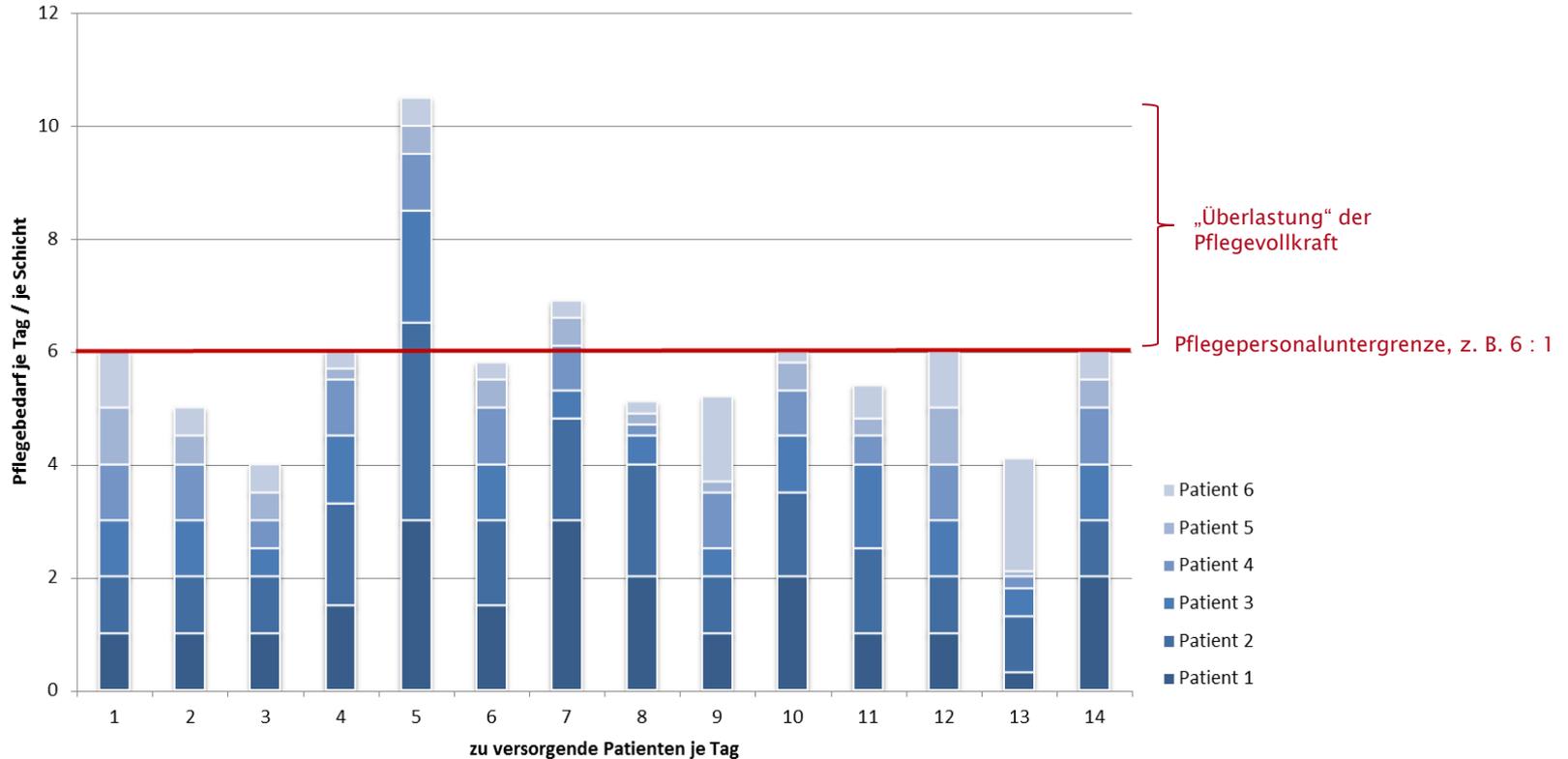
2020

- neue Pflegepersonaluntergrenzen für bestehende vier Bereiche
- Ergänzung: Herzchirurgie und Neurologie
- Schweregradadjustierung anhand Pflegeaufwand

2019

- verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in vier Bereichen
- 1. Quartal: keine Sanktionen bei Nichteinhaltung

Heterogener Pflegeaufwand – Notwendigkeit einer Risikoadjustierung



Anti-PpUG-Positionierung der DKG

- ▶ DKG propagiert ihre „Eckpunkte für eine bedarfsgerechte Pflegepersonal-ausstattung“ (20.03.2019).
- ▶ Ziel: Abschaffung stations- und schichtbezogener PpUG
- ▶ Entwicklung eines Pflegepersonal-bemessungsinstruments auf Ganzhausebene
- ▶ Nachweisen der Einhaltung der Untergrenze im Jahresdurchschnitt
- ▶ Sanktionen bei Unterschreiten der Untergrenze, aber drei Jahre sanktionsfreie Übergangsphase


Service





DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

PRESSE

DKG legt Eckpunkte für Strukturveränderungen und Personalbemessung fest
Ende einer destruktiven Krankenhauspolitik

20. März 2019

Der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG] hat auf seiner gestrigen Sitzung zwei grundlegende Beschlüsse zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung getroffen. „Wir sind uns alle bewusst, dass wir im Bereich der Personalbesetzung neue Wege gehen müssen. Zudem brauchen wir den Mut, uns aktiv in die Veränderung der Strukturen der stationären und ambulanten Versorgung einzubringen“, erklärte der Präsident der DKG, Dr. Gerald Gaß.

Die DKG will in einem Schulterschluss mit Deutschem Pflegerat, Pflegekammern und Gewerkschaften ein Personalbemessungsinstrument entwickeln, das eine angemessene Pflegepersonalausstattung definiert und die bürokratischen und fehlsteuernden Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig macht. Dabei orientiert sich die DKG an den anerkannten Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in den unterschiedlichen medizinischen Leistungsfeldern. Das Instrument definiert den zukünftigen Pflegebedarf für das gesamte Krankenhaus (Ganzhausansatz). „Wenn dann ein aktives Personalmanagement und gute Führung sowie eine deutliche Entbürokratisierung hinzukommen, sind wir auf dem richtigen Weg. Es muss unser Ziel sein, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. So erfahren ausgebildete Pflegenden wieder mehr Wertschätzung und fühlen sich weiter an ihren Beruf gebunden. Aus dem aktiven Beruf ausgeschiedene Pflegekräfte könnten sich zur Rückkehr in den Beruf entschließen und Mitarbeiter in Teilzeit ihre Arbeitszeit moderat erhöhen“, so Gaß.

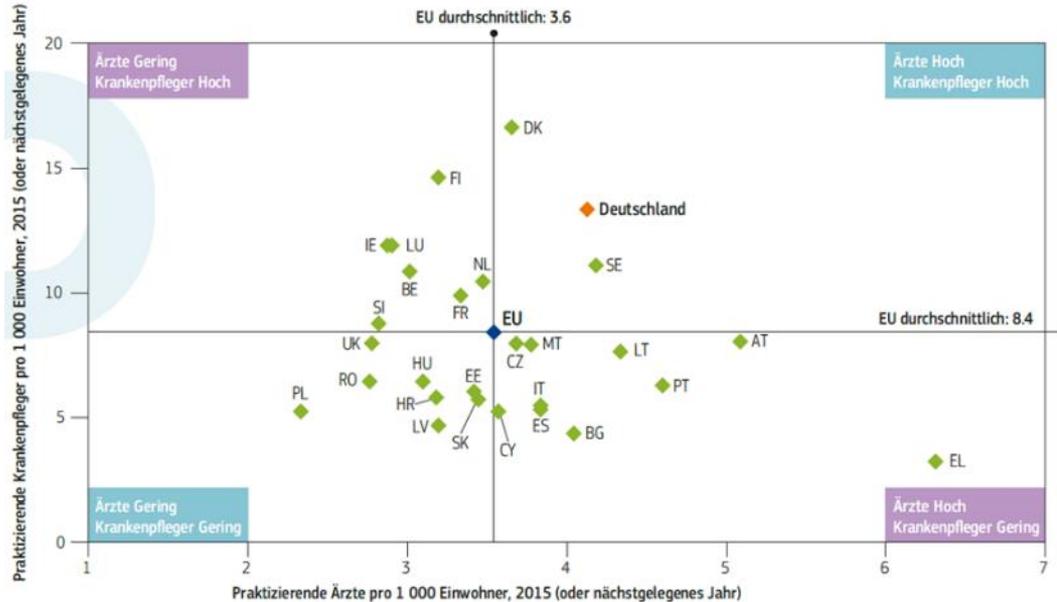
Zusätzlich hat der Vorstand beschlossen, sich aktiv der Strukturdebatte zu stellen. Der Abbau von Parallelstrukturen und Unterversorgungssituationen im Krankenhausbereich muss in einem gemeinsamen Pakt von Politik, Krankenhäusern und Krankenkassen auf den Weg gebracht werden. „Wir werden nur dann unterschiedliche Interessen vereinigen können, wenn sich die Veränderungen konsequent an den Versorgungsbedarfen in den Regionen orientieren, transparent ausgestaltet werden und schlüssige Antworten auf die wesentlichen, beschriebenen Herausforderungen geben. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind bereit sich aktiv und gestaltend in der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in den Regionen einzubringen. Gleichzeitig muss aber auch die destruktive Politik der Strukturbereinigung auf kaltem Weg über nicht mehr überschaubare regulatorische Anforderungen und überzogene MDK-Prüfungen ein Ende haben“, so der Präsident.

