

Block I

Umbau der sektoralen Versorgung

Status Quo zu Hybrid-DRG,
Tagesstationären Leistungen
& Co.

10. September 2024



Agenda

- Tagesstationäre Leistungen
- Hybrid-DRG
- KHVVG



Begriffsdefinition

Sprachlich sauber – Abrechnung korrekt

Tages-DRG

Stundenfälle

Tagesklinische
Fälle

Teilstationäre
Fälle

Tagesstationäre
Fälle

- Ein-Belegungstag DRG = aDRG ohne Abschlag
- aDRG mit VWD = aDRG mit Abschlag uGVD
- **Pat. schläft eine Nacht**

- Stationäre Fallführung ZNA = aDRG mit Abschlag uGVD
- **Pat. ist wenige bis 24 h in der Klinik**

- Behandlung idR in einer Tagesklinik
- Vergütung pro Tag
- **Pat. schläft nicht in der Klinik**
- **Klinik ist nachts nicht für den Patienten verantwortlich**

- Patient wird stationär somatisch behandelt mind. 6 h = aDRG mit Übernachtungsabschlag
- **Pat. schläft nicht in der Klinik**
- **Klinik ist nachts für den Patienten verantwortlich**

Tagesstationäre Behandlungen §115e

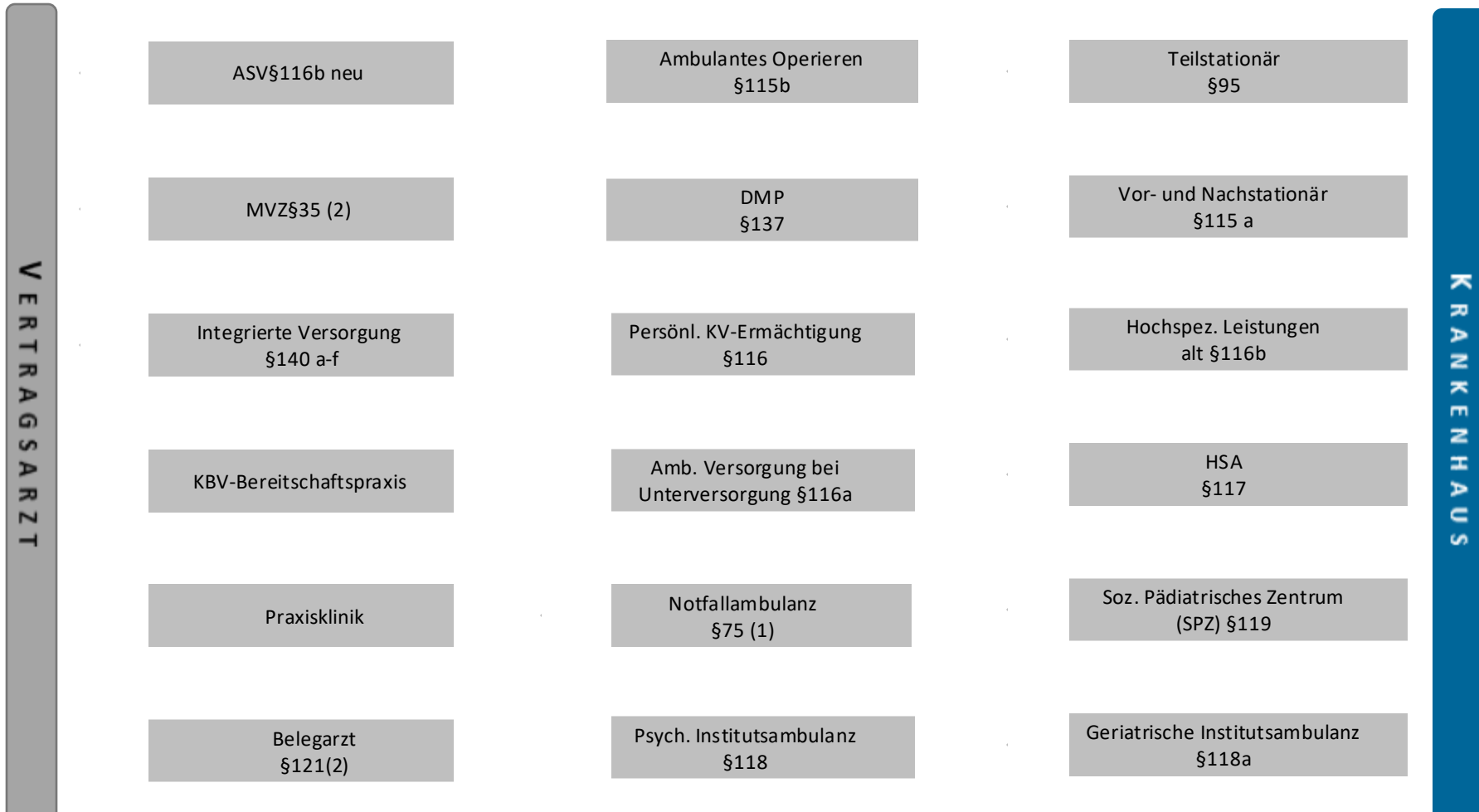
Stationär somatisch | 6h Behandlung pro Tag | keine Übernachtung

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.



Ambulante Abrechnungswege gegenüber der GKV

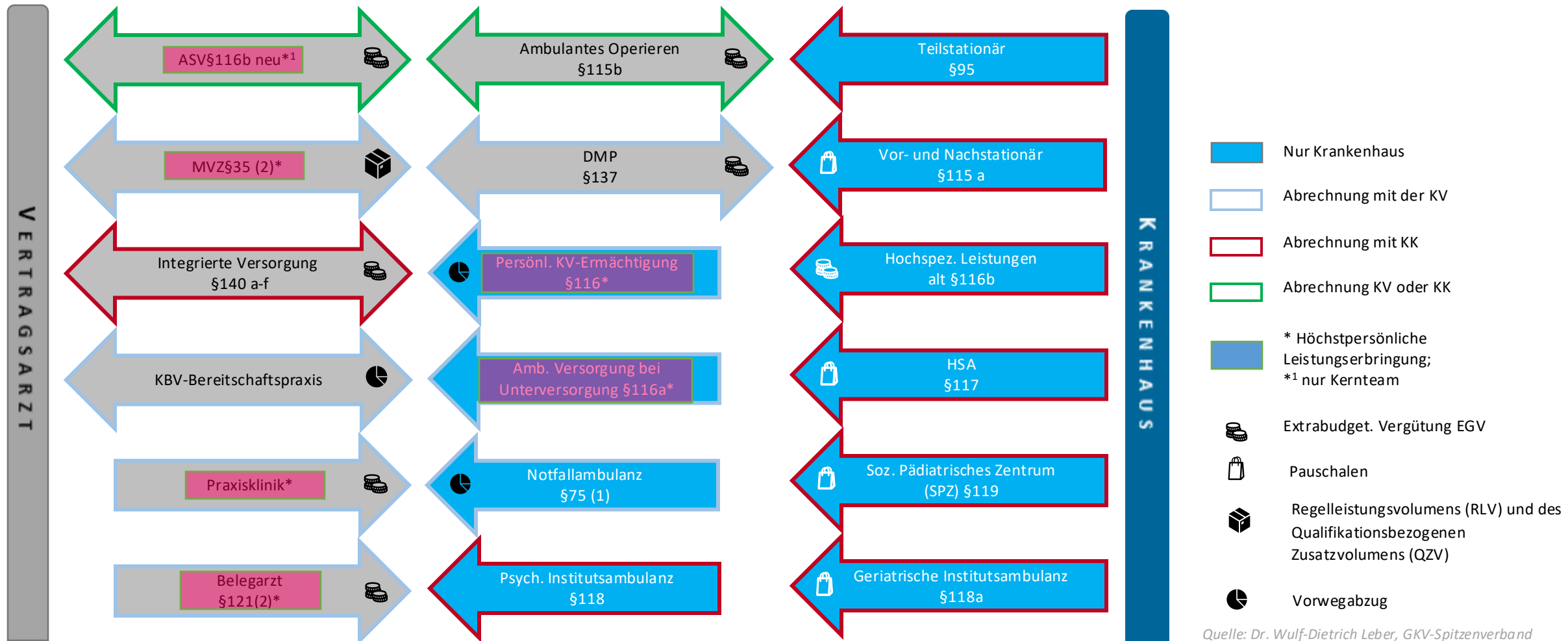
Abrechnungswege bis 2022 ohne §115 e | f |



