

Krankenhausstrukturgesetz

Zeitplan bleibt ambitioniert

Seit Jahresanfang ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft. Es soll die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern und die Kliniklandschaft nachhaltig umgestalten. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben kommt jedoch nur langsam voran. Bei einigen Themen können sich die Krankenkassen und Krankenhäuser, die die Vorgaben

konkretisieren sollten, nicht fristgemäß einigen. Zu unterschiedlich interpretieren sie den gesetzlichen Spielraum, zu weit liegen ihre Interessen auseinander. Dazu kommt, dass einige Regelungen zu detailreich und nicht immer ausreichend miteinander verbunden sind, sodass die Konkretisierung einer Norm die Umsetzung einer anderen blockiert.

So liegt die Entscheidung über Zuschläge für Zentren und besondere Aufgaben, die bis Ende März 2016 zu vereinbaren waren, in der Schiedsstelle. Noch völlig offen sind die Anforderungen und Kriterien für klinische Sektionen, die Ende des Jahres stehen müssen. Eine Einigung erzielten die Kassen und Kliniken dagegen bei den Themen Abbildung von Sachkosten in den Fallpauschalen, Fallzahlensteigerung und ihre Steuerung sowie Repräsentativität der DRG-Kalkulationsstichprobe. Um die systematische Übervergütung der Sachkosten im DRG-System zu reduzieren, werden diese hin zu Personalkosten umverteilt. Abgesenkt wird außerdem die Bewertung von Operationen an Hüfte und Rücken, weil bei diesen Eingriffen wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen angenommen werden. Bei der Liste mit nicht mengenanfälligen Leistungen, für die künftig der halbe Fixkostendegressionsabschlag gelten soll, erreichten Kliniken und Kassen ebenfalls einen Konsens.

Auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss laufen Ende 2016 die ersten Fristen ab. Bis dahin müssen sich Kliniken, Ärzte und Kassen über ein gestuftes System für die Notfallversorgung, über den Sicherstellungszuschlag und die Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung verständigen.

Klinikreform: Erste Themen abgehakt

	Zentrumszuschlag	
DKG	Absenkung von Bewertungsrelationen	✓
GKV-SV	Konzept für Sachkosten	✓
PKV	Fixkostendegressionsabschlag (Bund)	✓
	Kriterien für klinische Sektionen	
	Repräsentative Kalkulationsstichprobe	✓
	Gestuftes System in der Notfallversorgung	
GBA	Qualitätsindikatoren für Krankenhausplanung	
	Sicherstellungszuschlag	

DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft | GKV-SV GKV-Spitzenverband
PKV Private Krankenversicherung | GBA Gemeinsamer Bundesausschuss

Die ersten Vereinbarungen zur Umsetzung der Klinikreform stehen. Eine Atempause im Verhandlungsmarathon 2016 ist für die Beteiligten aber nicht in Sicht. Grafik: AOK-Bundesverband

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

- >> Konzept soll für repräsentative Kalkulationsstichprobe sorgen

Markt und Meinung Seite 3

- >> Statistik weist ungenutzte Klinikkapazitäten auf
- >> Fallpauschalen 2017: Mehr Geld fürs Personal
- >> Preisobergrenze für Klinikleistungen liegt bei 2,5 Prozent

Versorgung und Service Seite 4

- >> Sanierungsplan für Münchner Häuser steht
- >> Grünes Licht fürs Entlassmanagement
- >> Brandenburg will Klinikstrukturen verbessern
- >> NRW hilft Krankenhäusern bei Demenz

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

- >> Damit DRG-Berechnung solide Basis bekommt

„Reform ist eine Sache,
die hauptsächlich
die Reformer befriedigt.“

Ambrose Gwinnett Bierce,
US-amerikanischer Journalist und Satiriker

Konzept für repräsentative Kalkulationsstichprobe

Zwischen Kür und Pflicht

Robust und solide soll die Kalkulation von Fallpauschalen künftig werden. Voraussetzung dafür ist, dass sich noch mehr Krankenhäuser daran beteiligen. Deshalb wird für manche von ihnen die Teilnahme zu einem Muss.

