



Kassel 2024

Einordnung der aktuellen gesundheitspolitischen Situation

Politik

Bundesweite Krankenhausreform soll sich an NRW-Reform orientieren

Donnerstag, 23. März 2023



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/picture alliance, Kay Nietfeld

Politik

Krankenhausreform: Einteilung in Level ohne rechtliche Verbindlichkeit

Montag, 26. Juni 2023



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/sudok1 stock.adobe.com

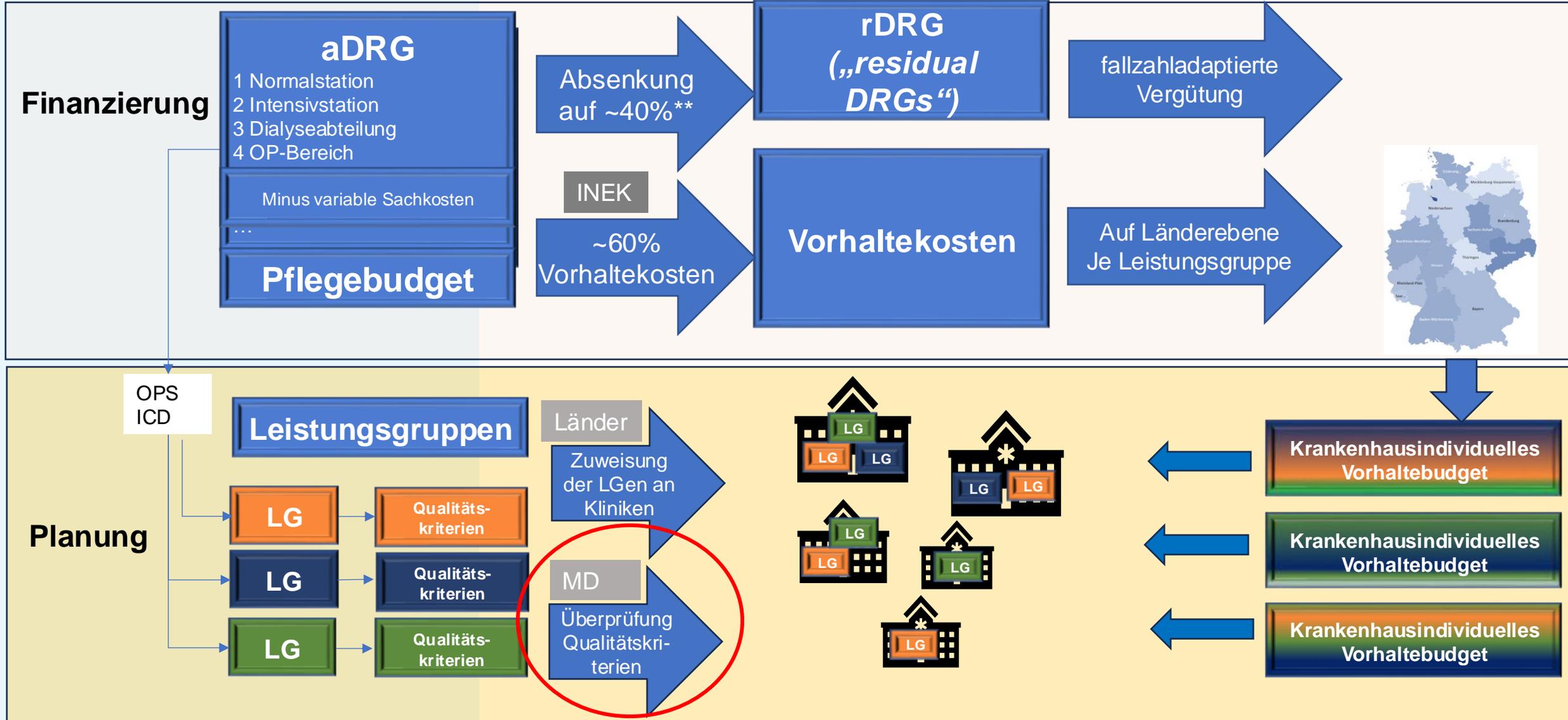
Ziele der Reform

Entökonomisierung: Die Finanzierung der Krankenhausleistungen soll zu einem relevanten Anteil weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert werden: Deshalb wird eine Vorhaltevergütung eingeführt.

Qualitätssicherung: Die flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung wird insbesondere durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für einzelne Leistungsgruppen gesichert.

Entbürokratisierung: Durch besseren Ressourceneinsatz soll das Krankenhauspersonal entlastet werden.

rDRGs und Vorhaltekosten



Krankenhaus-
versorgungs-
verbesserungs-
gesetz – KHVVG

Referenten-
entwurf
15.04.2024

27.06.2024
„erste Lesung Bundestag“

Kontroverse Debatte über die geplante
Krankenhausreform



Anhörung im Bundestag:
geplant

25. September 2024

2./3. Lesung Bundestag:

18. Oktober 2024

2. Durchgang Bundesrat:

22. November 2024

Krankenhaus-
transparenzgesetz

Bundestag stimmt für ein Krankenhaus-
Transparenzverzeichnis



In-Kraft-Treten: 28.03.2024

21.02.2024

Pressemitteilung

Vermittlungsausschuss bestätigt Krankenhaustransparenz-
gesetz

Finanzielle Zusagen des BMG:
25 MRD EURO Strukturfonds für 10 Jahre, 2026 bis 2035
Anhebung LBFW („voller an Stelle des anteiligen
Orientierungswerts“) 2025
vollständige Tarifkostenrefinanzierung „unterjährig“ ab
2024

Hybrid-
DRGs

In-Kraft-Treten:
1.1.2024



Bundesgesetzblatt

Teil I

2023

Ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2023

Nr. 380

Verordnung
über eine spezielle sektorengleiche Vergütung
(Hybrid-DRG-Verordnung)

Vom 19. Dezember 2023

Das sind die neuen Leistungsbereiche:

- Endoskopische Eingriffe an der Galle, der Leber und am Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

Darüber hinaus werden die bereits im Katalog enthaltenen
Leistungsbereiche

- Hernienchirurgie und
- Operationen am Sinus pilonidalis

zum 1. Januar 2025 um weitere OPS-Kodes erweitert.