Quelle: Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband

Ambulante Abrechnungswege gegenüber der GKV

Bereits vor Einführung von §115e und f große Abgrenzungsschwierigkeiten



Quelle: Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband
 Bearbeitet Ursula Klinger –Schindler / Hellmich

Tagesstationäre Behandlungen §115e

Stationär somatisch | 6h Behandlung pro Tag | keine Übernachtung

1. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung

- 28.01.2023 bis zum 31.12.2023 → **775 Fälle**

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Diagnosen nach ICD-Dreisteller im Überblick

ICD	Bezeichnung ICD	Fallzahl
M54	Rückenschmerzen	81
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	73
F45	Somatoforme Störungen	29
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	24
K29	Gastritis und Duodenitis	23
T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	19
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	16
R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	12
G62	Sonstige Polyneuropathien	10
K58	Reizdarmsyndrom	10

Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Tagesstationäre Behandlung
in Krankenhäusern nach § 115e SGB V

Evaluationsbericht 2024

des GKV-Spitzenverbandes,
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

an das Bundesministerium für Gesundheit

Tagesstationäre Behandlungen §115e

Stationär somatisch | 6h Behandlung pro Tag | keine Übernachtung

1. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung

- 28.01.2023 bis zum 31.12.2023 → **775 Fälle**
- keine operativen Partitionen
- 50% der Fälle an 5 KH-STO
- 50 KH STO mit max. 5 Fällen
- 65% der Fälle max. 2 VWD

Tabelle 3: Die zehn häufigsten DRG-Fallpauschalen im Überblick

DRG	Bezeichnung DRG	Fallzahl
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel	75
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	66
	ohne Angabe bzw. ohne Abrechnung einer DRG	60
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	43
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	24
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	22
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	21
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre	18
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC	14
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	13

Quelle: GKV-Spitzenverband (Meldestand: 31.05.2024).

Tagesstationäre Behandlungen §115e

Stationär somatisch | 6h Behandlung pro Tag | keine Übernachtung

1. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung

- 28.01.2023 bis zum 31.12.2023 → **775 Fälle**
- keine operativen Partitionen
- 50% der Fälle an 5 KH-STO
- 50 KH STO mit max. 5 Fällen
- 65% der Fälle max. 2 VWD

2. Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser

- nur sehr zögerliche Umsetzung
- keine oder wenige Entlastungseffekte
- hoher bürokratischer und Dokumentationsaufwand
- wenig geeignete Fälle und Indikationen
- unklare Leistungsdefinitionen und -voraussetzungen
- hohe Haftungsrisiken

Tagesstationäre Behandlung
in Krankenhäusern nach § 115e SGB V

Evaluationsbericht 2024

des GKV-Spitzenverbandes,
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

an das Bundesministerium für Gesundheit



Tagesstationäre Behandlungen §115e

Stationär somatisch | 6h Behandlung pro Tag | keine Übernachtung

1. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung

- 28.01.2023 bis zum 31.12.2023 → **775 Fälle**
- keine operativen Partitionen
- 50% der Fälle an 5 KH-STO
- 50 KH STO mit max. 5 Fällen
- 65% der Fälle max. 2 VWD

2. Umsetzung der tagesstationären Behandlung aus Sicht der Krankenhäuser

- nur sehr zögerliche Umsetzung
- keine oder wenige Entlastungseffekte
- hoher bürokratischer und Dokumentationsaufwand
- wenig geeignete Fälle und Indikationen
- unklare Leistungsdefinitionen und -voraussetzungen
- hohe Haftungsrisiken

3. Finanzielle Auswirkungen

Aufgrund der bisher nur geringen Inanspruchnahme dieser neuen Behandlungsform ist davon auszugehen, dass sich die finanziellen Einsparungen für die Krankenkassen im geringen Bereich bewegen.

