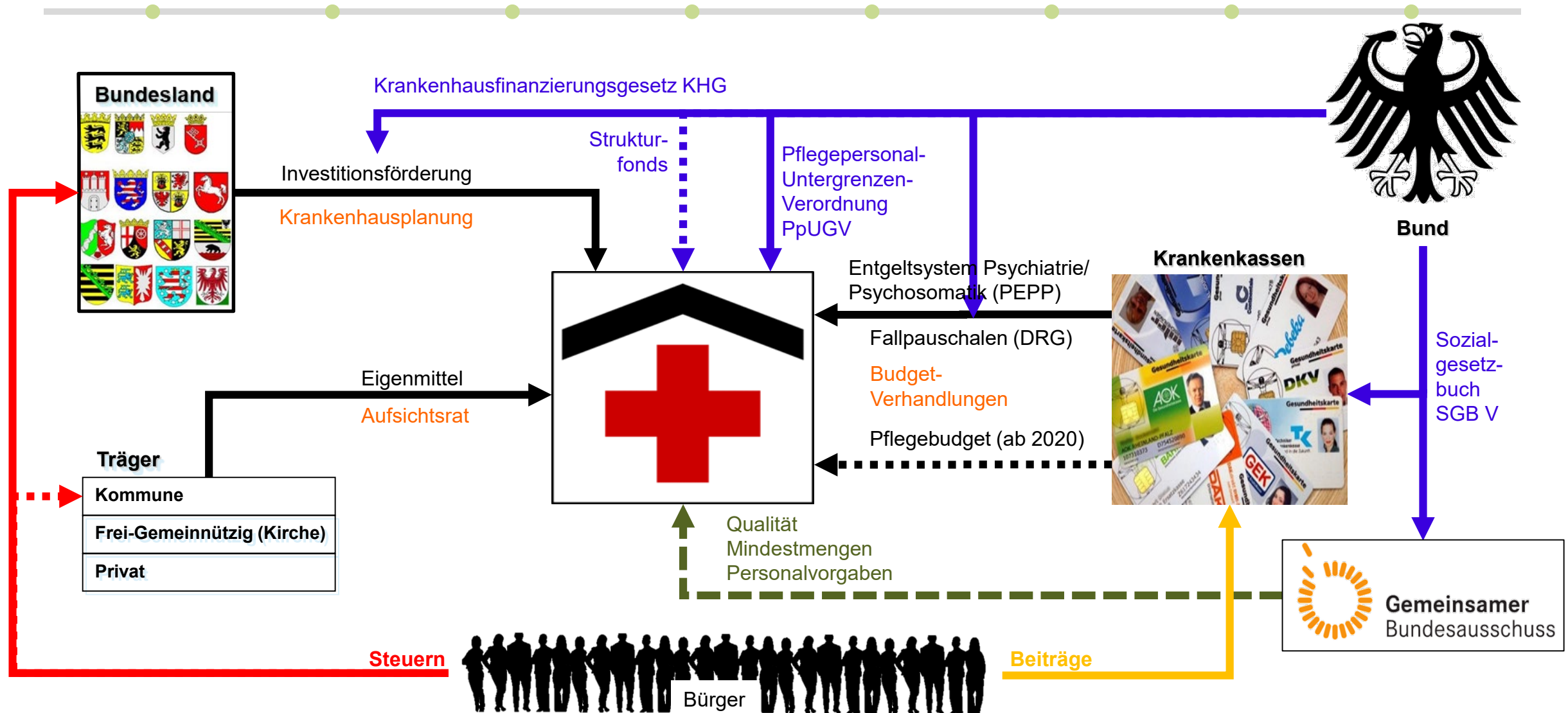


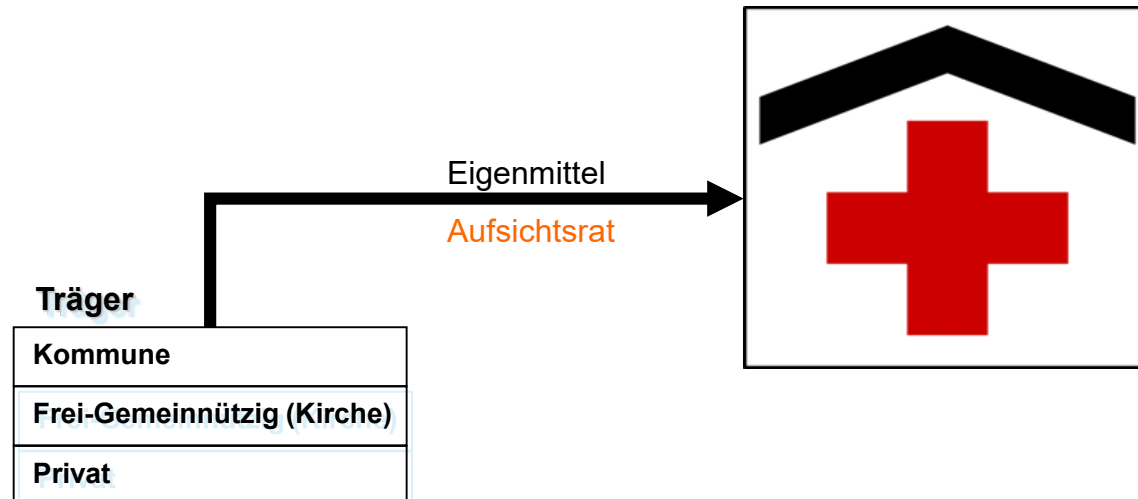


Krankenhausfinanzierung und Herausforderungen