Krankenhaus-
versorgungs-
verbesserungs-
gesetz – KHVVG

Anästhesie nicht im Leistungsgruppenmodell!
Schwierige Abgrenzung der Intensivmedizin!

**Gefahr der Fehlallokation von Vorhaltevergütungen.
Lösungsvorschlag:**

Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren	Kosten											
			1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	Summe
01. Normalstation														
02. Intensivstation														
04. OP-Bereich														
05. Anästhesie														
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie														
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie														
09. Radiologie														
10. Laboratorien														
11. Diagnostische Bereiche														
12. Therapeutische Verfahren														
13. Patientenaufnahme														
Summe			968,56	6,56	565,20	51,76	3,21	227,64	217,44	135,26	19,08	337,78	664,63	3.197,12

Intensivmedizin und Anästhesie „vor“ die Klammer ziehen:

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Einführung **einer von Vorhaltevergütungen** erstmals für das Jahr 2025 jährlich einen Anteil in Höhe von 60 Prozent aus den Kosten, [...], auszugliedern. **Die Kosten für den Kostenstellenbereich 2 „Intensivstation“ (Vorhaltekosten Intensivmedizin) und für den Kostenstellenbereich 5 „Anästhesie“ (Vorhaltekosten Anästhesie) sind vorab auszugliedern.**

Montag, 22. April 2024

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) (15.04.2024)

Positiv:

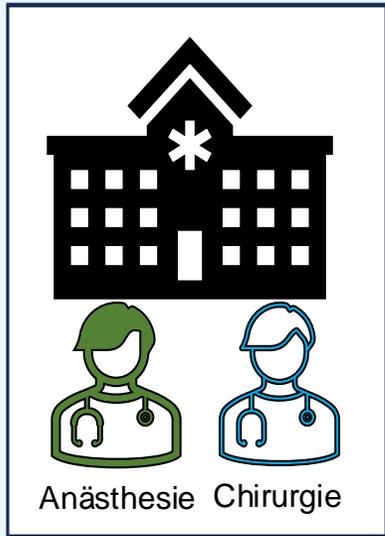
- **Strukturfonds zur Finanzierung der strukturellen Änderungen**
- **Partieller Abbau von Bürokratie (LG zu G-BA-RL)**
- **Zusätzliche Vergütung von Koordinierung von Versorgungsprozessen und**
- **Konzeption und Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke**
- **Zuschläge für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke-Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin**
 - **Intensivmedizin = jedoch nur 30 Mill. Euro**

Negativ mit Änderungsvorschlägen:

- **sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (§115g):**
 - **Forderung nach Abbau sozialrechtlicher Beschränkungen**
- **Paritätische Besetzung Leistungsausschuss**
- **Abbau/Abgleich von Strukturmerkmalen LGen und OPS-Strukturmerkmalen und/oder wenn OPS erfüllt keine Prüfung nach LGen (analog zur Synchronisation LGen zu G-BA-RL)**
- **„Intensivstation und „Anästhesie“ ausgliedern**

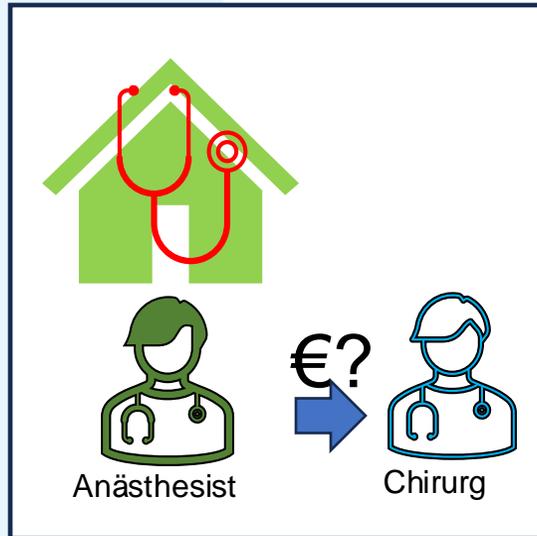
DIE § 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

Krankenhaus

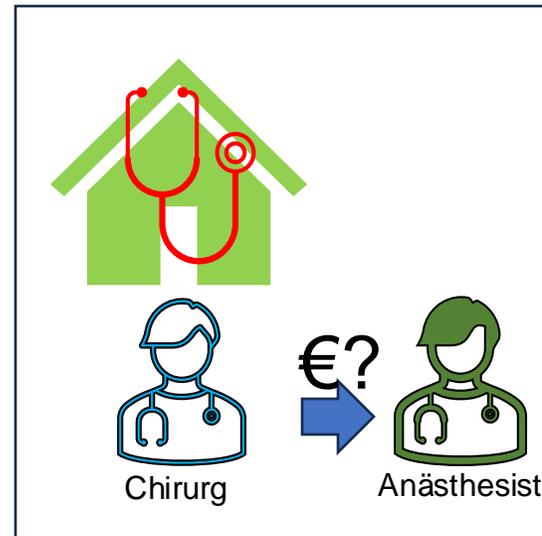


Krankenhaus rechnet die Pauschale ab **Erlösanteil Anästhesie?**

Vertragsärztlicher Bereich

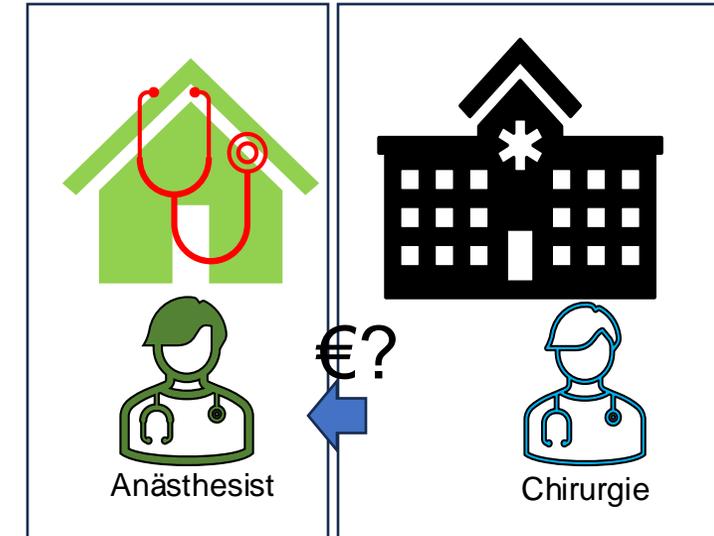


Anästhesist betreibt OP-Zentrum und rechnet die Pauschale ab **und „bezahlt“ den Chirurgen???**