Manchen Krankenhäuser wird der 31. Oktober 2016 in Erinnerung bleiben. Bis zu diesem Stichtag lost das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstmals 40 Krankenhäuser aus, die für fünf Jahre zur Teilnahme an der Kalkulation von Fallpauschalen (DRGs) verpflichtet werden. Wer nicht mitmacht, muss mit finanziellen Folgen rechnen. Bisher liefern Jahr für Jahr rund 250 Häuser ihre Kostendaten freiwillig an das InEK. Seit Langem kritisieren jedoch viele Experten, dass die Kalkulationsstichprobe die deutsche Kliniklandschaft und das Versorgungsgeschehen nicht richtig abbildet. So sind die privaten Kliniken dort unterrepräsentiert. Auch ist bei einigen Leistungsbereichen die Kalkulation problematisch, da es nicht genug valide Daten gibt. Dem InEK zufolge ist das derzeit bei 280 Fallpauschalen der Fall. Sie stehen für gut vier Millionen Behandlungsfälle. Das sind etwa ein Fünftel aller Fälle.

Kassen und Kliniken vereinbaren neues Konzept

Die Kritik fand Gehör bei der Politik. So erhielt das InEK mit der Klinikreform den Auftrag, ein neues Konzept zu entwickeln, das die Kalkulation auf eine solidere Basis stellt und die Repräsentativität der Trägerschaft und von Leistungsbereichen verbessert. Anfang September 2016 war es dann so weit: Kliniken und Kassen vereinbarten die neuen Regeln zur Festlegung der repräsentativen Kalkulationsstichprobe. Im Grunde bleibt alles wie gehabt. Die Teilnahme soll für Krankenhäuser weiterhin freiwillig bleiben. Allerdings wird

das InEK künftig dort, wo nicht alles rund läuft, eingreifen und weitere Kliniken zur Teilnahme nach einem Auswahlverfahren verpflichten.

Kalkulation bekommt breitere Basis

Die Auswahl der Häuser folgt einer klaren Systematik. Zunächst prüft das InEK, bei welchen Fallpauschalen die sogenannten Hauptleistungserbringer nicht angemessen vertreten sind. Diese Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen in relevanten DRGs sind für die Kalkulation sehr wichtig. Je mehr davon in der Stichprobe, desto besser die Kalkulationsergebnisse. Ist der Anteil der Hauptleistungserbringer in der freiwilligen Kalkulationsstichprobe für eine DRG zu niedrig, dann gilt der Leistungsbereich als unterrepräsentiert. Somit müssen weitere Krankenhäuser verpflichtet werden, ihre Daten dem InEK zu Verfügung zu stellen.

Stichprobe soll überschaubar bleiben

Welche Krankenhäuser dafür infrage kommen, entscheidet ein Ranking. Je stärker ein Haus zur Verbesserung der Repräsentativität der Stichprobe beiträgt, desto höher ist sein Rankingwert und desto eher kommt es in die Auswahl für die Endziehung. Dabei spielen der Träger der Klinik, ihr Behandlungsspektrum und ihre Fallzahlen eine entscheidende Rolle. Ist es ein privates Haus, das in unterrepräsentierten Leistungsbereichen viele Fälle vorweist, so kommt es mit großer Wahrscheinlichkeit in die Ziehungstrommel. Bei jeder Auslosung wird nur ein Haus gezogen. Da es die Stichprobe verändert, wird das Ranking jedes Mal aktualisiert, bevor die Trommel erneut gedreht wird. Dadurch soll die Zahl der verpflichteten Kliniken überschaubar bleiben. Ob das Konzept aufgeht, wird die Kalkulation 2018 zeigen. Die dafür notwendigen Daten sind bereits am 30. April 2017 fällig.

PRESSEECHO

Millionen für Modernisierung

Das DRK-Krankenhaus Biedenkopf bekommt 8,8 Millionen Euro an Fördermitteln aus einem kommunalen Investitionsprogramm. Das Land Hessen hat die Modernisierungspläne bereits gebilligt. Entstehen soll im ersten Schritt ein Anbau, wo die Klinikleitung unter anderem die Diagnostikabteilung ausbauen will.

Siegener Zeitung, 04.10.2016

Fusion in Karlsruhe

Die St. Vincentius-Kliniken und das Diakonissenkrankenhaus sind zu den „ViDia“ Christlichen Kliniken Karlsruhe fusioniert. Der Zusammenschluss der beiden Häuser sei beispielgebend und der richtige Weg, um den immer größer werdenden Anforderungen an Krankenhäuser hinsichtlich der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen, so der baden-württembergische Sozialminister Manne Lucha. Vor diesem Hintergrund unterstütze das Land auch den Neubau der St. Vincentius-Kliniken. Die Baumaßnahme sei in das Jahreskrankenhausbauprogramm 2016 aufgenommen worden.

ka-news.de, 04.10.2016

Schweinfurter Klinik im Plus

Wieder einmal kann das Leopoldina in Schweinfurt positive Bilanzergebnisse vermelden. Die Klinik hat im Geschäftsjahr 2015 einen Jahresüberschuss von vier Millionen Euro erwirtschaftet. Das Kommunalunternehmen der Stadt Schweinfurt schreibt seit 16 Jahren schwarze Zahlen.