Übersicht Krankenhausfinanzierung

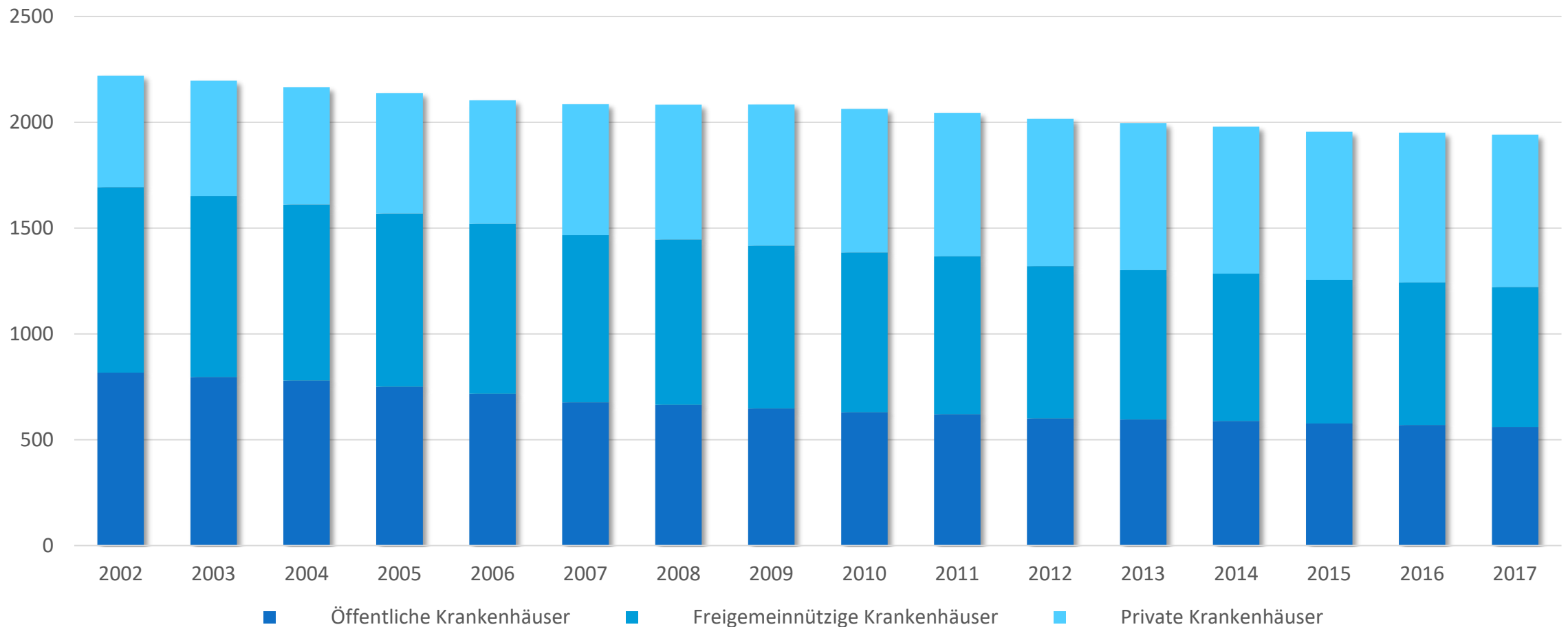


Übersicht Krankenhausfinanzierung



Krankenhausfinanzierung - Träger