Operateur betreibt OP-Zentrum und rechnet die Pauschale ab **und „bezahlt“ den Anästhesisten???**

Sektorübergreifende Kooperation:



§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Anteil der Anästhesie?
- Berechnung der Prämedikationsleistungen?
 - AKTUELL: 05310 und NEU 05311 berechnungsfähig, sofern keine OP durch geführt wird (Rückwirkung zum 1.7.2024)
- Alternativ nach EBM?
 - BMG und KBV: erst Ja dann Nein!
 - GKV-SV: Nein

Anästhesie gerät zunehmend in wirtschaftliche Abhängigkeit von operativen Fachgruppen

- Vereinbarung zwischen BDA und BDC 40%A und 60%C (bei Betreuung des AWR) vielfach nicht akzeptiert
- Umfrage BDA:

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

**Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und
Anästhesisten e.V und**

der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Empfehlung zur Aufteilung zukünftiger Hybrid DRG zwischen Operateuren und Anästhesisten

*(Die nachstehenden Empfehlungen stehen unter dem Vorbehalt einer noch ausstehenden definitiven Regelung
der Selbstverwaltung zur Abrechnung der Hybrid-DRG)*

Die beiden Verbände haben sich auf nachfolgende Empfehlungen zum Umgang mit Hybrid-DRG
verständigt:

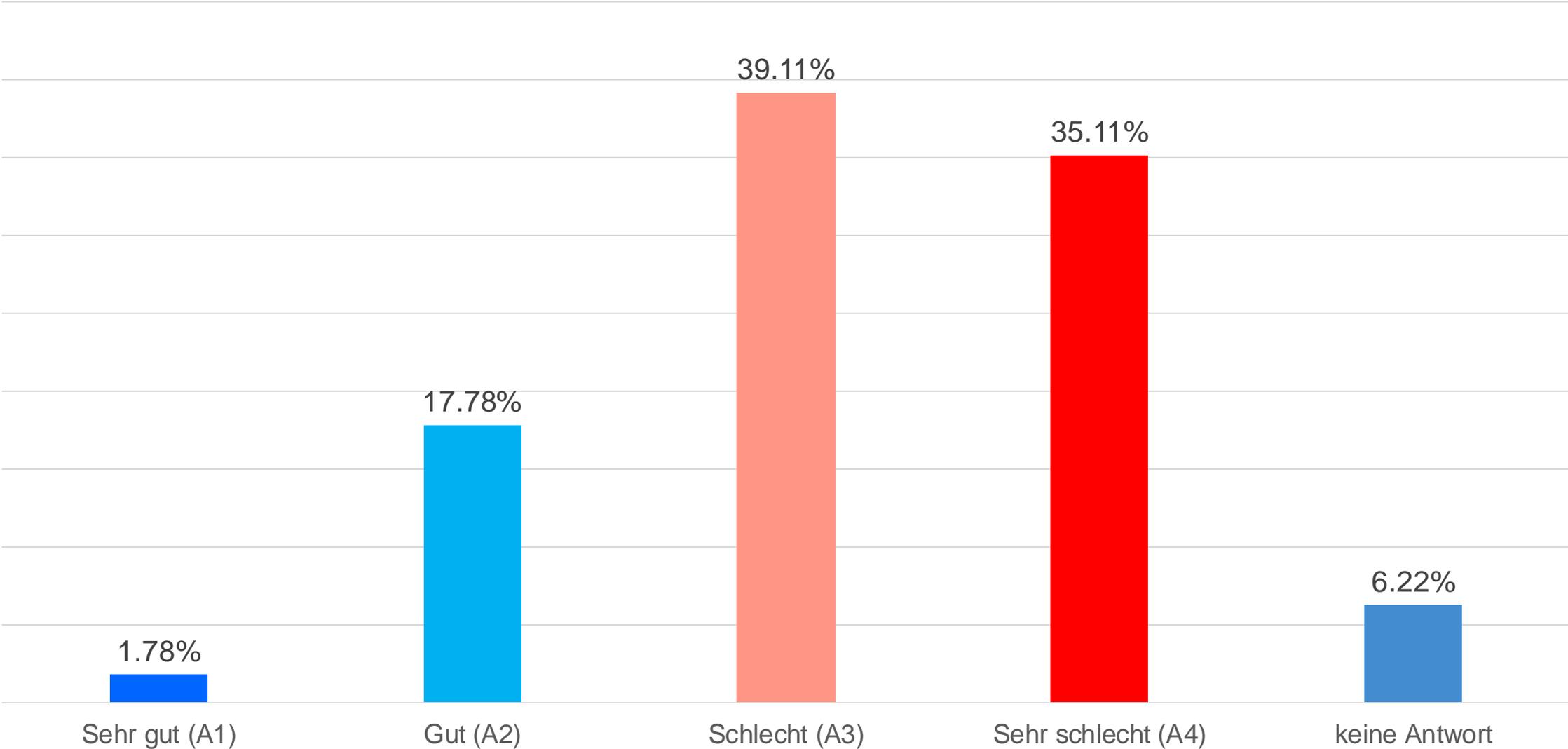
1. Die Entscheidung, ob eine Abrechnung nach Hybrid-DRG oder nach EBM oder ggf. im Rahmen von Selektivverträgen erfolgt, obliegt den Beteiligten gemeinsam.
2. Beide Leistungserbringer erklären gemeinsam, wer gegenüber der Kasse ggf. unter Einbeziehung eines externen Dienstleisters die Abrechnung übernimmt.
3. Sofern ein Eingriff nach einer Hybrid-DRG abgerechnet wird, empfehlen die beteiligten Berufsverbände BDC und BDA die Orientierung an folgender prozentualer Aufteilung des Netto-Honorars:
Bei Betrieb des Aufwachraums (AWR) durch die Chirurgie: **A 36%, C 64%**
Bei Betrieb des Aufwachraums (AWR) durch die Anästhesie: **A 40%, C 60%**
4. Angesichts der Vielzahl individueller Vereinbarung bezüglich der Gestellung von Personal, Instrumentarium und/oder Sterilisation wird empfohlen, auf Grundlage der obigen Quotierung ggf. individuelle Vereinbarungen zu treffen.
5. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kostenstruktur für verschiedene Eingriffe kann es sachgerecht sein, im Rahmen der genannten Bandbreite unterschiedliche prozentuale Verteilungen für unterschiedliche Operationen zu vereinbaren.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass sich aus diesen Empfehlungen keine Rechtsverbindlichkeit ergibt. Andererseits hoffen wir, dass damit mögliche unerfreuliche Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten vermieden werden.