Pflegepersonaluntergrenzen 2020

Anhaltzzahlen können die Selbstkostendeckung für das Pflegebudget ablösen,
aber nicht die Pflegepersonaluntergrenzen!

- Personalanhaltzzahlen sind Budgetschutz.
- Personaluntergrenzen sind Patientenschutz.

Deutschland weist relativ zur Bevölkerung vergleichsweise hohe Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Quelle: State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, Abbildung 7

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV

Ersatzvornahme für 2020



Spitzenverband

Bearbeitungsstand: 09.09.2019 16:10 Uhr

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

(Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)

A. Problem und Ziel

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege hat zwar in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gleichwohl konnte sie mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung sind unter anderem ein höherer Krankenstand und ein frühzeitiges Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf. Werden keine Gegenmaßnahmen eingeleitet, führt dies zu einer Verschärfung des Mangels an Pflegekräften, zu weiter steigenden Belastungen für die verbleibenden Kräfte und nicht zuletzt zu Nachteilen

Aktuelle Aspekte der Pflegedokumentation

- ▶ **Gesetz:**
Bis zum 28.02.2019 sind zu streichende Prozedurenschlüssel zu benennen, da sie nach Einführung des Pflegebudgets nicht mehr benötigt werden (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 KHEntgG).
- ▶ **Gesetzesbegründung:**
Entlastung im Dokumentationsaufwand, insbesondere durch Streichung des PKMS
- ▶ **Aktuelles: (BMG-Schreiben)**
PKMS bleibt 2020 noch erhalten, wird dann substituiert.

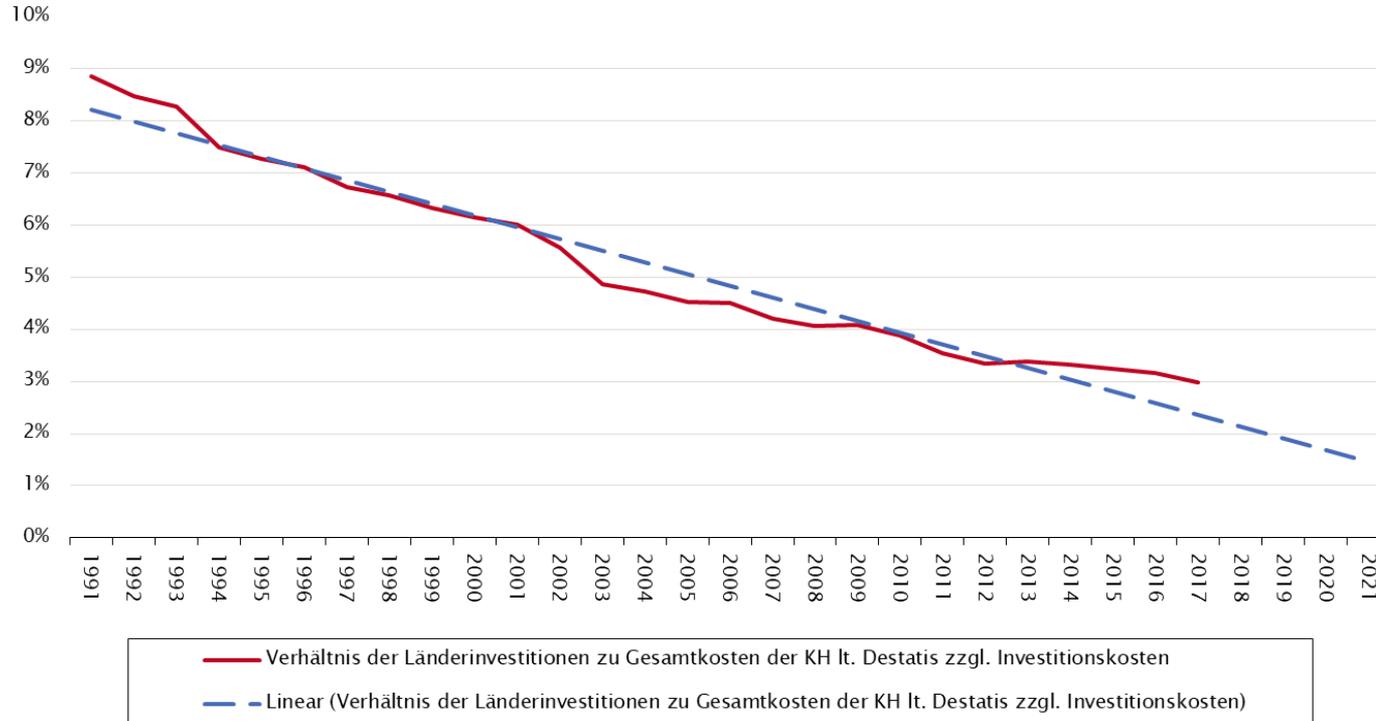
Digitale Pflegedokumentation

- ▶ Ziel: Doppelerfassung vermeiden!
- ▶ Umsetzung: Einmalige elektronische Erfassung, Ableitung von Pflegebedarf und Pflegeleistung durch Datenexport aus der digitalen Pflegedokumentation
- ▶ Die komplette Risikoadjustierung muss sich aus der Pflegedokumentation ableiten lassen – nicht nur die „PKMS-Fälle“.
- ▶ Ende des 1. Quartals 2020 sollte möglichst eine digitale Basisdokumentation vom DIMDI veröffentlicht werden.
- ▶ Investieren Sie in die digitale Pflegedokumentation!!!

Gang der Handlung

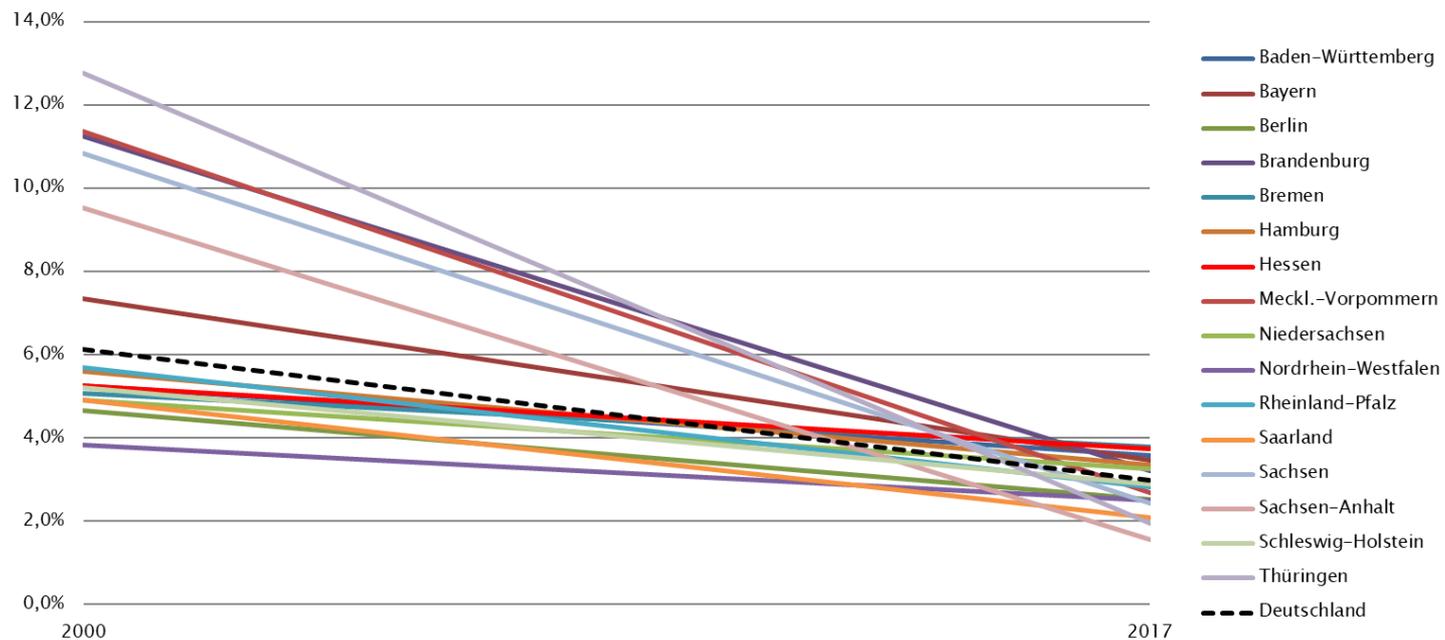
1. DRG–Pflege–Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant–stationär
6. Fazit