Tagesstationäre Behandlung
in Krankenhäusern nach § 115e SGB V

Evaluationsbericht 2024

des GKV-Spitzenverbandes,
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

an das Bundesministerium für Gesundheit



Hybrid-DRG §115f

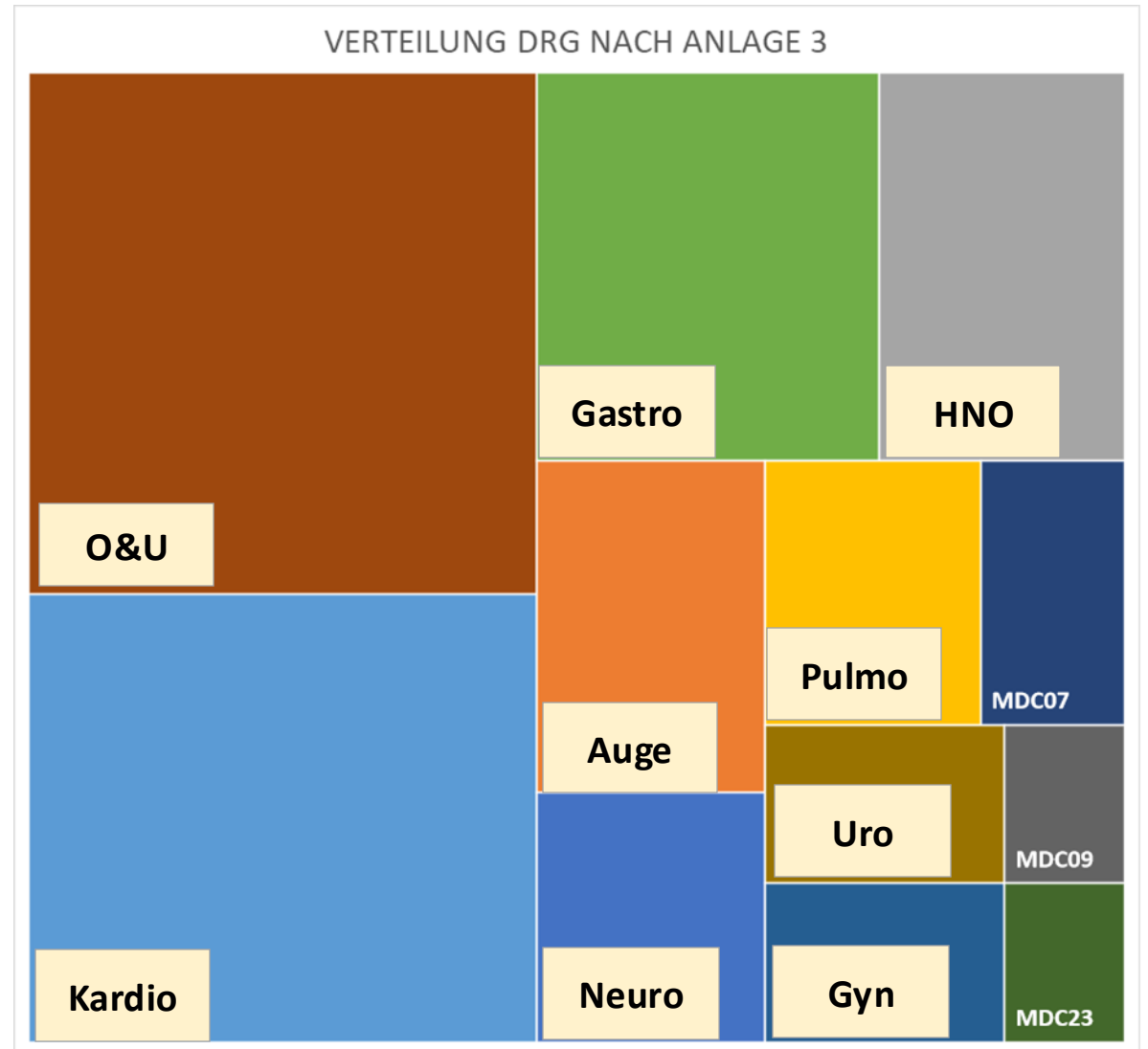
§115f Hybrid-DRG – Anlage 3

Startkatalog und Weiterentwicklung

Startkatalog
ca. 0,5 – 1% aller Fälle

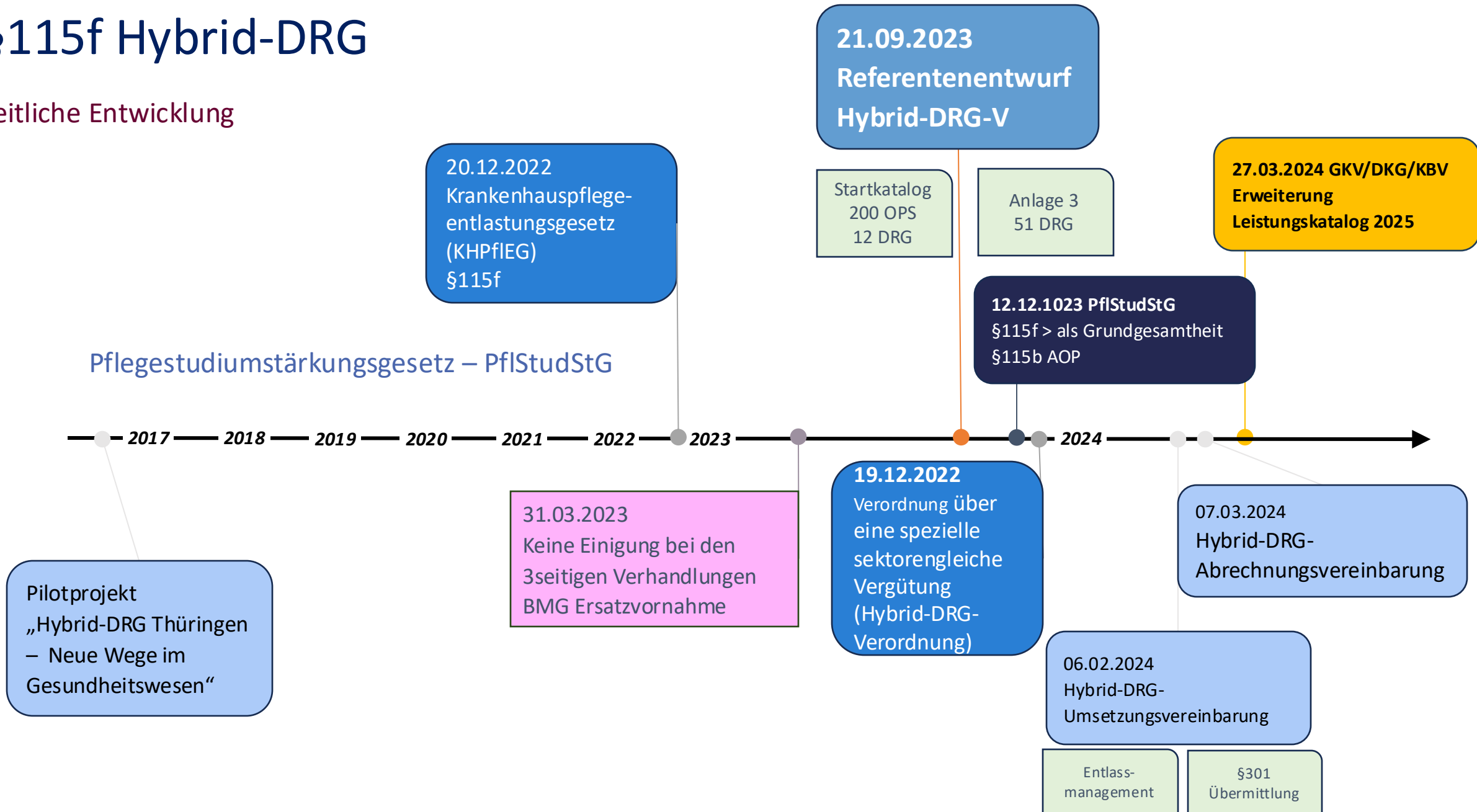
Weiterentwicklung mit
Vorschlag in **Anlage 3**

**ca. 10-15% der
Fallmenge**



§115f Hybrid-DRG

Zeitliche Entwicklung



Erweiterung des Leistungskataloges

Betreffen ca. 200.000 Fälle zusätzlich

- Der GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV haben sich drauf geeinigt, den Hybrid-DRG-Katalog für das Jahr 2025 um ca. 100 weitere Eingriffe (OPS) aus sieben Leistungsbereichen zu erweitern.
 1. Endoskopische Eingriffe an der Galle, Leber und Pankreas
 2. Proktologische Eingriffe an Analfisteln
 3. Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
 4. Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
 5. Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen
 6. Erweiterung der bereits bestehenden Leistungen aus dem Bereich der Hernienchirurgie
 7. Operationen am Sinus pilonidalis
- Die Höhe der Fallpauschalen für 2025 steht noch nicht fest.
- Die Vertragspartner wollen sie bis zum **30. September**, spätestens jedoch bis zum **31. Dezember**, vereinbaren.