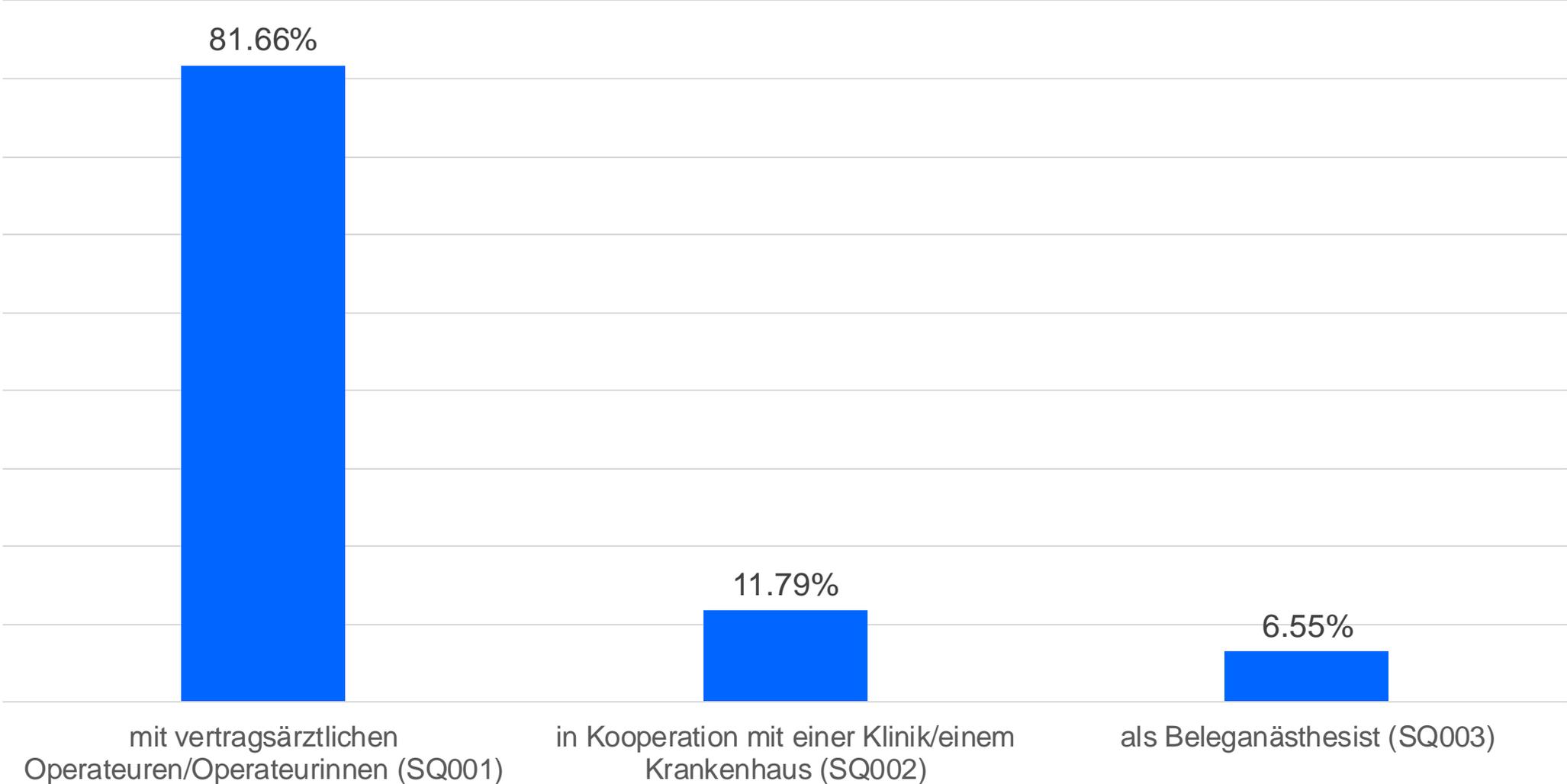
Umfrage: Wo sehen wir uns dabei als Anästhesisten?

- 1302 Niedergelassene haben die Umfrage zur Kenntnis genommen
- 263 haben an der Umfrage teilgenommen = 20%