Rückläufige Investitionen der Bundesländer

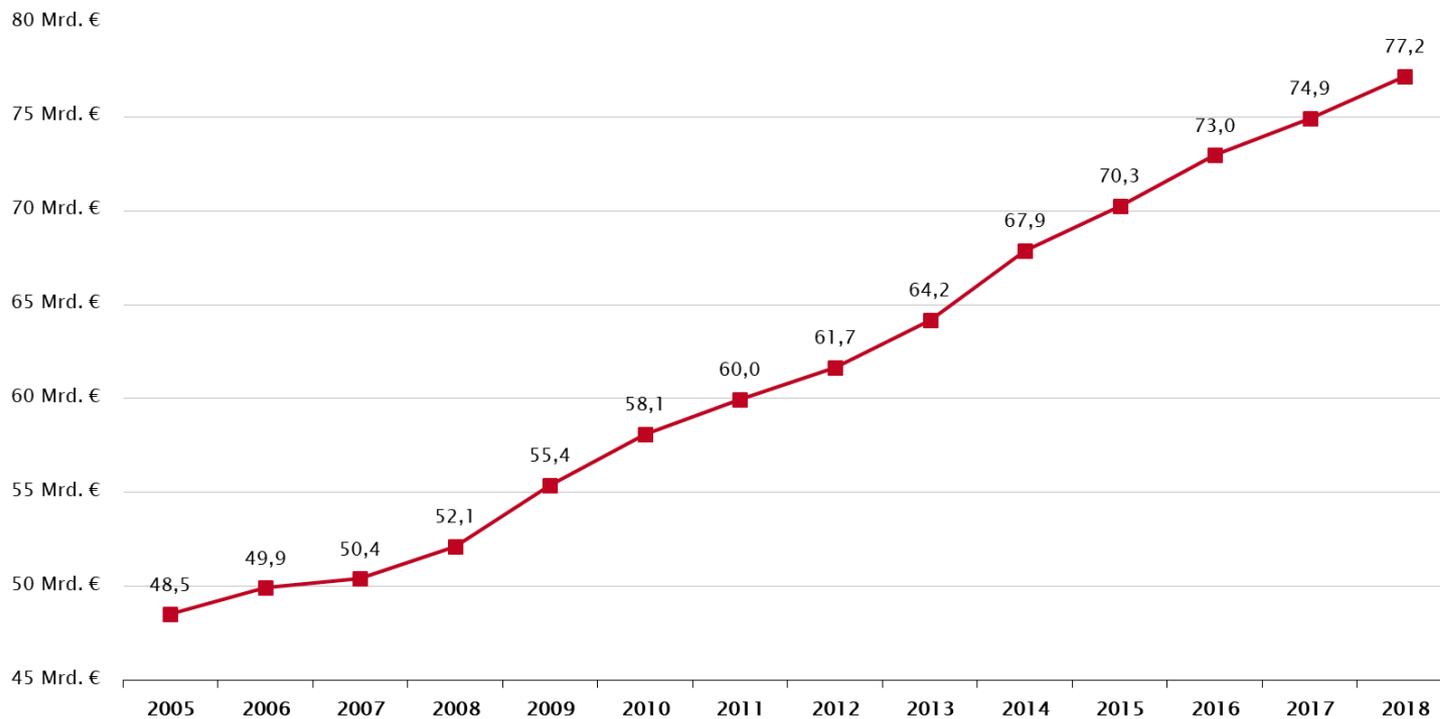


Alle Länder sind gleich!

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der KH It. Destatis zzgl. Investitionskosten



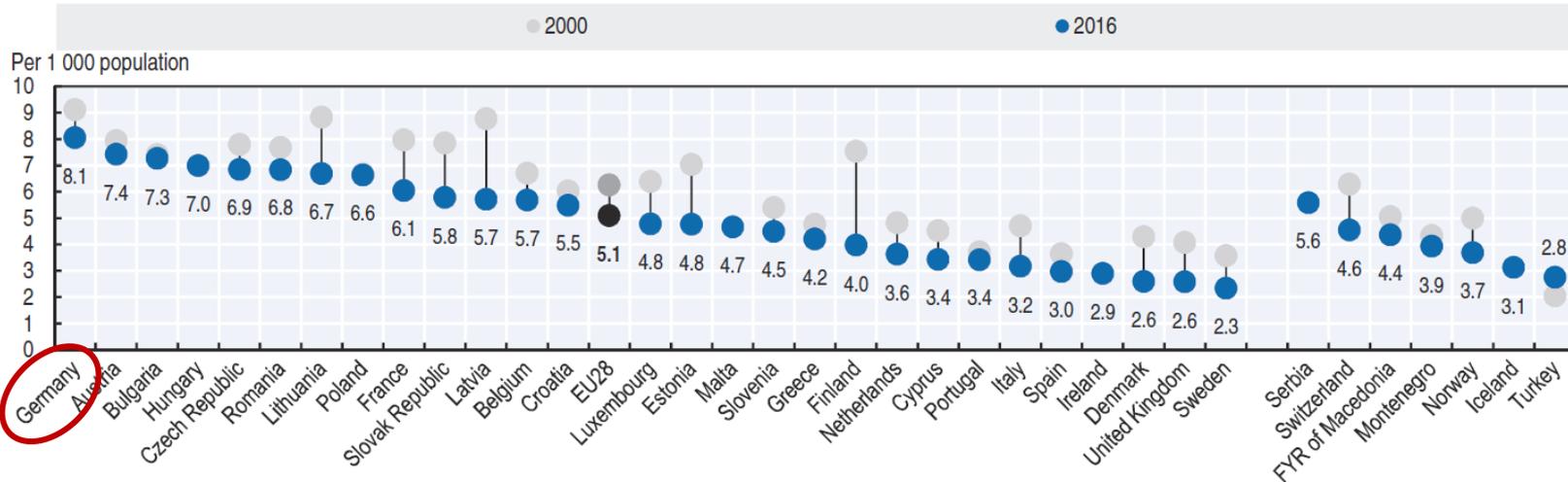
GKV-Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich



Quelle: Amtliche Statistik KJ1

Krankenhausbetten im internationalen Vergleich

7.22. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2016 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database.

Strukturbereinigung einleiten!

Niederlande



16,7 Mio. Einwohner
Fläche: 41.500 Quadratkilometer

NRW



17,9 Mio. Einwohner
Fläche: 34.000 Quadratkilometer

Landesplanung – ein Ammenmärchen

Der Kinderglaube

- ▶ Ein fürsorglicher Landesvater baut Krankenhäuser überall dort, wo die Landeskinder dies benötigen.
- ▶ Er achtet auf Trägervielfalt.
- ▶ Er passt auf, dass die Behandlung überall gut ist.

Die Wirklichkeit

- ▶ Der G-BA als Regulierungsbehörde definiert die Erreichbarkeiten und damit die notwendigen Krankenhausstandorte.
- ▶ Das Kartellamt als Regulierungsbehörde regelt die Trägervielfalt.
- ▶ Der G-BA und das IQTIG überwachen als Regulierungsbehörden die Qualität.

Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Beim Sicherstellungszuschlag wurde die landesplanerische Einzelfallentscheidung durch einen bundesweiten Algorithmus ersetzt.

Der G-BA wird zur Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung.

Diese Rolle hat er schon bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelbereich.

Zunehmend kritisch ist die verfassungsrechtliche Unwucht: Die Länder kommen ihrer Finanzverpflichtung nicht nach, beanspruchen aber doch weiterhin die Planungshoheit.

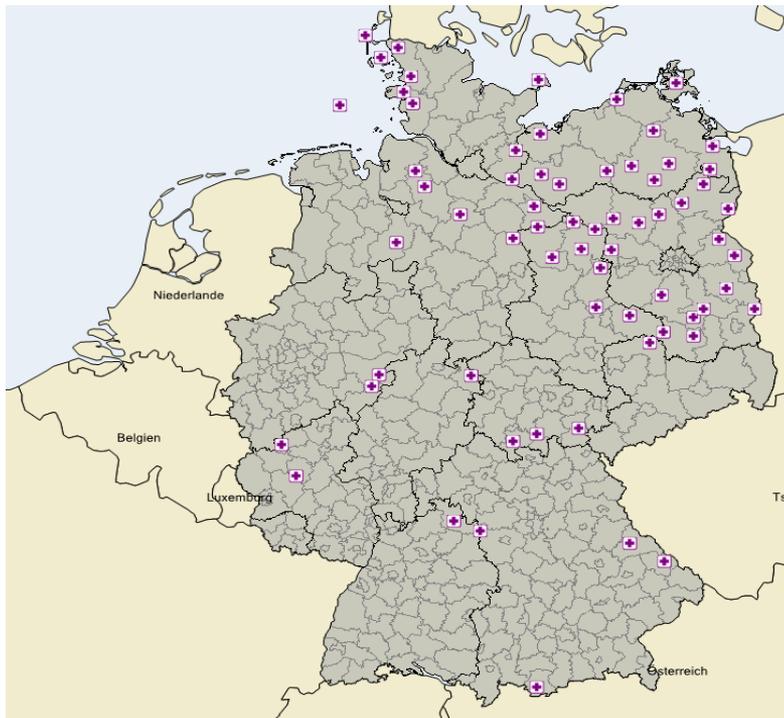
Anmerkung: Das Grundgesetz kennt auch Grundgesetzänderungen.