Zusätzliche 96 OPS-Codes ab 2025

Biopsien

- An Lymphknoten (mediastinal und paraaortal)
- Endoskopisch an Gallengängen, Papille und Pankreas
- Endosonographische FNP an Pankreas, Leber und Gallengängen.

Gastroenterologie

- Stoßwellenlithotripsie von Gallen- und Pankreassteinen.
- ERCP inklusive Papillotomie und Steinentfernung am Pankreas und Gallengänge.
- Weitere endoskopische Eingriffe am Pankreas, wie Exzision/Destruktion, Blutstillung, Drainage, Bougierung und Stenteinlage.
- Endosonographie (Galle, Leber und Pankreas).

Urologie

- Orchidopexie und Exploration bei Kryptorchismus (*bds (!)*).
- Exzisionen am Epididymis und am Funiculus spermaticus (*ohne Kombination Zirkumzision und Exzision "erkranktes Gewebe" am Penis*)

Unfallchirurgie

- Klavikulafraktur - winkelstabile Platte, minimalinvasiv mit geschlossener Reposition (keine Kombination mit Gelenkeingriffen).
- Osteosynthese an der Klavikula mit offener Reposition
- Codeaufnahme – unspezifisch Vorfußchirurgie

Abdominalchirurgie

- Nabelhernie zusätzlich Sublay, Onlay und IPOM.
- Gleiches gilt für die Hernia epigastrica und für die Narbenhernie.
- Analfisteln: Nicht mehr nur die Inzision, sondern alle Techniken mit Ausnahme der intersphinkteren und transsphinkteren Exzision.

Sinus Pilonidalis

- Erweiterung um die plastischen Rekonstruktionen

Mammachirurgie

- Brusterhaltende Eingriffe (BET)



NEU: Ausschlusskriterien

Kontextfaktoren – Ausschlusskriterien – was denn noch???

	OPS-KODE	TEXT	Ausschlusskriterien
NEU	5-513.f1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 2 oder mehr Prothesen	1-631, 1-632 ¹
NEU	5-513.h0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 1 Prothese	1-631, 1-632 ¹
NEU	5-513.h1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: 2 oder mehr Prothesen	1-631, 1-632 ¹
NEU	5-513.t	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wiedereröffnung eines Stents oder einer Prothese	1-631, 1-632 ¹

¹ Das alleinige Vorliegen des/der genannten OPS-Kodes darf nicht zur Gruppierung in eine Hybrid-DRG führen.

1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie
1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie

**= Verhinderung der
Abrechnung einer
(alleinigen) ÖGD**



Aufteilung der Leistung – Weiterhin Abklärungsbedarf

Welche Leistungen sind umfasst?

...Operation sowie *unmittelbar damit verbundene ärztliche Leistungen*...

Anästhesie

Operateur

Postop.

Überwachung

Labor

Pathologie

Sonstige Leistungen 31.2.5

- Untersuchungen am Operationstag
- Verbände
- ärztliche Abschlussuntersuchung(en),
- ein postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation,
- Dokumentation(en) und Beratungen
- einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt

Postop
EBM 31.4.2
EBM 31.4.3

Präop diagn.
Radiologie
Rö | CT
EBM 31.1 (HA)

+

Radiologie
Intraop.
Unmittelbar postop. +1-2d

Sachkosten

+

Sprechstundenbedarfs-
vereinbarung

Infrastruktur | Abschreibung | Strom etc.

Regionale
Sachkostenvereinbarung
z.B. L058 Kunststoffnetzte Hernioplastik

Weiterhin Regelungslücke bei Pathologieleistungen

Interne Leistungsverrechnung nur schwer möglich – Pauschale Aufteilungen ungeeignet

28.08.2024

Positionspapier des BDP

Hybrid-DRG: Regelungslücke bei Pathologieleistungen schließen

Im Sinne der PatientInnen und einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung begrüßt der BDP grundsätzlich die Bestrebungen zur Ambulantisierung von stationären Leistungen. Ende 2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit diesem Ziel die Hybrid-DRG-Verordnung erlassen. Allerdings sieht der BDP in den bereits in Anwendung befindlichen sowie den ab 2025 festgelegten Hybrid-DRGs eine erhebliche Regelungslücke, die der Ambulantisierung im Wege stehen und die Patientenversorgung verschlechtern kann. Die Regelungslücke bezieht sich auf die Abrechnung der Leistungen der Pathologie im Nachgang einer Operation gemäß Hybrid-DRG-Vereinbarung.

Der BDP fordert :

1. dass Gewebe, das im Rahmen von Hybrid-DRG Operationen entnommen wird, ohne finanzielles Risiko für die Operateure (i.d.R. ChirurgInnen) durch kooperierende Pathologie-Institute untersucht werden kann und
2. dass die erforderliche pathologische Diagnostik von entnommenem Gewebe bei einer operativen Leistung aus der Hybrid-DRG-Vereinbarung aufwandsbezogen, z.B. per Überweisungsschein über den EBM, vergütet wird.



Umfrage ergibt nur wenig Probleme ?!



HYBRID-DRG: ERLÖSVERTEILUNG ZWISCHEN CHIRURGINNEN UND ANÄSTHESISTINNEN IST INDIVIDUELL UND HETEROGEN

Startseite » Hybrid-DRG: Erlösverteilung zwischen ChirurgInnen und AnästhesistInnen ist individuell und heterogen

Pressemitteilung vom 27.08.2024 Hamburg.

BNC-Umfrage zeigt Auswirkungen der Hybrid-DRG auf das Verhältnis zwischen AnästhesistInnen und ChirurgInnen

Eine aktuelle Umfrage des Berufsverbandes der niedergelassenen Chirurgen (BNC e.V.) unter seinen Mitgliedern beleuchtet die Auswirkungen der Einführung der Hybrid-DRG auf das Verhältnis zwischen AnästhesistInnen und ChirurgInnen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Umstellung in den meisten Fällen keine wesentlichen Veränderungen mit sich gebracht hat.

An der Umfrage nahmen zahlreiche ChirurgInnen teil, von denen die überwiegende Mehrheit ihre Operationen weiterhin in der eigenen Praxis oder in chirurgisch geführten Operationszentren durchführt. Laut der Umfrage gaben 80 % von ihnen an, dass die Einführung der Hybrid-DRG keine größeren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit ihren AnästhesistInnen hatte. Lediglich 15 % berichteten von einer Verschlechterung des Verhältnisses.

Der lange Weg zur Leistungserbringung an der Sektorengrenze...