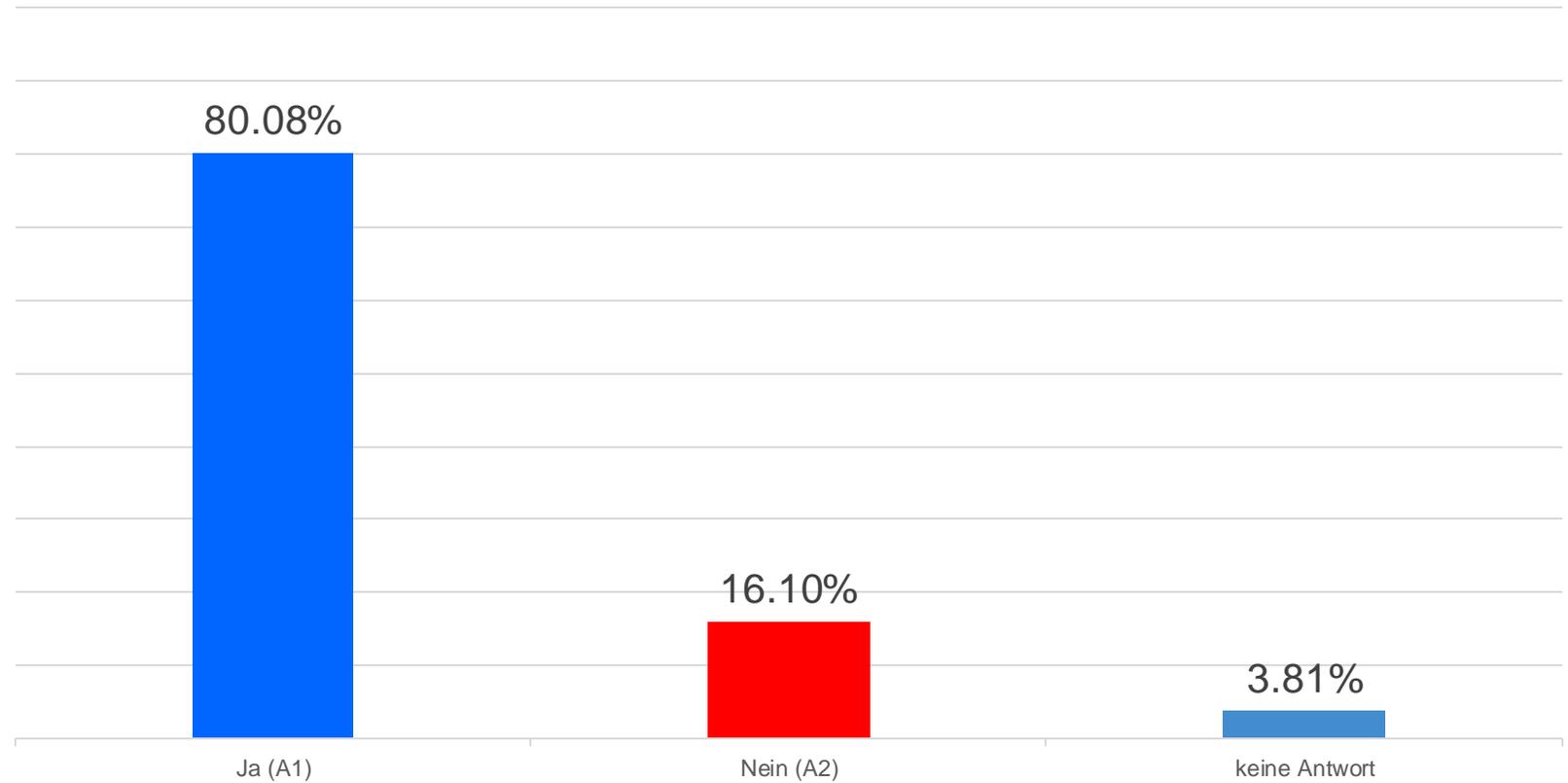
Halten Sie die Hybrid-DRGs bzw. die Rechtsverordnung für...



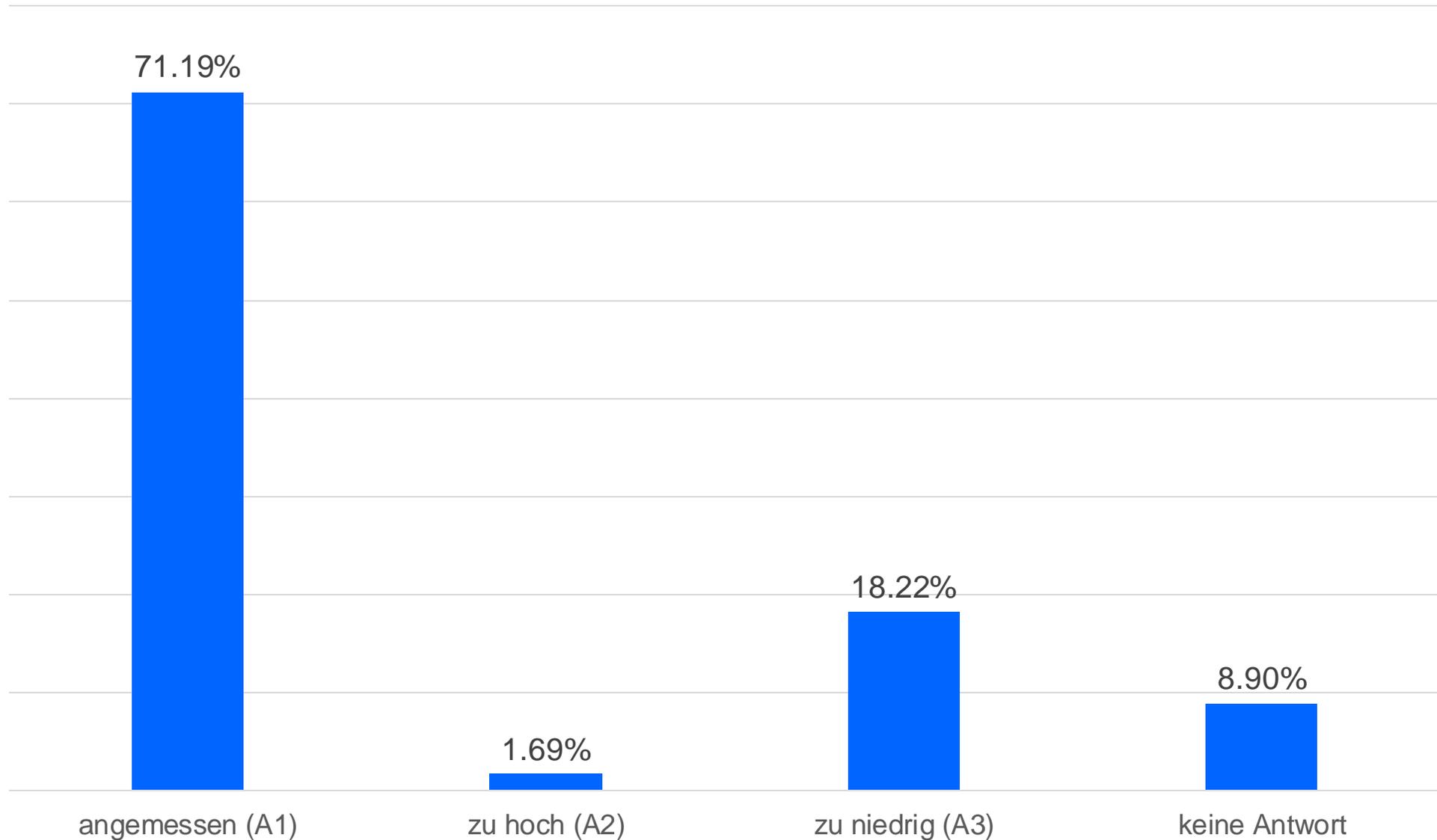
Mit welchen Operateuren/Operateurinnen erbringen Sie die Leistungen? Mehrfachnennungen möglich.