Sicherstellungszuschlag

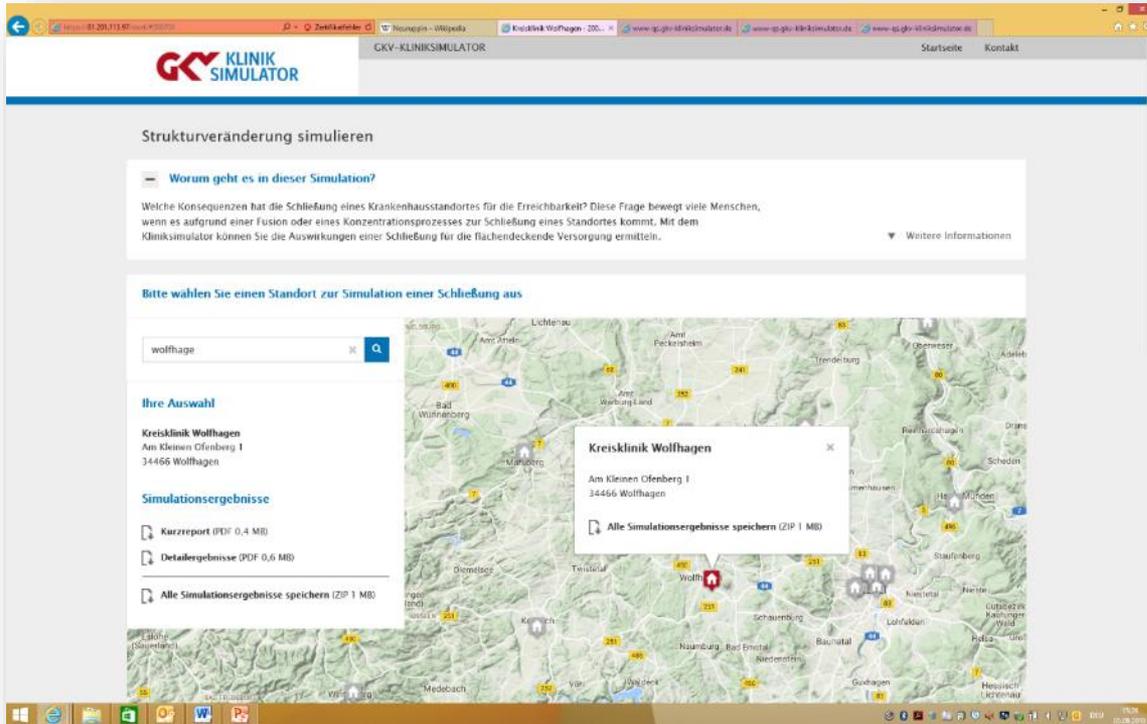
G-BA-Beschluss vom 24.11.2016



Spitzenverband



Pkw-Fahrzeit	30 Minuten
Betroffenheitsnorm	5.000 Einwohner
Einwohnerdichte	≤ 100 Einwohner/km ²
Notwendige Vorhaltung	Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie
Inselkrankenhäuser	Öffnungsklausel
ca. 100 Sicherstellungskandidaten	



Strukturveränderung simulieren

Worum geht es in dieser Simulation?

Welche Konsequenzen hat die Schließung eines Krankenhausstandortes für die Erreichbarkeit? Diese Frage bewegt viele Menschen, wenn es aufgrund einer Fusion oder eines Konzentrationsprozesses zur Schließung eines Standortes kommt. Mit dem Kliniksimulator können Sie die Auswirkungen einer Schließung für die flächendeckende Versorgung ermitteln.

[Weitere Informationen](#)

Bitte wählen Sie einen Standort zur Simulation einer Schließung aus

wolfhage

Ihre Auswahl

Kreisklinik Wolfhagen
Am Kleinen Ofenberg 1
34466 Wolfhagen

Simulationsergebnisse

- ↓ Kurzreport (PDF 0,4 MB)
- ↓ Detailergebnisse (PDF 0,6 MB)
- ↓ Alle Simulationsergebnisse speichern (ZIP 1 MB)

Kreisklinik Wolfhagen
Am Kleinen Ofenberg 1
34466 Wolfhagen

Alle Simulationsergebnisse speichern (ZIP 1 MB)

Beispiele für qualitätsorientierte Marktregulierung

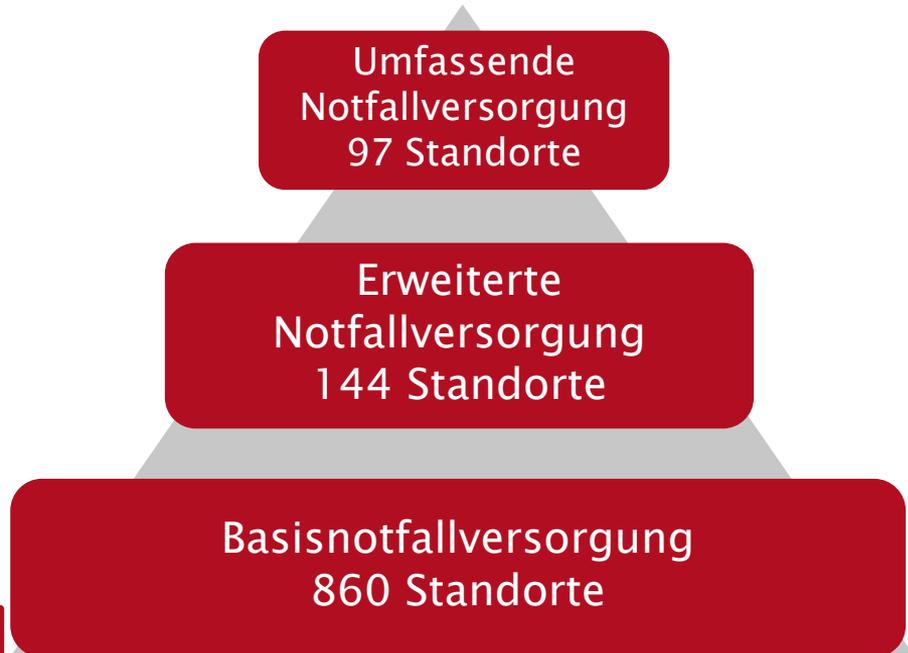
- ▶ Mindestmengen
- ▶ Notfallstufen
- ▶ G-BA-Strukturrichtlinien
(TAVI, Frühgeborene, ...)
- ▶ Pflegepersonaluntergrenzen

Definition von Notfallstufen im G-BA (Folgenabschätzung)

- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ **538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).**
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!

Achtung!

Es geht nicht um das Überleben von Kliniken.
Es geht um das Überleben von Patienten.



Grafik: Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen (n = 1.101; 63 %)

Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) einrichten!



Spitzenverband

Patienten im Irrgarten der Notaufnahmen?

- ▶ Der Patient kann oft nicht selbst entscheiden, ob er ein internistischer oder ein chirurgischer Notfall ist.
- ▶ Die ZNA muss eine fachübergreifende Einheit mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung sein.



Quelle:

http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Zentrale_Seiten/Notfallnummern/Lageplaene/UK_Ulm_Lageplan_OE_01_2014-06-13_E5_V1_Notfall_Chirurgie.pdf

Krankenhaus-Report 2018

Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit



Spitzenverband



101

7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittler-

7

Gang der Handlung

1. DRG–Pflege–Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant–stationär
6. Fazit

Der Weg ins richtige Krankenhaus

- ▶ Wie schaffen wir es, Patienten in die geeignete Notfallversorgung zu bringen?
 - Patienten werden häufig in ein nahegelegenes, aber ungeeignetes Krankenhaus gebracht.
 - Die Behandlungsmöglichkeiten und die Auslastung der Krankenhäuser sind für den Rettungsdienst intransparent.
 - Es gibt keine Qualitätssicherung, ob Patienten in der Zielklinik abschließend behandelt werden konnten.



Diskussionsentwurf BMG: Reform der Notfallversorgung

- ▶ Das Rettungswesen wird Teil des Gesundheitswesens.
- ▶ Es werden bundesweit digital unterstützte Integrierte Leitstellen eingerichtet.
- ▶ Zusammenschaltung der Telefonnummern 112 + 116 117
- ▶ An den laut G-BA-Notfallstufensystem vorgesehenen Krankenhäusern werden Integrierte Notfallzentren eingerichtet.
- ▶ Grundgesetzänderung geplant
- ▶ Anmerkung: Starke Orientierung an Empfehlungen des Sachverständigenrates von 2018