Bayerischer Rundfunk, 22.09.2016

Krankenhausstatistik 2015

Kapazitäten bleiben ungenutzt

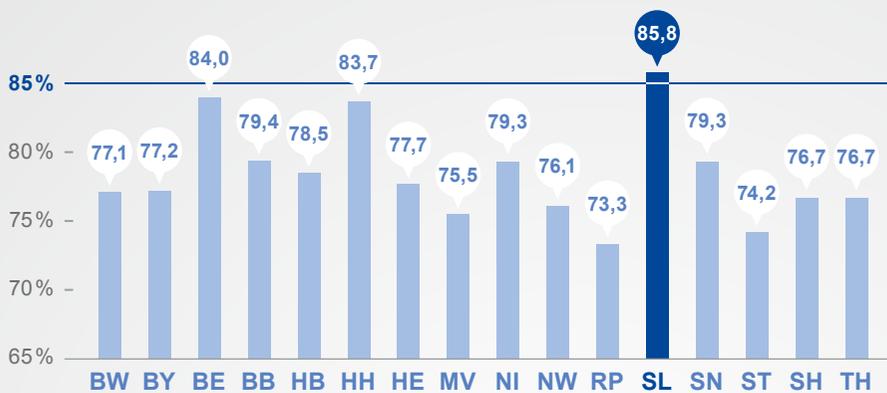
Rund 498.000 Betten standen 2015 in deutschen Krankenhäusern, ein Viertel weniger als im Jahr 1991. Damals verfügten die Kliniken über 665.000 Betten. Auch die Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage ging zurück, von 204 Millionen im Jahr 1991 auf 141 Millionen im Jahr 2015. Das geht aus den aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervor. Danach behandeln die Krankenhäuser Jahr für Jahr immer mehr Patienten, zuletzt über 19 Millionen. Trotzdem liegt die bundesweite Bettenauslastung seit Jahren deutlich unter der Sollmarke von 85 Prozent. 2015 betrug sie 77,6 Prozent. Die höchste Bettenauslastung erreichten öffentliche Krankenhäuser mit 79,4 Prozent, die geringste (75,4 Prozent) private Kliniken. Die Auslastung in den freigemeinnützigen Häusern lag bei 76,1 Prozent.

Fallpauschalenkatalog 2017

Mehr Geld fürs Personal

Die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser auf Bundesebene haben sich auf neue Entgeltkataloge und Abrechnungsbestimmungen für die Somatik und Psychiatrie verständigt. Die Anzahl der pauschalierenden Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik bleibt 2017 unverändert. Bei den DRGs kommen insgesamt 35 neue dazu, unter anderem für langwierige Behandlungen von Kindern und die Strahlentherapie. Entsprechend den Vorgaben der jüngsten Klinikreform spiegelt der aktuelle DRG-Katalog das neue Verhältnis von Sach- und Personalkosten innerhalb der DRGs wider. Finanziell aufgewertet wurden die personalkostenintensiven DRGs, abgesenkt diejenigen mit hohem Sachkostenanteil. Die umzuverteilende Summe beträgt fast eine Milliarde Euro. Rund drei Viertel aller Krankenhäuser sollen davon profitieren.

Bettenauslastung fast bundesweit unter 85 Prozent



Als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gilt in vielen Bundesländern eine Bettenauslastung von 85 Prozent. 2015 lag sie fast überall in Deutschland deutlich darunter, mit Ausnahme von Saarland, Hamburg und Berlin. Quelle: Destatis

Veränderungswert 2017

Plus 2,5 Prozent

Der Veränderungswert 2017 beträgt 2,5 Prozent. Bei stationären Leistungen bildet er die Obergrenze für Preissteigerungen. Wie in den Jahren zuvor entspricht er der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und nicht dem Orientierungswert, der die durchschnittliche jährliche Veränderung der Krankenhauskosten wiedergibt. Laut GKV-Spitzenverband erhalten Kliniken damit rund 700 Millionen Euro mehr als für den Ausgleich der Betriebsausgaben nötig.