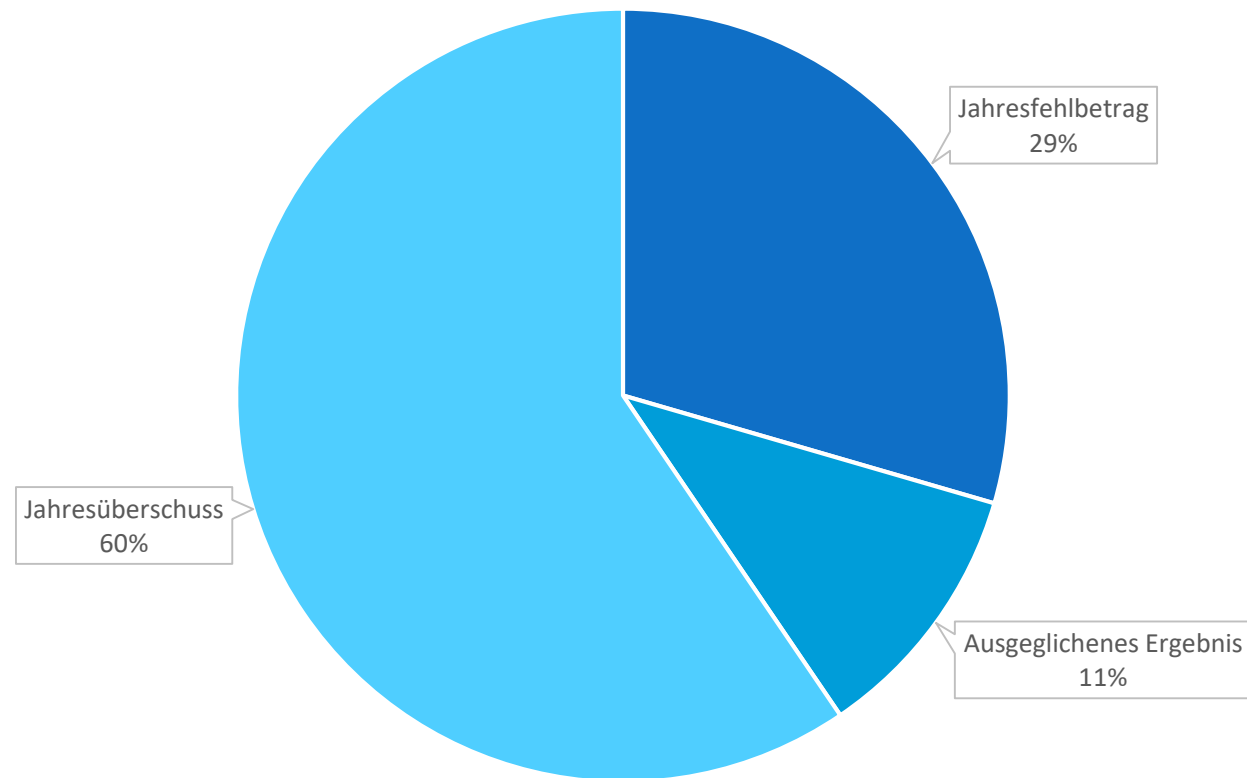
Krankenhäuser – Anzahl und Trägerschaft



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de)