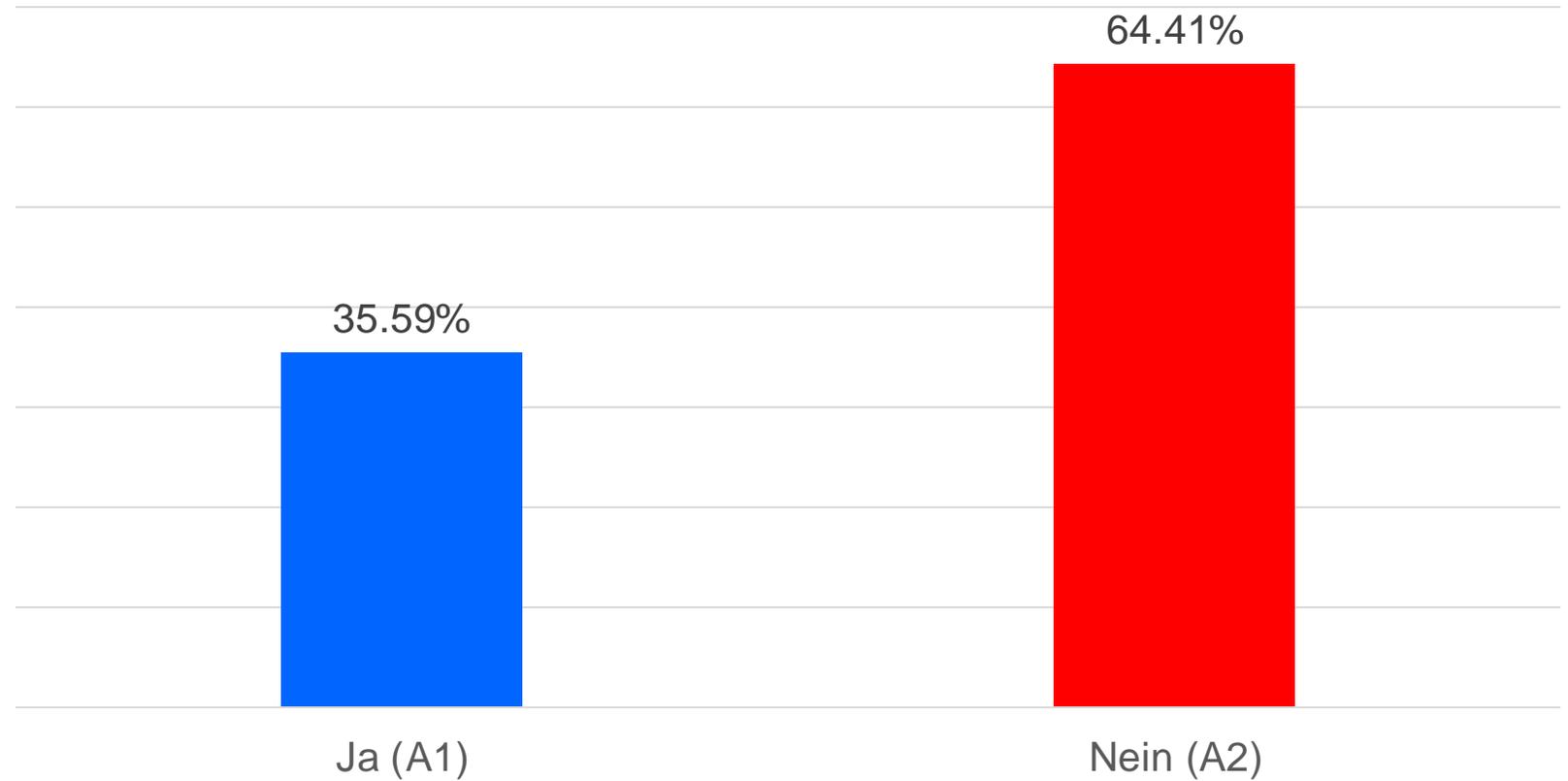
Halten Sie die Empfehlung des BDA und des BDC für hilfreich?