Bearbeitungsstand: 12.07.2019 16:17 Uhr

Nicht mit der Hausleitung abgestimmt

Diskussionsentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

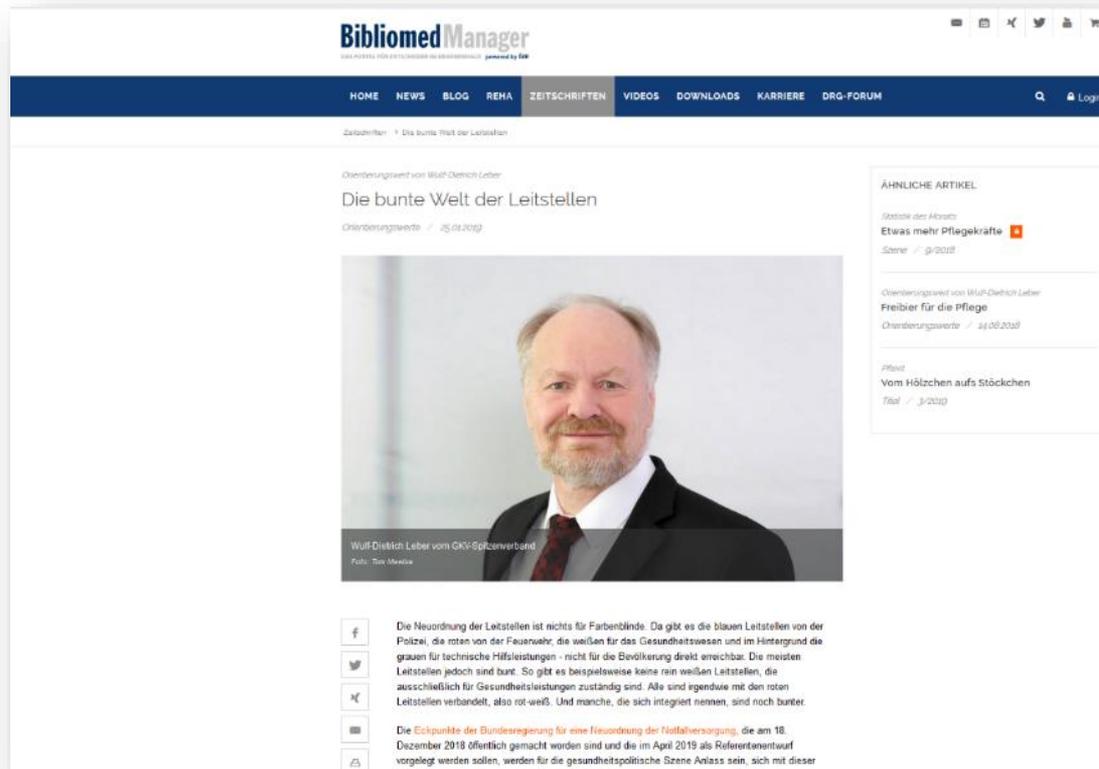
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

A. Problem und Ziel

Die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen gehört zu den zentralen Aufgaben des Gesundheitswesens. Deutschland verfügt über umfassend ausgebaute Systeme der Notfallversorgung in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie über ein ebenfalls gut etabliertes Rettungswesen. Diese drei Versorgungsbereiche unterliegen jeweils unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien betreffend ihre Planung, Finanzierung und Leistungserbringung.

Die ambulante ärztliche Notfallversorgung gesetzlich Krankenversicherter ist, sofern nicht eine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist, nach geltendem Recht die Aufgabe der vertragsärztlichen Leistungserbringer. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dies durch eine differenzierte Versorgungsstruktur, insbesondere auch im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes sicherzustellen. Es ist jedoch zuzuh-

Die bunte Welt der Leitstellen



BibliomedManager
powered by GKV

HOME NEWS BLOG REHA ZEITSCHRIFTEN VIDEOS DOWNLOADS KARRIERE DRG-FORUM

Zuletzt: Die bunte Welt der Leitstellen

Übersetzungswort von Wulf-Dietrich Leber
Die bunte Welt der Leitstellen
Übersetzungswort / 25.09.2019



Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband
Foto: Tom Mewitz

Die Neuordnung der Leitstellen ist nichts für Farbenblinde. Da gibt es die blauen Leitstellen von der Polizei, die roten von der Feuerwehr, die weißen für das Gesundheitswesen und im Hintergrund die grauen für technische Hilfsleistungen - nicht für die Bevölkerung direkt erreichbar. Die meisten Leitstellen jedoch sind bunt. So gibt es beispielsweise keine rein weißen Leitstellen, die ausschließlich für Gesundheitsleistungen zuständig sind. Alle sind irgendwie mit den roten Leitstellen verbandelt, also rot-weiß. Und manche, die sich integriert nennen, sind noch bunter.

Die Eckpunkte der Bundesregierung für eine Neuordnung der Notfallversorgung, die am 18. Dezember 2018 öffentlich gemacht worden sind und die im April 2019 als Referentenentwurf vorgelegt werden sollen, werden für die gesundheitspolitische Szene Anlass sein, sich mit dieser

ÄHNLICHE ARTIKEL

Stimme des Aborts
Etwas mehr Pflegekräfte
Senne / 9/2018

Übersetzungswort von Wulf-Dietrich Leber
Freiber für die Pflege
Chanderungswort / 24.08.2019

Pflicht
Vom Hölzchen aufs Stöckchen
Tilf / 3/2019

- <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften>
- <http://wulf-dietrich-leber.de/kolumnen>

Gesetzentwurf zur Notfallversorgung

- ▶ Grundgesetzänderung:
in Artikel 74 Absatz 1 wird eingefügt:
„12a die wirtschaftliche Sicherung des Rettungsdienstes“



GG, Artikel 74: Konkurrierende Gesetzgebung

14. die Erzeugung und Nutzung der Kernenergie zu friedlichen Zwecken, die Errichtung und den Betrieb von Anlagen, die diesen Zwecken dienen, den Schutz gegen Gefahren, die bei Freiwerden von Kernenergie oder durch ionisierende Strahlen entstehen, und die Beseitigung radioaktiver Stoffe.
- ⁽²⁾ Gesetze nach Absatz 1 Nr. 9a bedürfen der Zustimmung des Bundesrates.

ARTIKEL 74

Gebiete der konkurrierenden Gesetzgebung

⁽¹⁾ Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete:

1. das bürgerliche Recht, das Strafrecht, die Gerichtsverfassung, das gerichtliche Verfahren (ohne das Recht des Untersuchungshaftvollzugs), die Rechtsanwaltschaft, das Notariat und die Rechtsberatung;
2. das Personenstandswesen;
3. das Vereinsrecht;
4. das Aufenthalts- und Niederlassungsrecht der Ausländer;
5. (weggefallen)
6. die Angelegenheiten der Flüchtlinge und Vertriebenen;
7. die öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht);
8. (weggefallen)

- recht (ohne das Recht der Erschließungsbeiträge) und das Wohngeldrecht, das Altschuldenhilferecht, das Wohnungsbauprämienrecht, das Bergarbeiterwohnungsbaurecht und das Bergmannssiedlungsrecht;
19. Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte;
- 19a) die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze;
20. das Recht der Lebensmittel einschließlich der ihrer Gewinnung dienenden Tiere, das Recht der Genussmittel, Bedarfsgegenstände und Futtermittel sowie den Schutz beim Verkehr mit land- und forstwirtschaftlichem Saat- und Pflanzgut, den Schutz der Pflanzen gegen Krankheiten und Schädlinge sowie den Tierschutz;
21. die Hochsee- und Küstenschifffahrt sowie die Seezeichen, die Binnenschifffahrt, den Wetterdienst, die Seewasserstraßen und die dem allgemeinen Verkehr dienenden Binnenwasserstraßen;
22. den Straßenverkehr, das Kraftfahrwesen, den Bau und die Unterhaltung von Landstraßen für den Fernverkehr sowie die Erhebung und Verteilung von Gebühren oder Entgelten für die Benutzung öffentlicher Straßen mit Erlaubnis...

BMG–Diskussionsentwurf: Integrierte Leitstellen

- ▶ Gesetzesvorschlag: § 133b (neu) „Gemeinsame Notfalleitstellen“
- ▶ Länder und Kassenärztliche Vereinigungen schaffen gemeinsame Leitstellen
 - Kombination der Telefonnummern 112 und 116 117
 - Terminservicestellen
- ▶ telefonische Ersteinschätzung: standardisiert und softwaregestützt
- ▶ digitale Dokumentation und Vernetzung

(Anmerkung: bislang keine bundesweite Strukturierung)

Die digitalisierte Leitstelle morgen!

- ▶ Versorgungsgebiet: mindestens 1 Mio. Menschen
- ▶ Digitaler Zugriff in Echtzeit auf alle Rettungsmittel (Rettungswagen, Hubschrauber)
- ▶ Digitaler Zugriff der Rettungswagen in Echtzeit auf Krankenhaus–Notfallambulanzen
- ▶ Digitale Übertragung von Falldaten vom Rettungswagen an das aufnehmende Krankenhaus

... und zwar deutschlandweit!