Krankenhausfinanzierung - Träger

Jahresergebnisse der Krankenhäuser 2017

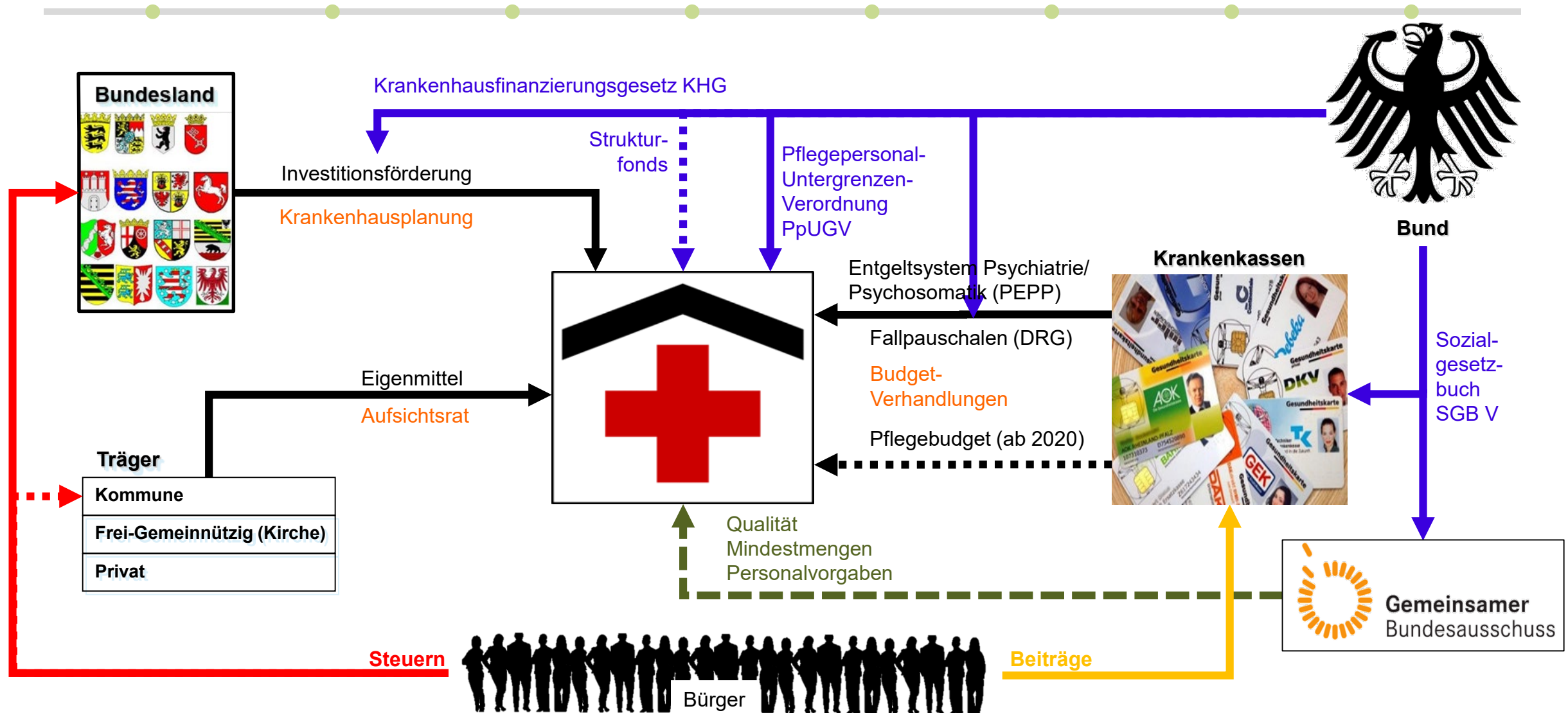


Quelle: DKI Krankenhaus-Barometer 2018

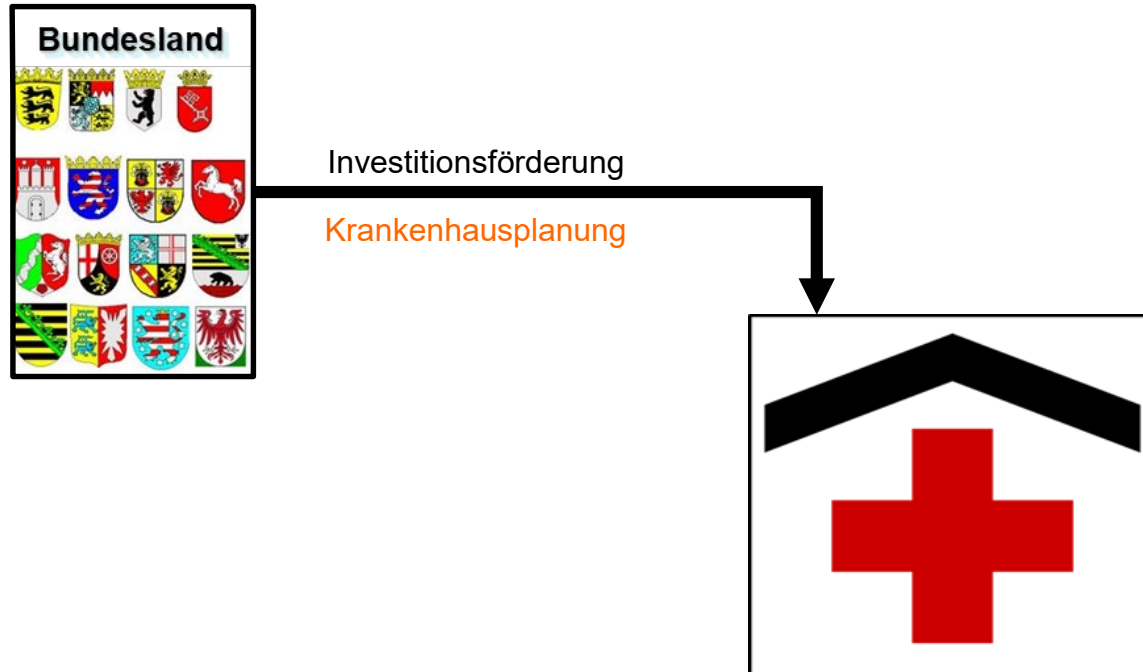
Krankenhausfinanzierung - Träger

Bereich	Öffentliche Träger	Freigemeinnützige Träger	Private Träger
Träger (meist)	Kommunen (Kreise, Städte)	Religionsgemeinschaften, Orden	Konzerne (meist AG)
Zielsetzung	Daseinsvorsorge	Diakonie, Nächstenliebe	Ökonomische Ziele
Zielgruppe	Bevölkerung/Bürger	Menschen	Eigentümer
Patienten-/Leistungsauswahl	Bedarf	Bedarf	Ökonomische Aspekte
Personal	Flächentarif TVÖD	Flächentarif AVR	Haus-/Konzerntarif
Tarifkonflikte	Oft flächendeckend, Vorreiterrolle	Eingeschränkte Mitbestimmung	