MDK-Reformgesetz



01.04.2022

IGES-Gutachten
+ 2.500 AOP-Leistungen

21.12.2022

AOP-Vertrag 2023
§115b
+ 208 AOP-Leistungen
+ Kontextfaktoren

20.12.2023

AOP-Vertrag 2024
§115b
+ 171 AOP-Leistungen
+ Kontextfaktoren

	IGES AOP-Gutachten	Bemerkung
A1	amb. OPS	OPS n=5.355
A2	med. DRG TOP 20	DRG n=20
A2a	med. DRG	DRG n=103
A3	Tumor-DRG	DRG n=14
A4	Strahlentherapie-DRG	DRG n=31
K1	DRG nicht amb.	DRG n=242
K2	OPS stationär	OPS n=19.440
K2a	OPS Zusatzinformation	OPS n=1.435
K2b	OPS	OPS n=3.630
K3	Stat. Behandlung	Beatmung
K4	spez. Kombinationen	
K5	ICD bes. Betreuungsbedarf	ICD n=154
K6	ICD nicht ambulant	ICD n=1.296
K6-S	ICD erhöhter Aufwand	ICD n=739
K7	komplexe Komorbidität	
K8 (S)	Frailty	Drei Faktoren
K9 (S)	soziale Begleitumstände	

	AOP Katalog 2024	Bemerkung
K2	OPS stationär	OPS n=5.565
	Beatmung	
K6	ICD nicht ambulant	ICD n=1.473
	Pflegegrad	OPS n=2
	Funktionseinschränkungen	ICD n=7
	untere Altersgrenze	
	Beidseits	OPS n=36
	Ophthalm. Begleiterkrankungen	

	Hybrid DRG	Bemerkung
AKF-V2	Bösartige Neubildungen	ICD n=470
AKF-V3	Aufwendiger Eingriff	OPS n=5.436
	Beatmung	
AKF-V1	Komplexe Diagnosen	ICD n=1.272

Der lange Weg zur Leistungserbringung an der Sektorengrenze...

MDK-Reformgesetz



01.04.2022

IGES-Gutachten
+ 2.500 AOP-Leistungen

21.12.2022

AOP-Vertrag 2023
§115b
+ 208 AOP-Leistungen
+ Kontextfaktoren

20.12.2023

AOP-Vertrag 2024
§115b
+ 171 AOP-Leistungen
+ Kontextfaktoren

02.12.2022

Krankenhauspflege-
entlastungsgesetz
(KHPfEG)

§115e
Tages-
behandlung

§115f
spezielle
Sektoren-
gleiche
Vergütung

Reichsgesetzblatt 699

Teil I

1931	Ausgegeben zu Berlin, den 9. Dezember 1931	Nr. 79
------	--	--------

Inhalt: Erste Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931. 6. 699

Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931.

Erster Teil: Preis- und Zinsenkung 696	
Rapitel I: Beschaffung geschehener Teile an zu verarbeitende Wirtschaftslieferanten	700
Rapitel II: Schutz gegen Übertreibung	702
Rapitel III: Zinsenkung	702
Rapitel IV: Aufhebung der Zinsverzugsbefreiung. Regelung der Zinseszinsen	704
Zweiter Teil: Wohnungswirtschaft	
Rapitel I: Wohnvermögensbesitzlich bei bebauten Grundstücken	706
Rapitel II: Mietsenkung	707
Rapitel III: Befreiung von Mietbeschränkungen	708
Rapitel IV: Mieten und Berechtigung der Wohnungsgenossenschaft	708
Rapitel V: Wohnvermögen	709
Dritter Teil: Maßnahmen auf dem Gebiete der Zwangsverflechtung	710
Vierter Teil: Sonstige wirtschaftliche Maßnahmen	
Rapitel I: Steuerliche Erleichterungen für die Kapitalierung von Gesellschaften	714
Rapitel II: Steuerbefreiung	715
Rapitel III: Steuerbefreiung	715
Rapitel IV: Steuer für gewerbliche Gesellschaften	715
Rapitel V: Handel, gewerbliche und Kleinrentenmäßige Gesellschaften	716
Rapitel VI: Kapitalierung von Unternehmen	716
Rapitel VII: Sicherung der Wirtschaft über Staatsbankrott und Schuldenlosen im Dritten Teil der Dritten Verordnung des Reichspräsidenten vom 8. Dezember 1931	716
Rapitel VIII: Steuer- und Zinsbefreiung, Konsumsteuerbefreiung und Steuerbefreiung für Staatsrenten	716
Fünfter Teil: Sozialversicherung und Fürsorge	
Rapitel I: Rentenversicherung	718
Rapitel II: Unfallversicherung	719
Rapitel III: Sozialversicherung	722
Rapitel IV: Gewerkschaften	722
Rapitel V: Fürsorge	724
Rapitel VI: Sozialversicherung	725
Sechster Teil: Arbeitsrechtliche Vorschriften	
Rapitel I: Lohn und Gehälter der Arbeiter und Angestellten	726
Rapitel II: Sozialer Wähler	727
Siebenter Teil: Sicherung der Haushalte	
Rapitel I: Wirtschaft	728
Rapitel II: Erhaltung der Wirtschaft	731
Rapitel III: Wirtschaft	731
Rapitel IV: Wirtschaft	737
Rapitel V: Wirtschaft	738
Rapitel VI: Wirtschaft	738
Achter Teil: Schutz des inneren Friedens	
Rapitel I: Maßnahmen gegen Wirtschaftskrisen	742
Rapitel II: Wirtschaft	743
Rapitel III: Wirtschaft	743
Rapitel IV: Sicherung des Wirtschaftskrisen	743
Neunter Teil: Schlussbestimmung	745



Krankenhausreform
KHVVG

© Michael Kappeler/dpa

Warten auf Informationen (nach der Sommerpause...)

Krankenhausgipfel 09.09.2024

Forderungen der Krankenhäuser und Vertretern stehen fest

- Auswirkungsanalyse
- Vorhaltevergütung Fallzahlunabhängig
- Abkehr von Mindestvorhaltefallzahl
- Umgang mit Fachkliniken
- Ausnahmeregelung von Qualitätsmerkmalen
- In Kraft treten der LG-Systematik
- NRW (60) versus BMG (65)
- Zahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte
- Weiterbildungsproblematik