IVENA eHealth

Bsp. Hessen, Kassel (Stadt und Kreis)

Notfallversorgung: Chirurgie – Herzchirurgie

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Notfallversorgung** | Impressum

Bitte wählen Sie eine Stadt oder einen Landkreis aus, der angezeigt werden soll:

Leitstelle Kassel

Bitte wählen Sie ein Fachgebiet:

Augenheilkunde | **Chirurgie** | Frauenheilkunde u. Geburtshilfe | Geriatrie | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Hyperbare Medizin | Innere Medizin | Kinderheilkunde | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Neurochirurgie | Neurologie | Nuklearmedizin/HämATOLOGIE

Psychiatrie und Psychotherapie | Psychotherapeutische Medizin | Urologie | Besondere Aufgaben | Diagnostik/Geräte | Landestellen für Rettungshubschrauber | Palliativ

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

Allgemein- und Viszeralchirurgie | Alterstraumatologie | Chir. IMC mit Beatmung | Chir. IMC ohne Beatmung | Chir. Intensiv mit Beatmung | Chir. Intensiv ohne Beatmung | Gefäßchirurgie | Handchirurgie | Herzchirurgie | Kinderchirurgie | Orthopädie | Plastische Chirurgie | Replantationschirurgie

Thoraxchirurgie | Traumatologisch Intensiv ohne Beatmung | Unfallchirurgie | Verbrennungschirurgie | Wirbelsäulenchirurgie

Bitte wählen Sie eine Behandlungsmöglichkeit:

Notfallversorgung | Stationäre Versorgung

Leitstelle Kassel

	06.00	07.00	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	LFR	SR	Ru	CT	MRT	GEE	HRU	HS	HB	CIS	CB	TZ	SU	NIS	NIS	
Leitstelle Kassel																							
Klinikum Kassel																							

Letzte Aktualisierung 29.03.2017 10:15:54 Uhr

Notfallversorgung: Innere Medizin – Allgemeine Innere Medizin

IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis

Anmelden | **Notfallversorgung** | Impressum

Bitte wählen Sie eine Stadt oder einen Landkreis aus, der angezeigt werden soll:

Leitstelle Kassel

Bitte wählen Sie ein Fachgebiet:

Augenheilkunde | Chirurgie | Frauenheilkunde u. Geburtshilfe | Geriatrie | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | Haut- und Geschlechtskrankheiten | Hyperbare Medizin | **Innere Medizin** | Kinderheilkunde | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Neurochirurgie | Neurologie | Nuklearmedizin/HämATOLOGIE

Psychiatrie und Psychotherapie | Psychotherapeutische Medizin | Urologie | Besondere Aufgaben | Diagnostik/Geräte | Landestellen für Rettungshubschrauber | Palliativ

Bitte wählen Sie einen Fachbereich:

Algemein- und Viszeralchirurgie | Alterstraumatologie | Chir. IMC mit Beatmung | Chir. IMC ohne Beatmung | Chir. Intensiv mit Beatmung | Chir. Intensiv ohne Beatmung | Gefäßchirurgie | Handchirurgie | Herzchirurgie | Kinderchirurgie | Orthopädie | Plastische Chirurgie | Replantationschirurgie

Thoraxchirurgie | Traumatologisch Intensiv ohne Beatmung | Unfallchirurgie | Verbrennungschirurgie | Wirbelsäulenchirurgie

Bitte wählen Sie eine Behandlungsmöglichkeit:

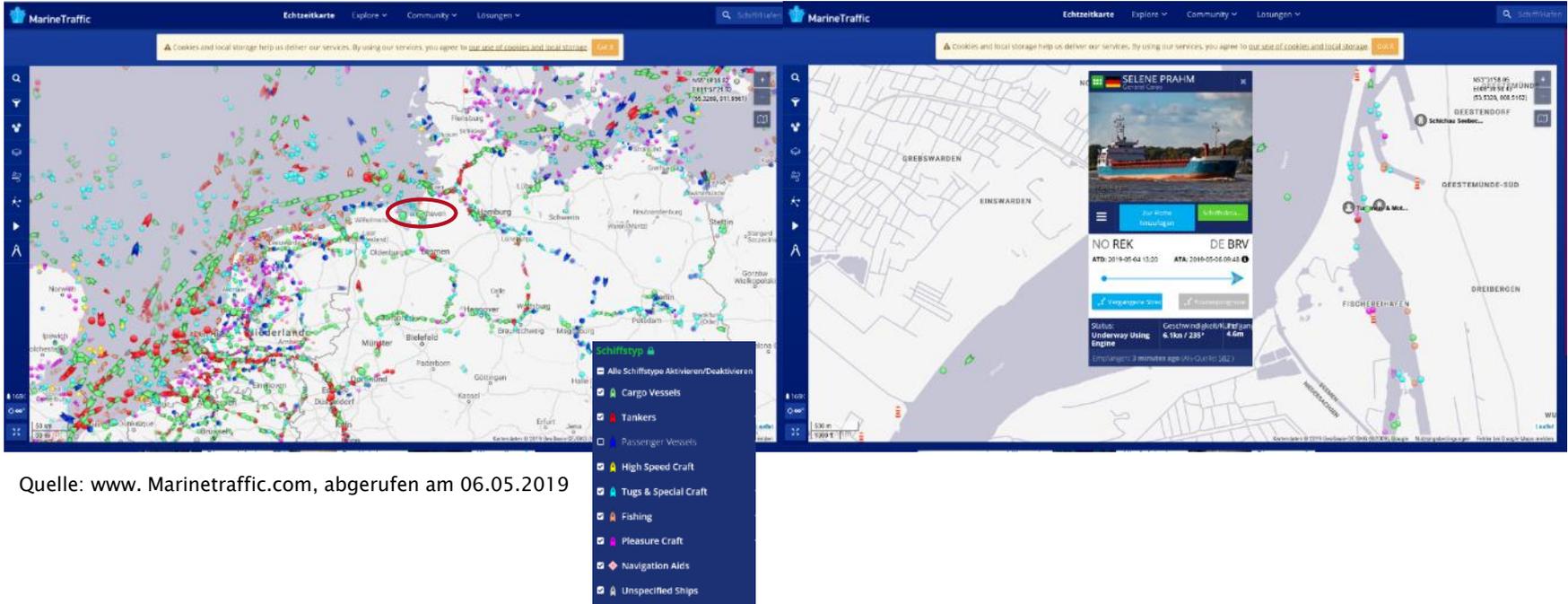
Notfallversorgung | Stationäre Versorgung

Leitstelle Kassel

	06.00	07.00	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	LFR	SR	Ru	CT	MRT	GEE	HRU	HS	HB	CIS	CB	TZ	SU	NIS	NIS	
Leitstelle Kassel																							
Diakonie Kliniken																							
Elisabeth-Krankenhaus																							
Klinik Lippoldenberg																							
Klinikum Kassel																							
Krankenhaus Hofgeismar																							
Krankenhaus Wolfhagen																							
Marlen-Krankenhaus																							
Kloster Kreuz KHIS																							

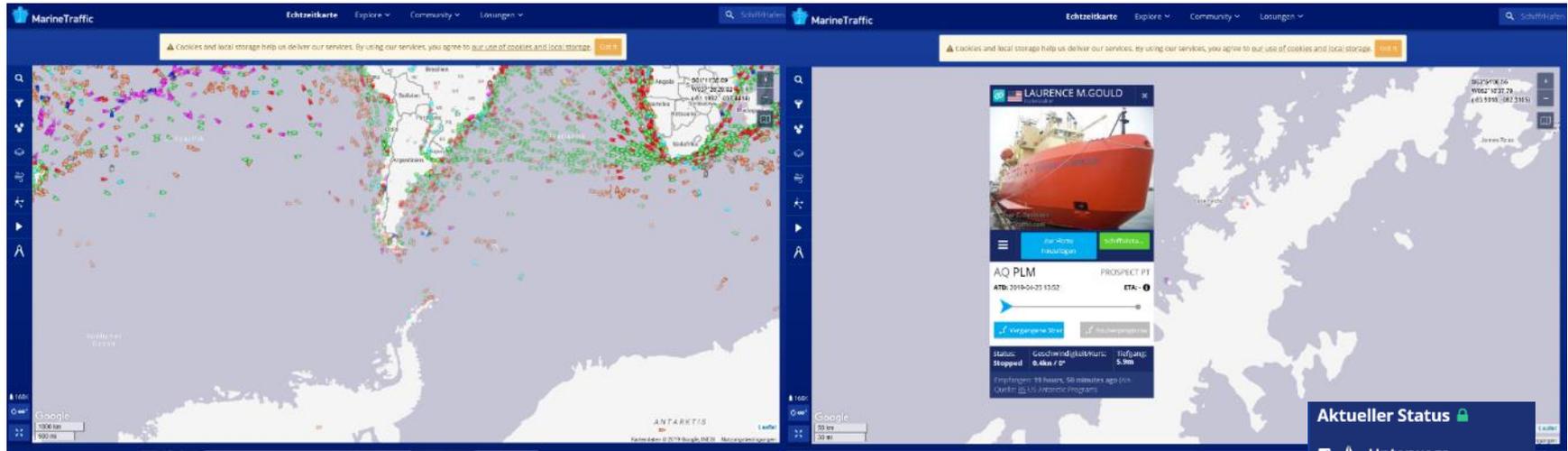
Letzte Aktualisierung 29.03.2017 10:12:08 Uhr

Bremerhaven



Quelle: www.marinetraffic.com, abgerufen am 06.05.2019

Neko Harbour (Antarktis)



The screenshot shows the MarineTraffic website interface. On the left, a map of Antarctica is displayed with numerous colored icons representing ships. On the right, a detailed view of the ship LAURENCE M. GOULD is shown. The ship's name and flag (USA) are at the top, followed by a photo of the red vessel. Below the photo, the ship's name 'LAURENCE M. GOULD' is repeated, along with 'AQ PLM' and 'PROSPECT PT'. The 'ATD' (Arrival Time) is listed as 2019-04-25 13:52, and the 'ETA' (Estimated Time of Arrival) is shown as a clock icon. A progress bar indicates the ship is 100% 'Vorgeschrieben' (prescribed). The status is 'Gezeichnet' (drawn) with a speed of 0.4kn / 0'. The 'Hafen' (port) is listed as '5.394'. A note mentions 'Empfangen: 19 hours, 56 minutes ago (via OpenPlotter to US Antarctic program)'. A dropdown menu titled 'Aktueller Status' is open, showing two options: 'Unterwegs' (Underway) with a ship icon and 'Vor Anker/ Im Hafen' (At anchor / In port) with an anchor icon.