Entscheidungsstruktur	(Lokal-)Politisch geprägt	Kirchenhierarchisch	Konzern
Finanzpotential Träger	Gering	Mäßig	Vermögend
Rating Finanzmarkt	Schlecht	Mäßig	Gut
Umgang Verluste	Bis zu gewissem Grad Trägersausgleich (Kommunen → Steuer)	Bis zu gewissem Grad Trägersausgleich	Nur in Anfangsphase und geringem Maß tolerabel
Umgang Überschüsse	Vollständige Reinvestition	Meist vollständige Reinvestition	8 – 15% Eigentümerrendite

Übersicht Krankenhausfinanzierung



Übersicht Krankenhausfinanzierung



Investitionsfinanzierung



Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

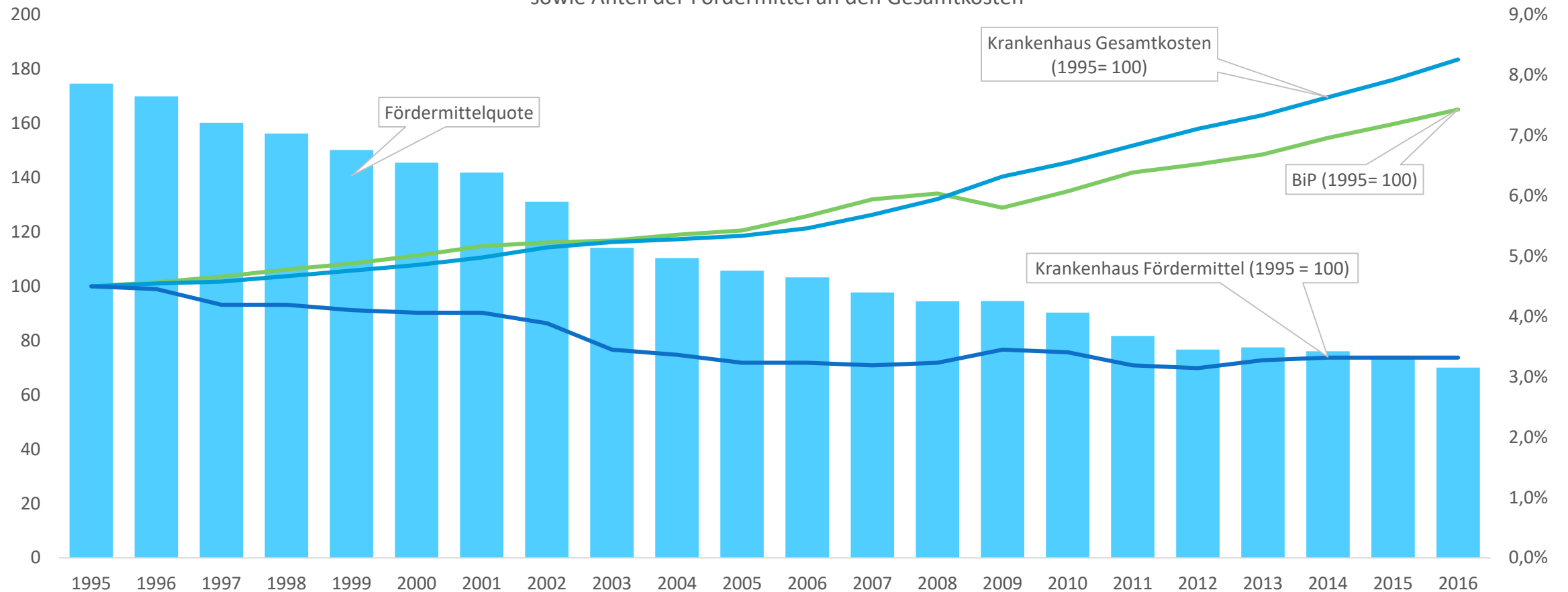
§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