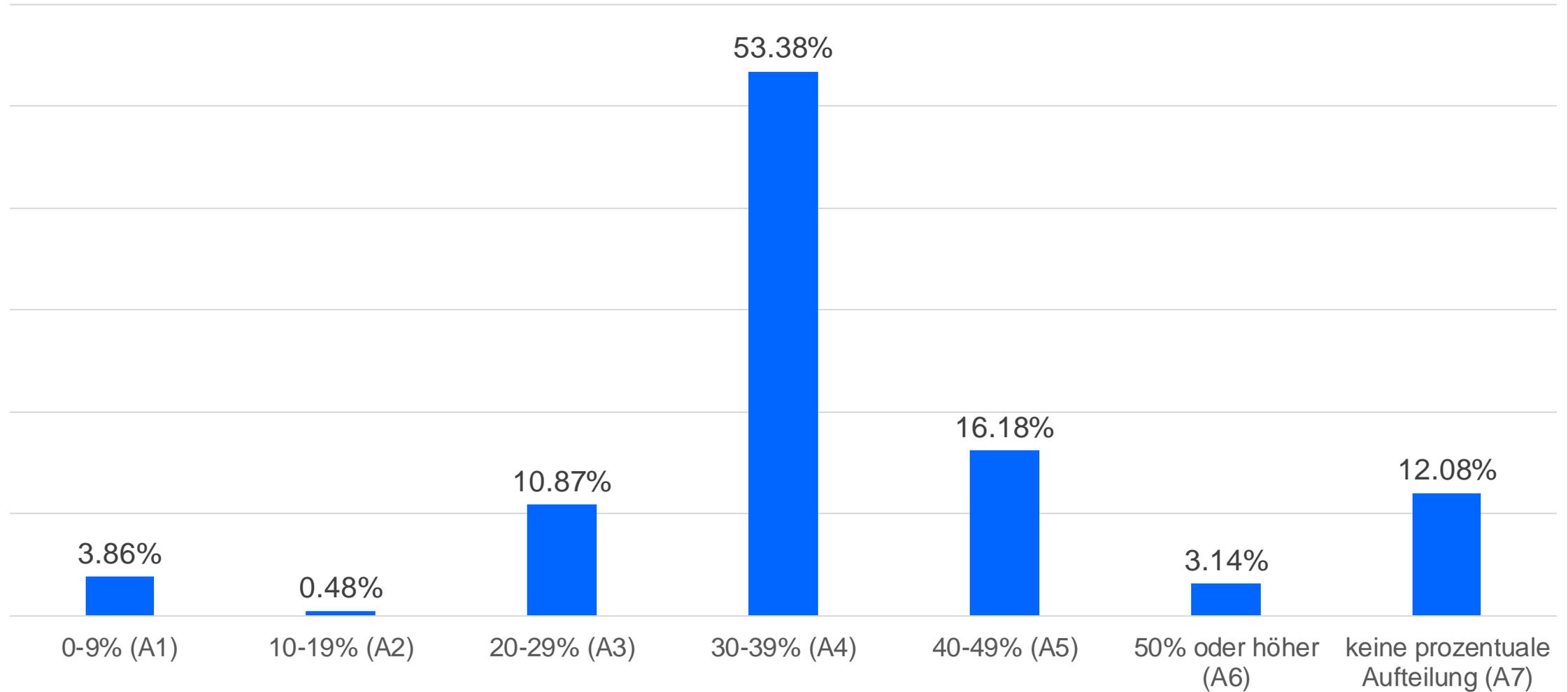
Halten Sie die empfohlene Aufteilung für



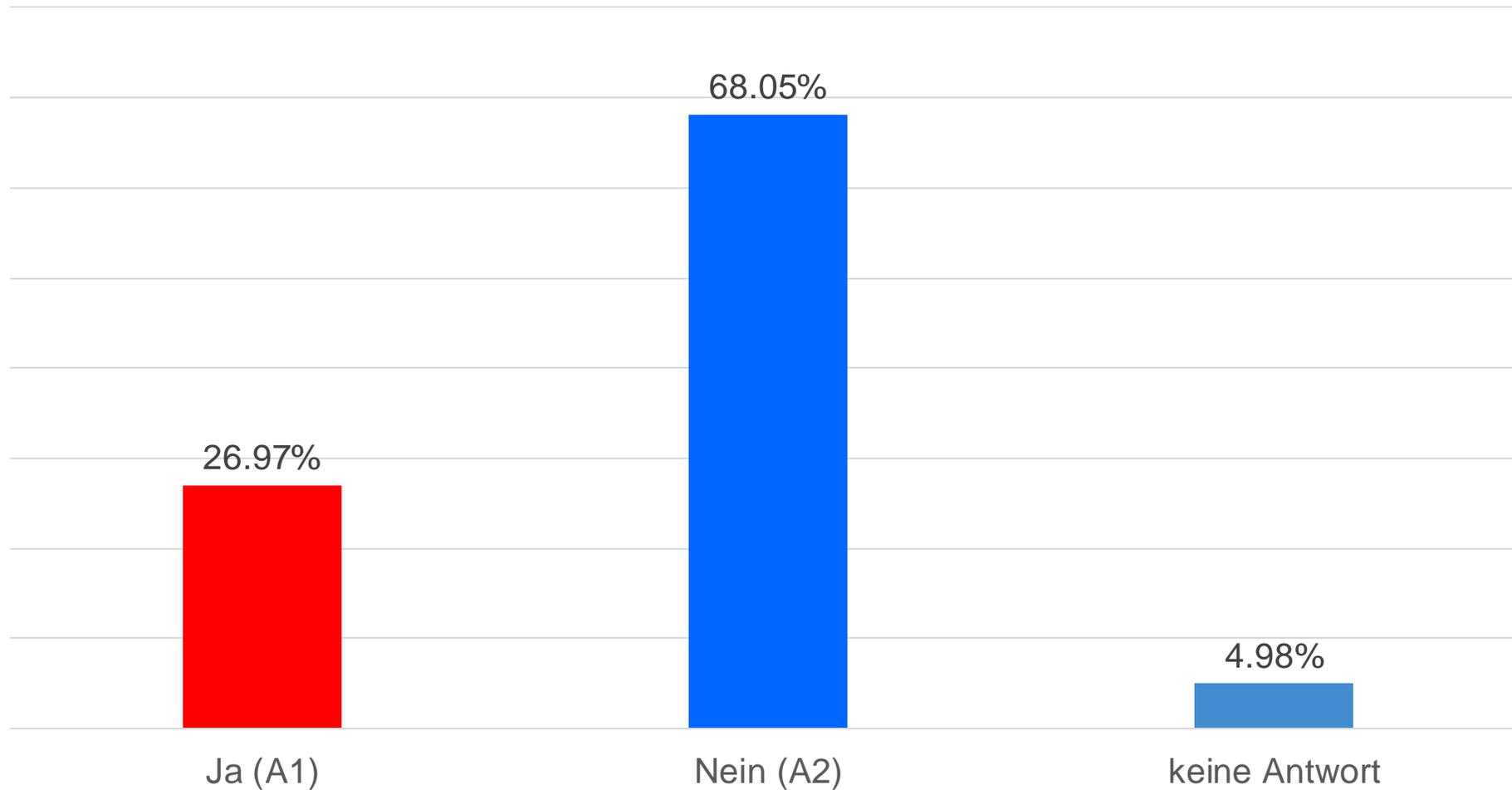
Haben Sie eine Aufteilung gemäß der BDA-/BDC-Empfehlung umgesetzt?