DREI FRAGEN AN ...



... **Jürgen Malzahn**,
Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung
Rehabilitation im AOK-Bundesverband.

Kein Wandel ohne Investitionen

Warum stockt die Umsetzung der Klinikreform?

Seit Inkrafttreten der Klinikreform arbeiten Kliniken und Kassen intensiv an der Umsetzung. Wichtige Themen wie Sachkostenkorrektur sind bereits umgesetzt. Andere Regelungen wie die Sicherstellungszuschläge sind konfliktbeladen und in der Umsetzung komplex.

Welche Themen sind noch problematisch?

Leider kommt die Umsetzung der Mindestmengenregelung nur zögerlich voran. Die Empirie für zahlreiche Eingriffe wie bei Hüftendoprothesen oder Darmkrebs liegt eindeutig vor, aber die juristischen Feinheiten sind komplex. Bei der Zentrumsfinanzierung sollen einheitliche Kriterien den Wildwuchs der Vergangenheit beseitigen. Das führt zu Umverteilung von Geld, und damit tut sich die Krankenhausseite schwer – Geschenke verteilen ist einfach, der Griff ins Portemonnaie nicht.

Wo soll die Politik nachsteuern?

Ohne ausreichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser wird der Mut zu Strukturveränderungen geschädigt. Auch ist Klarheit für die Zukunft der stationären Überkapazitäten wichtig. In der fachärztlich ambulanten Versorgung – gerade in der Notfallversorgung – gibt es Bedarfe, die klassische Vertragsärzte nicht auffangen können. Hier muss die Politik belastbare Perspektiven eröffnen.

Städtische Kliniken München

2018 startet Radikal-Sanierung

Eine Dreiviertelmilliarde Euro soll in die Sanierung der vier Standorte der Städtischen Klinikum München GmbH – Bogenhausen, Schwabing, Harlaching und Neuperlach – fließen. Einem Bericht des Merkur zufolge macht Harlaching den Anfang. Das Haus soll nach vorläufiger Kostenschätzung 250 Millionen Euro für eine Radikal-Sanierung bekommen. Die Klinikleitung rechnet mit einer Förderung durch den Freistaat Bayern und die Landeshauptstadt, die 60 Prozent der Kosten übernehmen sollen. Nach den Bauplänen soll ein fünfstöckiger Komplex mit einer Nutzfläche von 34.000 Quadratmetern die alten Behandlungsgebäude ersetzen. Insgesamt will das Klinikum seine Kapazitäten von 600 auf 550 Betten reduzieren. Im Dezember 2016 wird der Stadtrat über das Sanierungskonzept entscheiden. Nach derzeitigem Zeitplan soll der Neubau 2022 fertig sein.

Entlassmanagement

Grünes Licht für Übergangsregeln

Ab Sommer 2017 sollen Krankenhäuser eine stärkere Rolle bei der Entlassung von Patienten einnehmen. Nach klar geregelten Verantwortlichkeiten und verbindlichen Standards, die das Bundesschiedsamt nun festgesetzt hat, können Kliniken künftig Anschlussleistungen wie Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege sowie Soziotherapie ihren Patienten für bis zu sieben Tage verordnen.

TERMINE

**5. November 2016
in Dresden**

Medizinrechtssymposium

**14. bis 17. November 2016
in Düsseldorf**

Medica und 39. Deutscher
Krankenhaustag

**1. und 2. Dezember 2016
in Berlin**

10. Nationaler Qualitätskongress
Gesundheit

Strukturumbau in Brandenburg

30 Millionen Euro für Kliniken

Das Land Brandenburg will seine Krankenhauslandschaft umgestalten. Kliniken sollen zu modernen ambulant-stationären Gesundheitszentren werden. Nach Worten der Gesundheitsministerin Diana Golze geht es in Brandenburg nicht um Standortschließungen. „Wir setzen auf die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung“, so die Ministerin. Alle 53 Krankenhäuser an ihren 62 Standorten im Land Brandenburg sollen erhalten bleiben. Für den Umbau will das Land die Mittel aus dem Strukturfonds nutzen, insgesamt rund 30 Millionen Euro. 15,16 Millionen Euro fließen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die gleiche Summe steuert Brandenburg selbst bei. Außerdem will die Landesregierung die Krankenhäuser mit mindestens 80 Millionen Euro pro Jahr bis 2019 fördern.