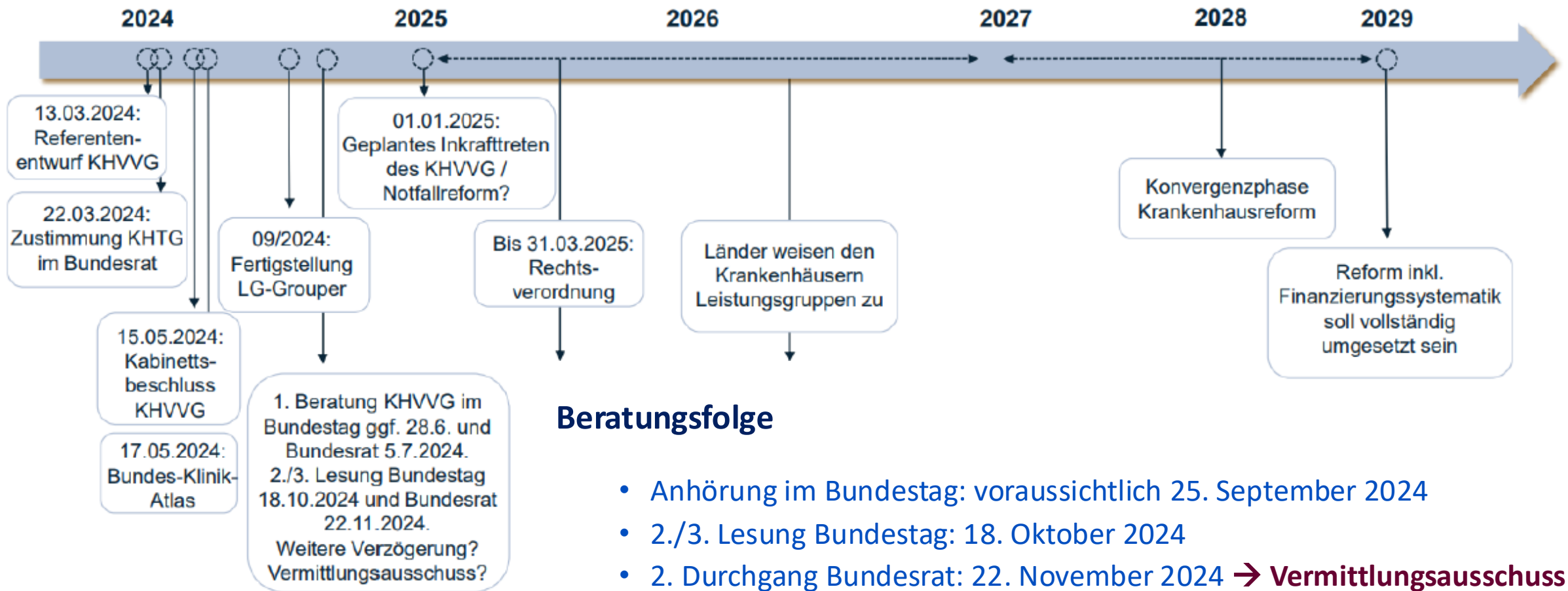
Informationen aus dem gestrigen Treffen

- Keine neuen Herangehensweisen
- BMG will Vermittlungsausschuss unbedingt vermeiden
- BMG stellt als Verhandlungspotential mögliche Gelder in den Raum
- Auswirkungsanalyse für Oktober angekündigt
- LG – Grouper fast fertig bei 2-3 der neuen LG Probleme (laut Heimig letzte Woche bei 4 von den 5 neuen LG Probleme)
- Mögliche Selbstkostendeckung bei Spezialkliniken
- Höheren Sicherstellungszuschlag für bedarfsnotwendige KH
- Entbürokratisierungsgesetz im Herbst



Zeitschiene und Termine Krankenhausreform: KHVVG

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus - Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz



Lauterbach: Selbstkostendeckungsprinzip für Spezialkliniken möglich

- Der Minister erklärte, dass insbesondere Kliniken für Menschen mit Behinderung, und wenige Spezialkliniken, die man für die Versorgung von Kindern vorhalte, mit der Methodik, die mit der Krankenhausreform entwickelt werde, nicht gut abgebildet werden könnten.
- Das sind Kliniken, deren Kosten wir tatsächlich absichern müssen. Daher denken wir für diese über ein Selbstkostendeckungsprinzip nach“, sagte Lauterbach. Es gehe aber lediglich „um eine Handvoll von Kliniken, vielleicht ein paar mehr“.



Realität

Fehlende Definition und fehlendes GEld

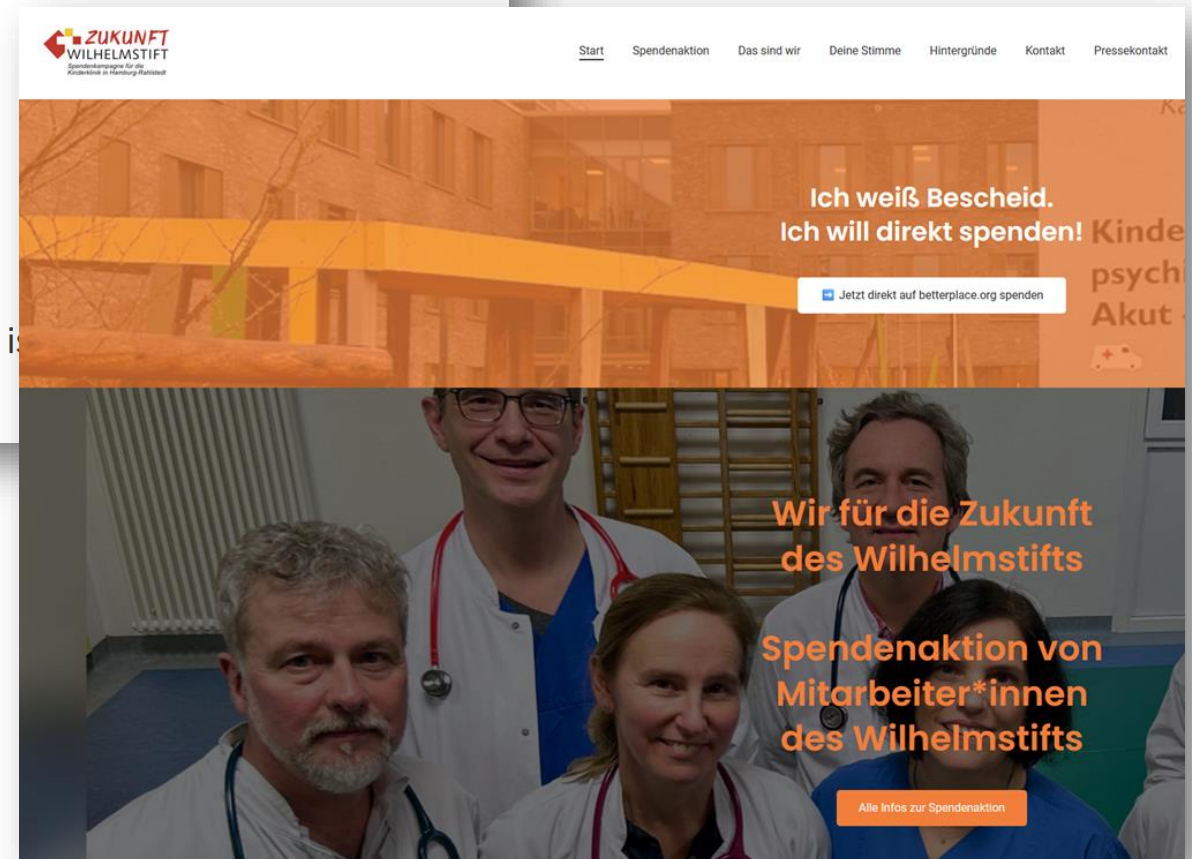
Wilhelmstift: Spenden sollen Finanzprobleme lösen

Sendung: [Hamburg Journal](#) | 28.06.2024 | 19:30 Uhr

2 Min | Verfügbar bis 28.06.2026

Das Rahlstedter Kinderkrankenhaus ruft zur Spendenaktion auf. Grund ist eine Finanzierungslücke von zwei Millionen Euro.