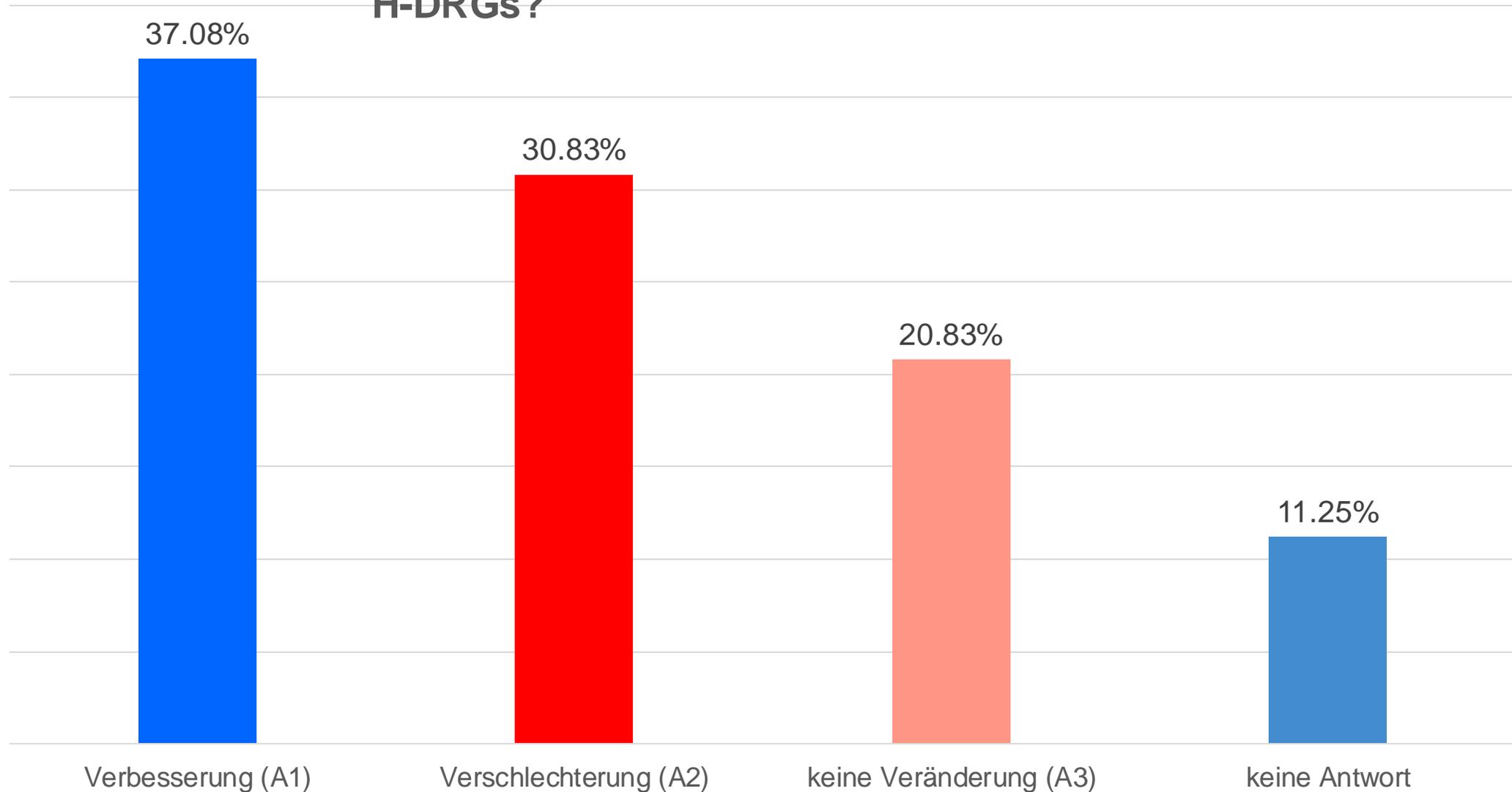
Auf welchen Anästhesieanteil haben Sie sich mit ihren Operateurinnen und Operateuren geeinigt?



Haben Sie auf Grund der Hybrid-DRGs daran gedacht Ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufzugeben?



Erwarten Sie eine Veränderung Ihrer Honorarerlöse durch die H-DRGs?



Fazit

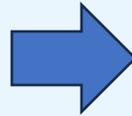
Stationär:

- KHVVG zwischen Bund und Ländern hoch umstritten: Ausgang offen!
- A&I nicht ausreichend abgebildet!
- WB-Kosten: Nicht berücksichtigt
- Zusätzliche Bürokratie ohne Nutzen

Ambulant:

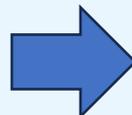
- H-DRGs berücksichtigen unser Fach unzureichend
- Keine Berücksichtigung bei Förderung ambulanter Operationen
- Keine Berücksichtigung bei Hygienekosten
- BDA-Umfrage mit alarmierenden Ergebnissen

Bisheriges Engagement des BDA



- **Parlamentarischer Abend 25.4.2024:**
 - Diskussion mit politischen Vertretern zur Situation der Anästhesie und Intensivmedizin; Darstellung konkreter Lösungsvorschläge
- **Kontakt/Schreiben an BM Lauterbach März/ Mai 2024**
- **Stellungnahmen u. a. zu KHVVG, Hybrid DRGs**
- **Positionierung gegenüber Selbstverwaltung v. a. KBV**

Wie weiter?



Treffen mit parlamt. Staatssekretär Edgar Franke
Treffen mit Vorstand der BÄK

Ziel: Sensibilisierung für unsere Probleme. Änderungen an den bisherigen Regelungen/Verordnungen/Gesetzen

Ihre Themen heute

- Umbau der sektoralen Versorgung
- Hausinterner Versorgungsumbau
- Herausforderungen für das OP-Management



Viel Erfolg!