Initiative für mehr Patientensicherheit

NRW hilft Kliniken bei Demenz

Nordrhein-Westfalen (NRW) will Krankenhäuser dabei unterstützen, Diagnostik, Behandlung und Tagesablauf an die Bedarfe und Bedürfnisse von an Demenz erkrankten Patienten anzupassen. Anfang Oktober startete entsprechend eine Projektförderung, die für drei Jahre den Krankenhäusern insgesamt 270.000 Euro zur Verfügung stellt. Mit dem Projekt will das Land bislang noch nicht erreichte Häuser für die Umsetzung demenzsensibler Maßnahmen gewinnen.

PERSONALIA

Schlegel ist neuer Präsident des Bundessozialgerichts



Rainer Schlegel ist neuer Präsident des Bundessozialgerichts (BSG). Der promovierte Jurist und Honorarprofessor an der Universität Gießen folgt auf Peter Masuch, der dem Gericht acht Jahre lang vorstand. Schlegel war seit 2014 Vizepräsident des BSG. Zuvor leitete er im Bundesarbeitsministerium die Abteilung Arbeitsrecht und Arbeitsschutz.

Drese wird Sozialministerin in Mecklenburg-Vorpommern



Stefanie Drese wird neue Sozial- und Gesundheitsministerin in Mecklenburg-Vorpommern. Die Rechtsanwältin und bisherige justizpolitische Sprecherin der SPD-Fraktion löst Birgit Hesse ab, die ins Bildungsministerium des Landes wechselt.

Hessabi wechselt von Asklepios zur DAK-Gesundheit



Hajo Hessabi wird zum Jahresanfang 2017 stellvertretender Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Der Diplomingenieur ist derzeit noch verantwortlich für das Thema Netzwerkmedizin bei der Asklepios Kliniken GmbH. Zuvor war er Mitglied in der Geschäftsführung der Kliniken Schmieder.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

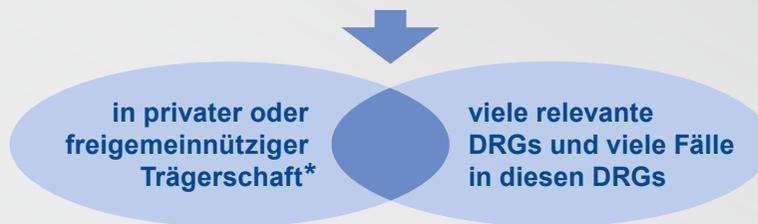
>> Qualität

Damit DRG-Berechnung solide Basis bekommt

Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe hinsichtlich



Verbesserung der Kalkulationsstichprobe durch
mehr Kliniken mit folgenden Merkmalen



* Nehmen mehr private Kliniken an der Kalkulation teil, verändert sich die Zusammensetzung der Stichprobe. Damit alle Träger entsprechend ihren Fallanteilen an der Grundgesamtheit in der Stichprobe vertreten sind, müssen auch mehr freigemeinnützige Häuser dazukommen.

Grafik: AOK-Bundesverband

Wenige Häuser können Kalkulation verbessern

Die durchschnittlichen Kosten, die den Krankenhäusern bei der Behandlung von Patienten entstehen, spiegeln sich in den Fallpauschalen, den DRGs, wider. Jedes Jahr kalkuliert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Fallpauschalen neu. Die Berechnung basiert auf Daten, die die Kalkulationskrankenhäuser dem InEK freiwillig zur Verfügung stellen. Um die Kosten für die einzelne DRG richtig zu berechnen, ist es notwendig, dass die Kalkulationsstichprobe repräsentativ ist. Das bedeutet, sie muss sich ähnlich der Grundgesamtheit zusammensetzen. Wichtig ist zum Beispiel, dass alle Trägerarten entsprechend ihren Fallanteilen in der Stichprobe vertreten sind. Auch müssen alle DRGs entsprechend der Grundgesamtheit in die Kalkulation eingehen. Das ist derzeit nur bedingt der Fall. Deshalb benötigt das Institut zusätzliche Daten. In einem ersten Schritt soll eine überschaubare Anzahl von zusätzlichen Krankenhäusern diese Daten liefern. Entscheidend dabei ist, dass sich der Anteil der Häuser, die in der Kalkulation bisher unterrepräsentiert sind, erhöht und damit die Stichprobe hinsichtlich der Trägerschaft und der Leistungsbereiche verbessert wird.

Illustration: Stockphoto