Quelle: www.marinetraffic.com, abgerufen am 06.05.2019

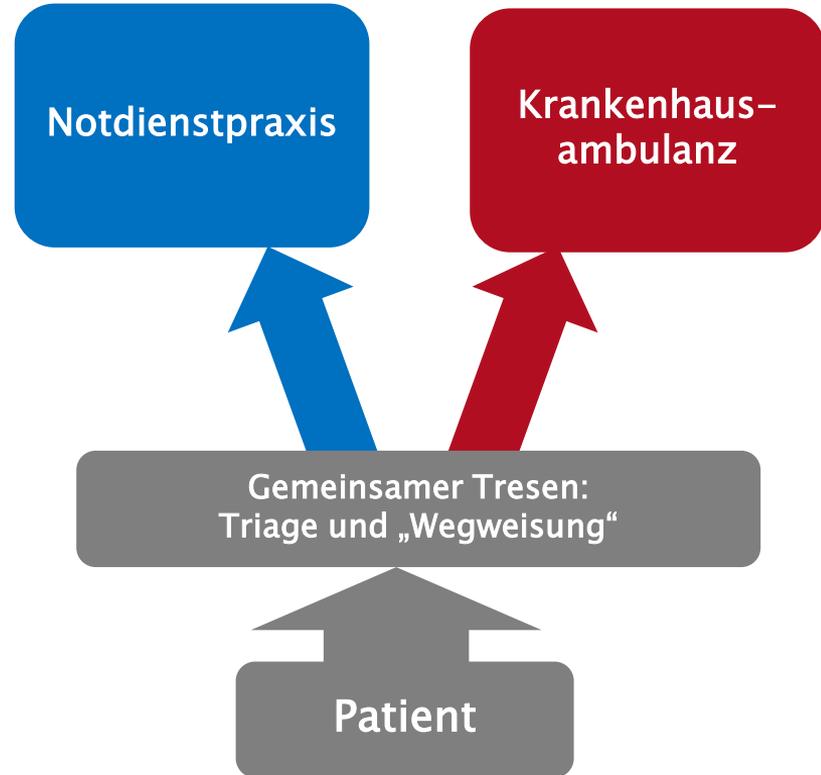
Bundesdatenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Es gibt „auf dem Rechner“
 - alle Krankenhausfälle (21er Daten),
 - alle ambulanten Behandlungsfälle,
 - alle Arzneimittelverschreibungen,..., aber es gibt nicht einmal im Ansatz eine Datenbank aller Rettungsfahrten!

- ▶ Egal, wie einheitlich die Leitstellen digitalisiert werden: In wenigen Jahren sollte eine solche Datenbank funktionsfähig sein.

Konsens: Gemeinsamer Tresen

- ▶ Die SVR-Idee eines rechtlich unabhängigen Notfallzentrums wird nicht funktionieren.
- ▶ Aber:
 - Jedes Krankenhaus mit Notfallambulanz sollte eine KV-Notarztpraxis haben.
 - KV und Krankenhaus haben einen gemeinsamen Tresen zur Ersteinschätzung.



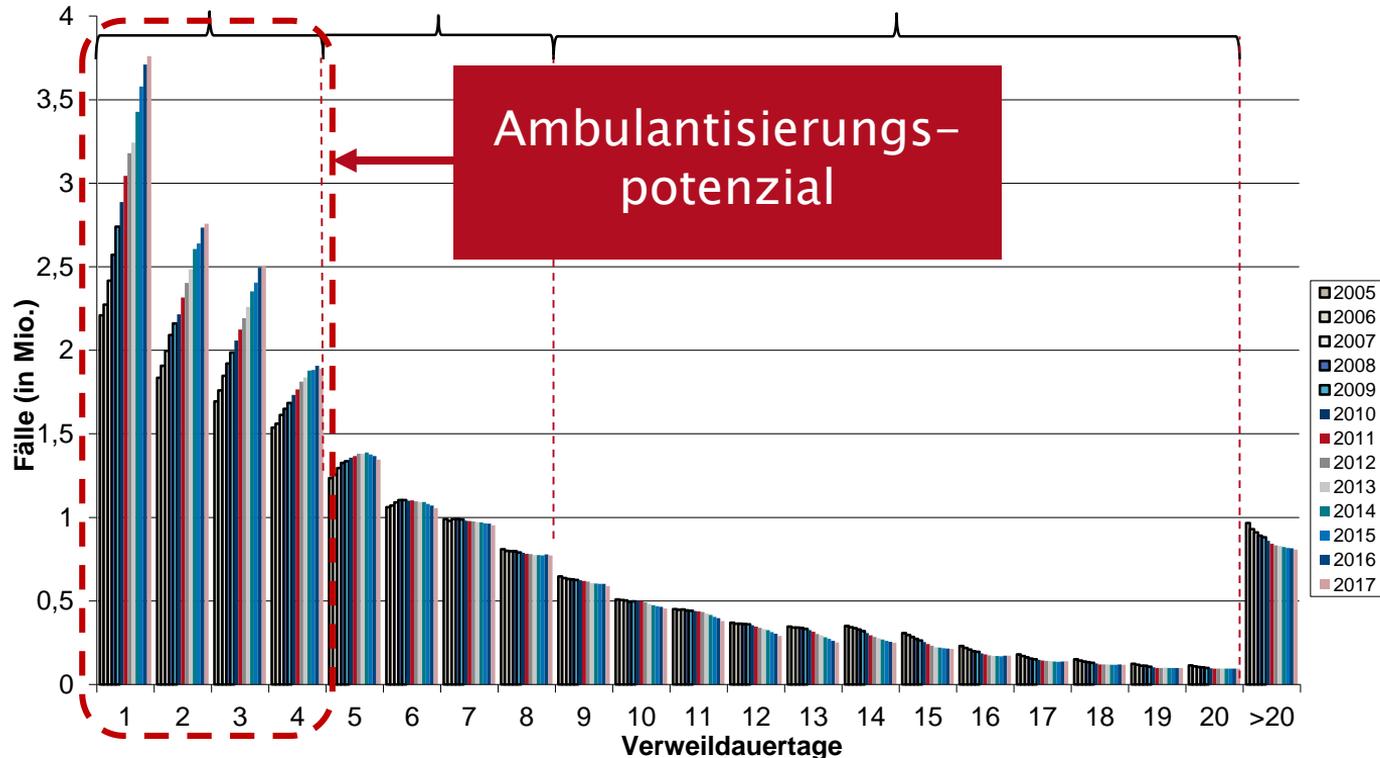
Gang der Handlung

1. DRG–Pflege–Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant–stationär
6. Fazit

Ziel: Fälle aus der DRG-Vergütung in die ambulante Vergütung schieben!