- Spendenaufruf für 130.000 EUR für eine notwendige Monitoranlage
- Internet und RTL-Beitrag



Gelegenheitsversorgung von Krebspatienten

Bei 11 Krebsarten könnten in zertifizierten Zentren extrapoliert auf die bundesdeutsche Bevölkerung pro Jahr rund 33.000 Lebensjahre gerettet werden

- **Beschränkung von Leistung durch Abrechnungsverbot**

§ 40 Verpflichtungen des BfArM und InEK zur **Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkologischen Leistungen**

→ **Abrechnungsverbot für die „letzten“ 15%**

Tumorentität 2	
Fälle gesamt Deutschland	10.000
KH 1	378
KH 2	335
KH 3	307
KH 4	297
KH 5	284
KH 6	234
KH 7	175
KH 8	163
KH 9	155

alle KH die "übrig" bleiben. nachdem 8.500 Fälle (85%) behandelt wurden

KH 400	10
KH 401	9
KH 402	8
KH 403	7
KH 404	2
KH 405	2
KH 406	2
KH 407	2
KH 408	2
KH 409	1
KH 410	1
KH 411	1
KH 412	1
KH 413	1
KH 414	1
KH 415	1

Tumorentität 1	
Fälle gesamt Deutschland	100
KH 1	30
KH 2	20
KH 3	15
KH 4	10
KH 5	10

KH 6	5
KH 7	5
KH 8	5



Weiterhin Unklarheit bei den Leistungsgruppen

Zählbarkeit bzw. Eineindeutige Zuordnung schwierig

- Die Leistungsgruppen und die an sie gestellten Qualitätskriterien werden in Anlage 1 zu dem durch das KHVVG neu einzuführenden § 135e SGB V beschrieben
- Diese Qualitätsanforderungen richten sich nach der Erbringung **verwandter Leistungsgruppen**, der sachlichen Ausstattung, **personellen Strukturen** und sonstigen Struktur- und Prozesskriterien.
- Ersten Schritt zur Implementierung aus dem am 28.03.2024 in Kraft getretenen Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) bereits erfolgt



Auflistung Leistungsgruppen nach BMG

INTERNISTISCHE LEISTUNGSGRUPPEN

- Allgemeine Innere Medizin
- Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
- Infektiologie**
- Komplexe Gastroenterologie
- Komplexe Nephrologie
- Komplexe Pneumologie
- Komplexe Rheumatologie
- Stammzelltransplantation
- Leukämie und Lymphome
- EPU / Ablation
- Interventionelle Kardiologie
- Kardiale Devices
- Minimalinvasive Herzklappenintervention

CHIRURGISCHE LEISTUNGSGRUPPEN

- Allgemeine Chirurgie
- Kinder- und Jugendchirurgie
- Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie**
- Plastische und rekonstruktive Chirurgie
- Bauchaortenaneurysma
- Carotis operativ / interventionell
- Komplexe periphere arterielle Gefäße
- Herzchirurgie
- Herzchirurgie Kinder und Jugendliche
- Endoprothetik Hüfte
- Endoprothetik Knie
- Revision Hüftendoprothese
- Revision Knieendoprothese
- Spezielle Traumatologie**
- Wirbelsäuleneingriffe
- Thoraxchirurgie
- Bariatrische Chirurgie
- Lebereingriffe
- Ösophaguseingriffe
- Pankreaseingriffe
- Tiefe Rektumeingriffe

WEITERE LEISTUNGSGRUPPEN

- Augenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- MKG
- Urologie
- Allgemeine Frauenheilkunde
- Ovarial CA
- Senologie
- Geburten
- Perinataler Schwerpunkt
- Perinatalzentrum Level 1
- Perinatalzentrum Level 2
- Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
- Spezielle Kinder- und Jugendmedizin**
- Kinder-Häm. u. Onk. -Stammzelltransplantation
- Kinder-Häm. u. Onk. - Leukämie u. Lymphome
- HNO
- Cochleaimplantate
- Neurochirurgie
- Allgemeine Neurologie
- Stroke Unit
- Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)

WEITERE LEISTUNGSGRUPPEN

- Geriatric
- Palliativmedizin
- Darmtransplantation
- Herztransplantation
- Lebertransplantation
- Lungentransplantation
- Nierentransplantation
- Pankreastransplantation
- Intensivmedizin
- Notfallmedizin**

PSYCHIATRISCHE LEISTUNGSGRUPPEN

- Psychiatrie, -therapie u. Psychosoma. Medizin u. Psychotherapie - vollstationär
- Psychiatrie, -therapie u. Psychosoma. Medizin u. Psychotherapie - teilstationär
- Kinder- u. Jugendpsych. u. -therapie - vollstat.
- Kinder- u. Jugendpsych. u. -therapie - teilstat.

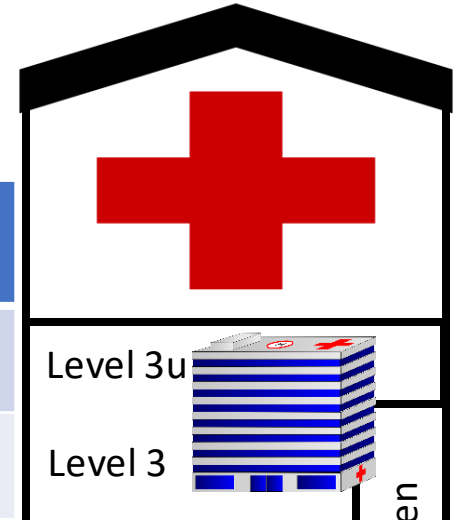


Eingriff in die Planungshoheit der Länder

Das Transparenzgesetz (KHTranspG)

(4) InEK ordnet den Krankenhäusern Versorgungsstufen nach folgenden Kriterien zu

Internistische Leistungsgruppen	Chirurgische Leistungsgruppen	Intensivmedizin	Notfallmedizin	Sonstige Leistungsgruppen	Universität
5	5	X	X	8	X
5	5	X	X	8	



Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Der Bund wird das Vorhaben durch ein eigenes Gesetz umsetzen und die bestehende Datenbasis verbessern. Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.

Kooperationen – Ambulantisierung - Weiterbildung

Herausforderungen – die aber auch ohne die KH-Reform zu meistern sind

Kooperationen | Umwidmung
in ambulante OP-Zentren

- Standortdefinition
Krankenhaus – starre 2 km
Grenze

Sektorenübergreifende
Weiterbildungsoptionen

- Sozialversicherung
- Arbeitnehmerüberlassung
- Rechtliche Grundlagen
- Finanzierung im ambulanten
Bereich

Umgang mit neuen
Arbeitsmodellen (Teilzeit) und
Fachkräftemangel

- Transformation vom
Generalisten zum
Spezialisten zurück zum
Generalisten in Teilzeit