- 1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden** und sie
- leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Investitionsfinanzierung

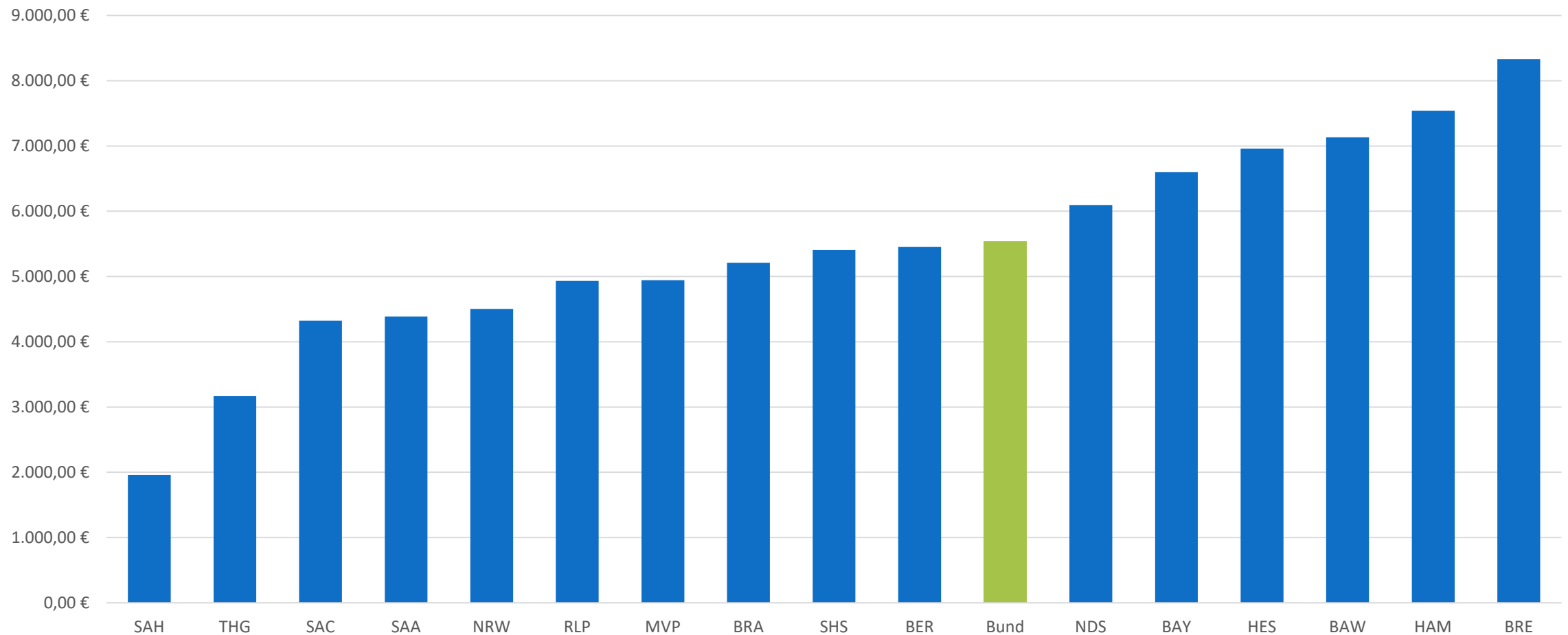
Entwicklung der Krankenhaus Gesamtkosten und Fördermittel (1991 = 100)
sowie Anteil der Fördermittel an den Gesamtkosten