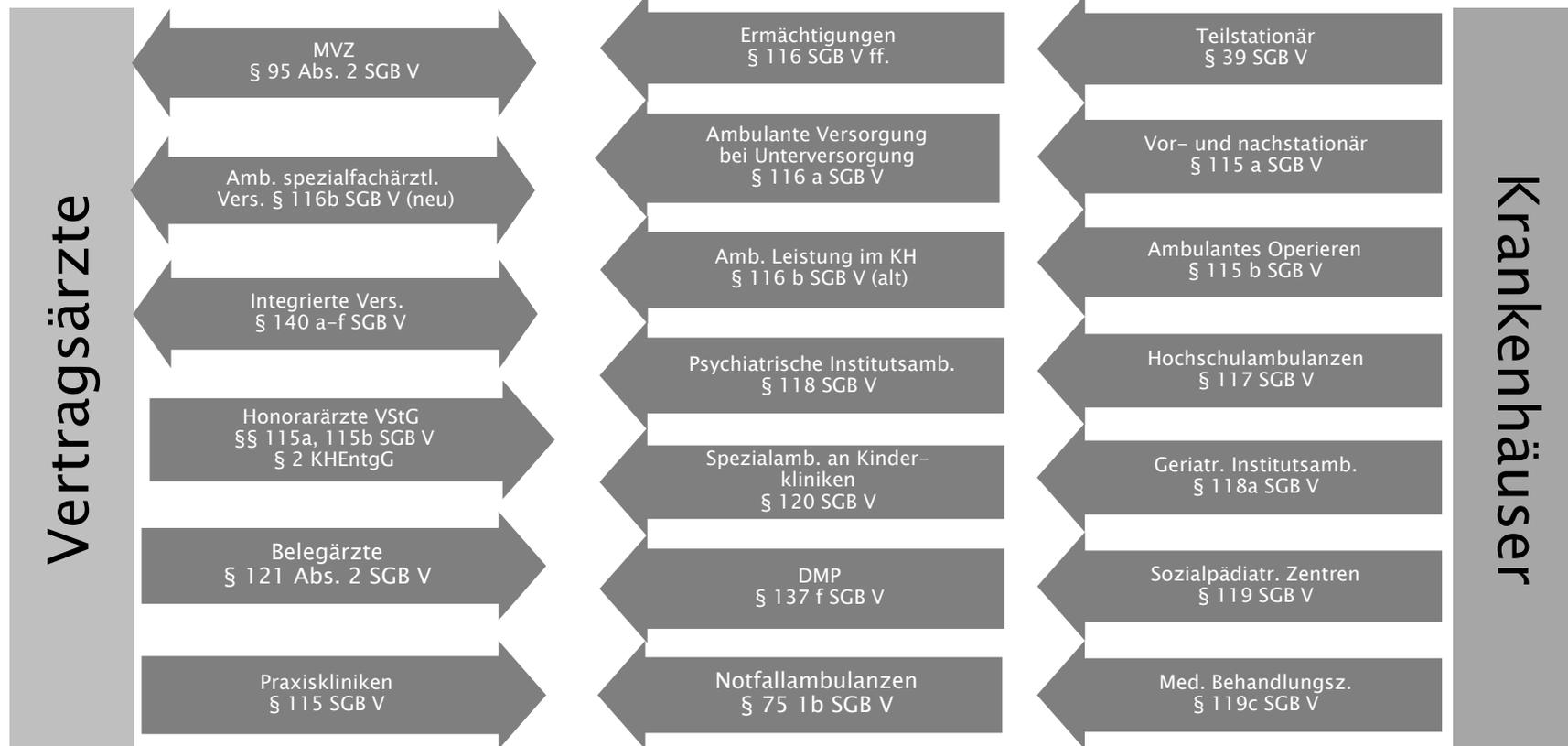
Spitzenverband



- 2005: 16,1 Mio.
- 2017: 18,9 Mio.
- +1,5 Mio. Fälle mit einem Tag VWD in 12 Jahren
- ca. 8 % aller stationären Fälle VWD1.
- Ø VWD 2015: 7,6 Tage
- Ø VWD 2017: 6,1 Tage
- **ABER: Ø VWD 2017 ohne VWD1: 7,4 Tage!!!**

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2017 (Jahr der Entlassung).

Ambulant–stationärer Grenzbereich



Rechtsformen ambulanter Krankenhausleistungen

Faustregel: jedes Jahr eine neue Rechtsform

#	Rechtsform	§(§) SGB V	Start	Initialgesetz
1	Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	116 (zuvor: 368a (6) RVO 95 (1))	**18.08.1955 **01.01.1988	*Gesetz über Kasernenrecht (GKAR) **Gesundheitsreformgesetz (GRG)
2	Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)	– (39)		
3	Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	122*, 115**	*25.03.2009 **01.01.1989	*Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
4	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	115b	01.01.1993; 01.01.2000	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG); erweitert durch GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
5	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	115a	01.01.1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
6	Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	116a	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
7	Ambulante Behandlung im Krankenhaus (alt)	116b (2 ff.) (alt)	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
8	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	116b (neu)	01.01.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSFG)
9	Hochschulambulanzen	117 (zuvor: 368n RVO)	18.08.1955	Gesetz über Kasernenrecht (GKAR)
10	Sozialpädiatrische Zentren	119	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
11	Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	120 (1a)	25.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)
12	Psychiatrische Institutsambulanzen	118 (zuvor: 368n (6) 2 RVO)	01.01.1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerfG)
13	Geriatrische Institutsambulanzen	118a	01.01.2013	Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgeltG)
14	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	137f	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
15	Integrierte Versorgung	140a-d	01.01.2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
16	Besondere Versorgung	140a	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSFG)
17	Teilstationäre Behandlung	39	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
18	Notfallambulanzen	75 (1)/76 (1) (zuvor: 368d (1) RVO)	01.01.1989	Gesetz über Kasernenrecht (GKAR)/Gesundheitsreformgesetz (GRG)
19	Ambulante Behandlung via Terminservicestellen	75 (1a)	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSFG)

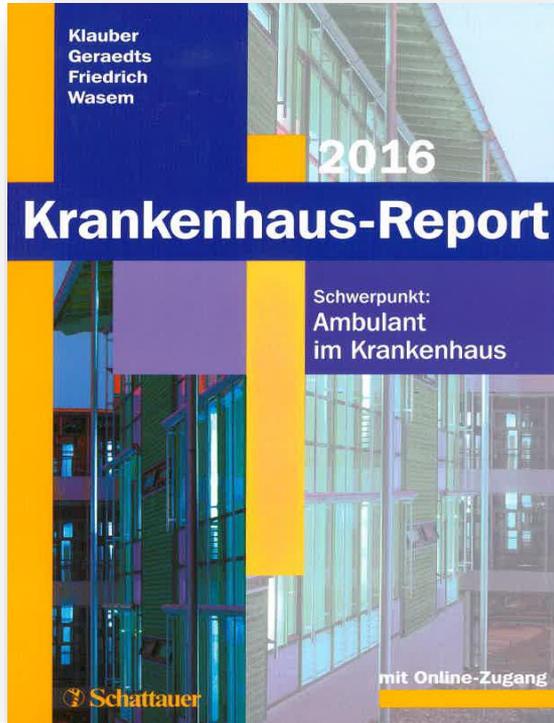
Quelle: Leber, Wasem: Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen, in: Krankenhaus-Report 2016

Krankenhaus-Report 2016

Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus



Spitzenverband



1 Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen

Wulf-Dietrich Leber und Jürgen Wasem

Abstract

Die spätestens mit dem Gesetz über Kassenarztrecht 1955 implementierte rigide Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ist in den vergangenen 25 Jahren in vielen Einzelschritten vom Gesetzgeber aufgebrochen worden. Beispiele sind vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren, diverse Institutsambulanzen, jüngst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Dieser gesundheitspolitische Trend folgte jedoch keinem übergeordneten Konzept. Vielmehr wurden für einzelne Fragen der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Sektors jeweils ad hoc spezifische Lösungen geschaffen. Im Ergebnis stehen daher diverse Versorgungsangebote vergleichsweise inkonsistent nebeneinander; identische Leistungen werden je nach Regelungskreis unterschiedlich vergütet. Notwendig ist daher

Deutsches Ärzteblatt

12

Die Zeitschrift der Ärzteschaft | Gegründet 1872 | Ausgabe A | 20. März 2009



Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b

Ungleicher Kampf



Spitzenverband

Reform nach Versorgungsclustern (1 / 3)

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung

- Ermächtigungen bei Unterversorgung (§§ 116, 116a)
- Geriatrische Institutsambulanzen
- Psychiatrische Institutsambulanzen (Entfernung)
- Sozialpädiatrische Zentren
- Einrichtungen der Behindertenhilfe, Pflegeeinrichtungen, Behandlungszentren für geistig Behinderte (§ 119a – c)

2. Äquivalente Leistungserbringung

- Ambulantes Operieren (AOP)
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung

- Hochschulambulanzen (Art, Schwere, Komplexität)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (Art, Schwere, Dauer)
- vor-, nach- und teilstationäre Versorgung

Reform nach Versorgungsclustern (2 / 3)

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung	2. Äquivalente Leistungserbringung	3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Ermächtigungen bei Unterversorgung (§§ 116, 116a) • Geriatrische <div data-bbox="67 532 511 829" style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 10px;"> <p>Versorgungsdefizite ausgleichen</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • <small>Regelmaßnahmen, Behandlungszentren für geistig Behinderte (§ 119a – c)</small> 	<ul style="list-style-type: none"> • <div data-bbox="763 532 1207 829" style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 10px;"> <p>Fehlallokation und Überkapazitäten vermeiden</p> </div> 	<ul style="list-style-type: none"> • <div data-bbox="1439 532 1883 829" style="background-color: red; color: white; text-align: center; padding: 10px;"> <p>Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge begrenzen</p> </div>

Reform nach Versorgungsclustern (3 / 3)

Ergänzende vertragsärztliche Versorgung

Versorgungsdefizite ausgleichen

- Durchgängig bedarfsabhängige Ermächtigung
- Durchgängig EBM-basierte Vergütung
- Klare Definition und Abgrenzung der Versorgungsaufträge
- Anrechnung in der Bedarfsplanung

Äquivalente Leistungserbringung

Fehlallokation und Überkapazitäten vermeiden

- Sektorenübergreifende Kapazitätssteuerung
- Zeitlich befristete Versorgungsaufträge
- Einheitliche Preis-, Mengen- und QS-Systematik

Hochspezialisierte Ambulanzversorgung

Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge definieren

- Vereinheitlichung von Dokumentation, Strukturanforderungen und Vergütung
- Stringente Definition der Versorgungsaufträge

Die Sektorengrenze
Krankenhaus–Kassenärzte
ist tot.

Es lebe die Sektorengrenze
ambulant–stationär!

Gang der Handlung

1. DRG–Pflege–Split
2. Pflegepersonaluntergrenzen
3. Krankenhauslandschaft
4. Reform der Notfallversorgung
5. Ambulant–stationär
6. Fazit

Fazit

1. Pflege ist die zentrale Herausforderung dieser Legislatur – vor allem die Altenpflege.
2. Der „Pflexit“ ist ein Fehler. Alles sieht danach aus, dass er durchgezogen wird.
3. Pflegepersonaluntergrenzen sind echter Patientenschutz. Mittelfristig kommen sie für alle Schichten und alle Stationen.
4. Digitalisieren Sie die Pflegedokumentation und das Pflege-Controlling!
5. Landesplanung war gestern. Die Konsolidierung der deutschen Krankenhauslandschaft wird durch bundesweite Marktregulierung geschehen müssen.
6. Die Reform der Notfallversorgung ist überfällig.
7. Die Sektorengrenze Krankenhaus-Kassenärzte ist tot. Es lebe die Sektorengrenze ambulant-stationär.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de