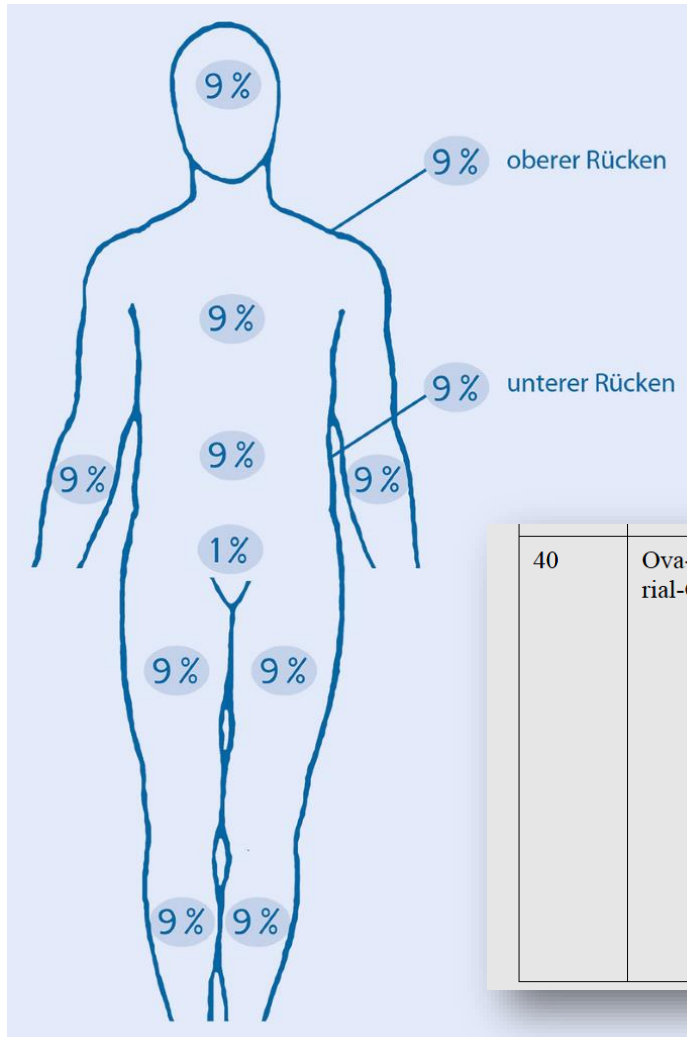
Zerstückelung des Personals...

Neue Meldepflichten für das ärztliche Personal

- Beschlüsse des Deutschen Bundestages zu neuen Melde- und Dokumentationspflichten
 - Krankenhäuser müssen dem INEK, zukünftig weitere Daten zum ärztlichen Personal, und dessen Arbeitszeiten, gegliedert nach „maßgeblichen Leistungsgruppen“ übermitteln
 - Diese Meldungen sollen jedes Quartal neu erfolgen.
- **Beschlossen wurde diese neue Vorgabe mit einem Änderungsantrag zum Medizinforschungsgesetz am 4. Juli.**
- Krankenhäuser, die diesen Vorgaben nicht nachkommen, müssen mit einem Vergütungsabschlag von pauschal 50.000 Euro rechnen, und zwar je Standort
 - Keine Angaben für die Aufteilung der Arbeitszeit auf die Leistungsgruppen
 - Damit rechtssicher, fachlich korrekt und bürokratiarm Umsetzung kaum möglich
- **Fraglich ist, warum die zusätzliche Meldepflicht samt Sanktionsandrohungen zu einem Zeitpunkt in Kraft gesetzt worden ist, in der eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen weder gesetzlich festgelegt sei noch absehbar vor dem 1. Januar 2027 in der Krankenhausplanung der Länder rechtswirksam umgesetzt werden könnte.**

Zerstückelung des Personals...

1 VZÄ = 40 h



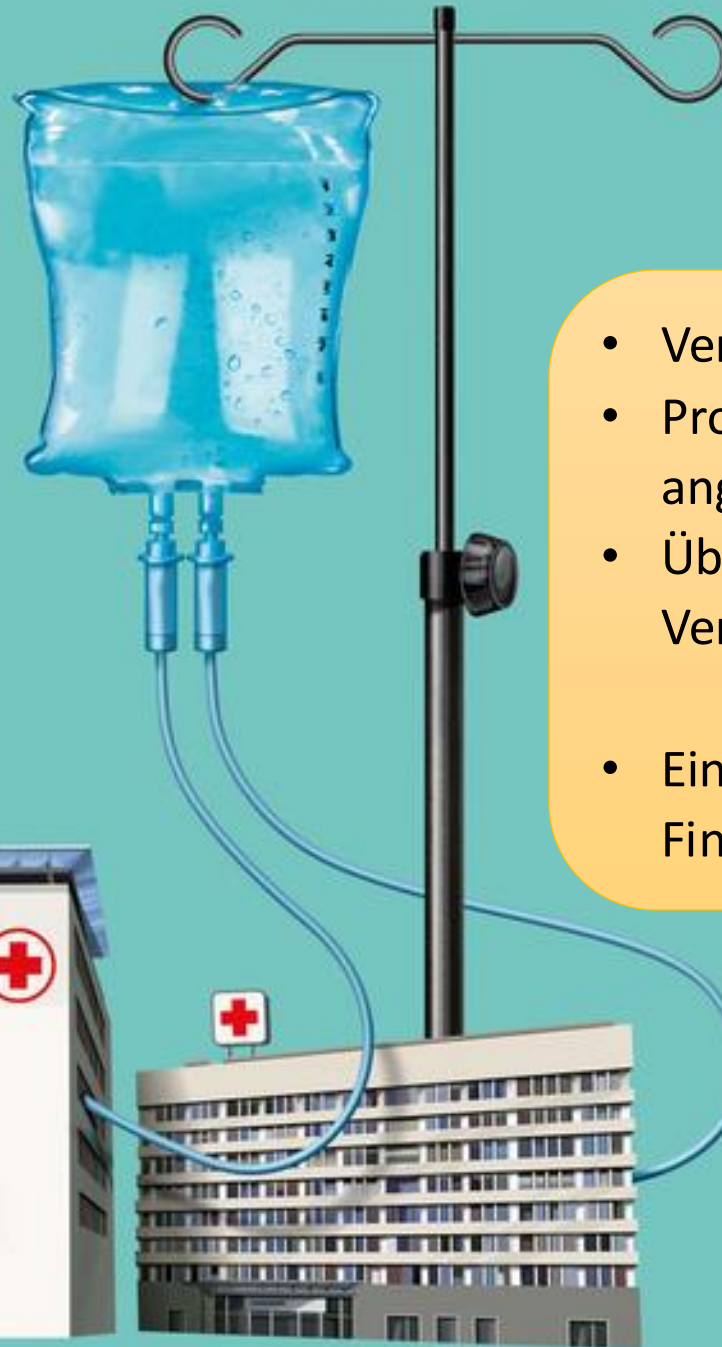
- Angaben für das IneK
 - nur stationär – ambulante „Anteile“ rausrechnen
 - nur stationär – hybride „Anteile“ rausrechnen
 - Nur Patientenversorgend
- Nach Leistungsgruppe verteilt

40	Ova- rial-CA	Min- destvo- rausset- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedi- zin, Qualitätsan- forderung Kom- plex	LG Urologie		FA Frauenheil- kunde und Geburts- hilfe SP Gynäkolo- gische Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit SP	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonalunter- grenzen
		Aus- wahl- krite- rium	LG Palliativmedi- zin LG Senologie LG Urologie	Angebot Nuklear- medizin Angebot Strahlen- therapie		FA Frauenheil- kunde und Geburts- hilfe mit SP Gynä- kologische		

Krankenhausreform

Antwort auf Probleme?

- Aktuell in allen Bereichen noch fehlende Informationen für eine Planungssicherheit
- Insgesamt sehr bürokratische und regulatorische Tendenzen



- Veränderung kommt so oder so
- Prozesse müssen so oder so angepasst (verschlankt) werden
- Über die Personalaufteilung ggf. Verbesserung der Kommunikation
→ FinCo-MedCo-PA-OP
- Einbinden von Alternativen Finanzierungsquellen