Quelle: VdEK Daten zum Gesundheitswesen

Investitionsfinanzierung

Fördermittel je Bett nach Bundesland



Quelle: VdEK Daten zum Gesundheitswesen

Investitionsfinanzierung

- In vielen Ländern Pauschal- und Einzelförderung
 - Pauschalförderung: Fixer Betrag pro Bett und Jahr
 - Einzelförderung: Projektbezogene Zuschüsse auf Antrag
- Nachteile
 - Bett zwar in vielen Ländern noch Planungsgröße, aber im DRG-System eigentlich nicht relevant: Besser Fallzahl
 - Einzelförderung kann projektbezogen pressewirksam vergeben werden, aber Antragsverfahren oft aufwändig und langwierig
- In einigen Ländern Umstellung auf überwiegend pauschale, DRG-bezogene Förderung
 - Seit 2017 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen DRG-bezogenen Katalog von Investitionsbewertungsrelationen
 - Die Länder Hessen und Berlin nutzen diesen Katalog zur pauschalen Investitionsförderung
 - NRW fördert auch überwiegend pauschal, allerdings mit einer Pauschale, die sich an der „normalen“ DRG-Bewertungsrelation orientiert, die für die Betriebskosten und nicht speziell hinsichtlich des investitionsrelevanten Anteils der DRG kalkuliert wurde

Investitionsfinanzierung

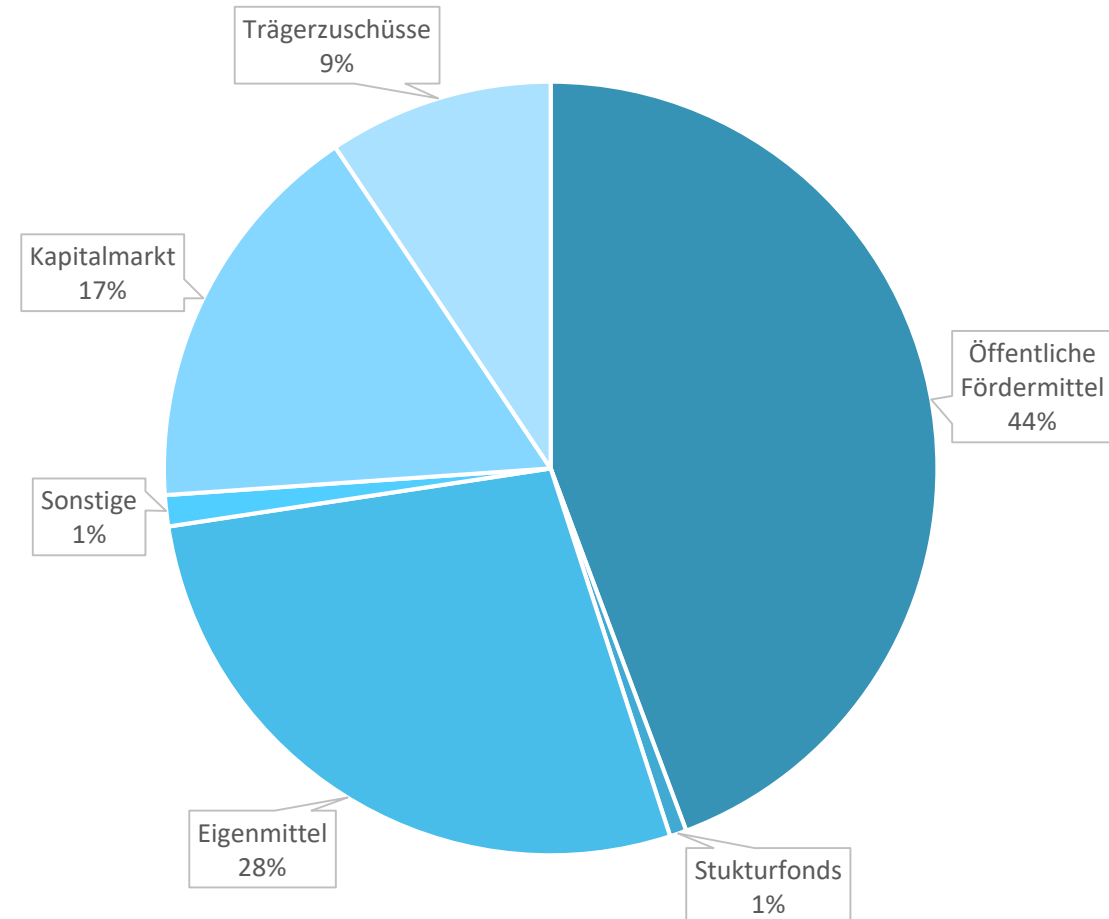
DRG		DRG-Katalog	Investitions- Bewertungsrelationen	
DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation Hauptabteilung	pro Fall	pro Tag
	...			
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	2,813	0,944	0,078
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	1,042	0,801	0,083
	...			

● InEK Bezugsgröße IBR 2019: 339,90 €

Investitionsfinanzierung

Investitionen 2017	Betrag
Investitionssumme gesamt	6,8 Mrd. €
Investition je Krankenhaus	5,8 Mio. €
Investitionen je Bett	15,3 Tsd. €

Herkunft der Investitionsmittel



Quelle: DKI Krankenhaus-Barometer 2018

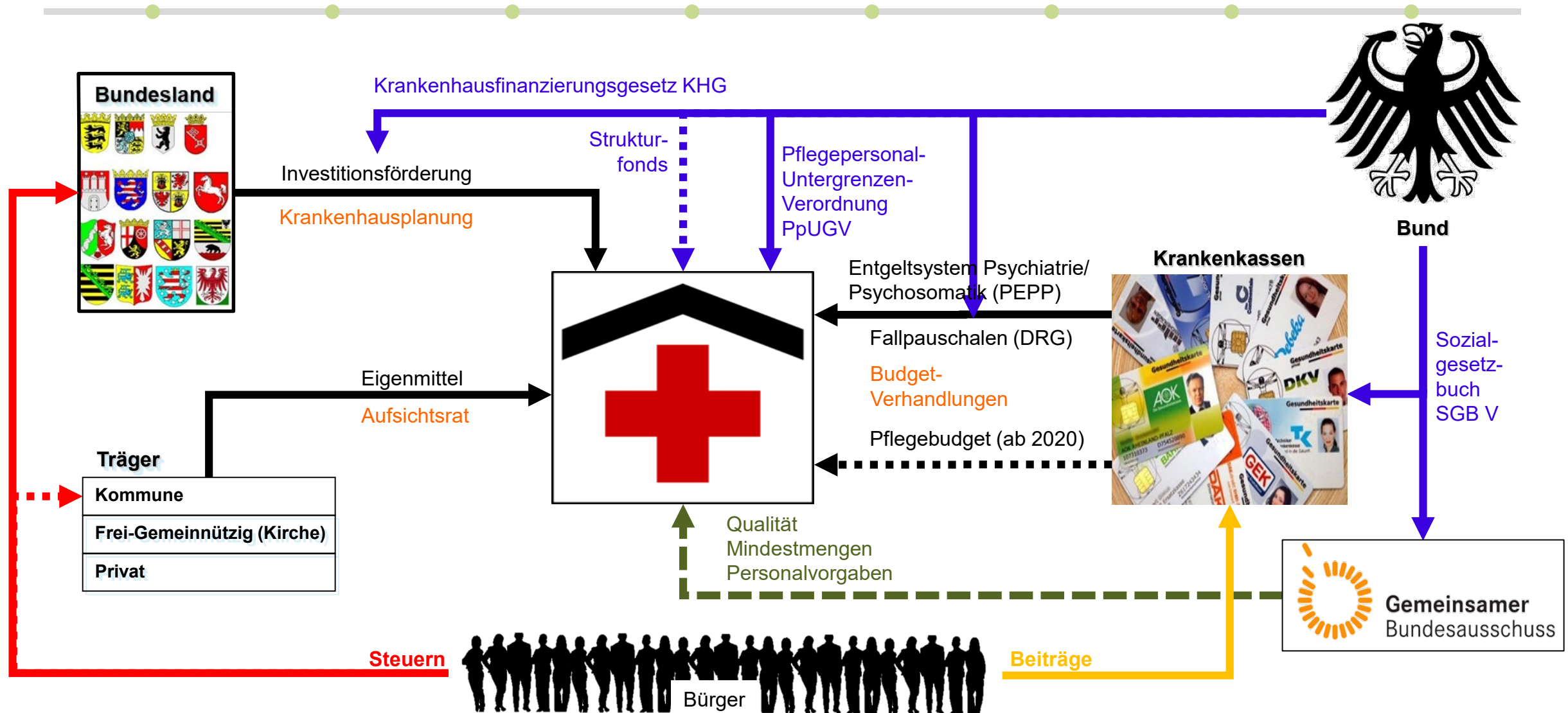
Exkurs: Beispiel Klinikum Offenbach



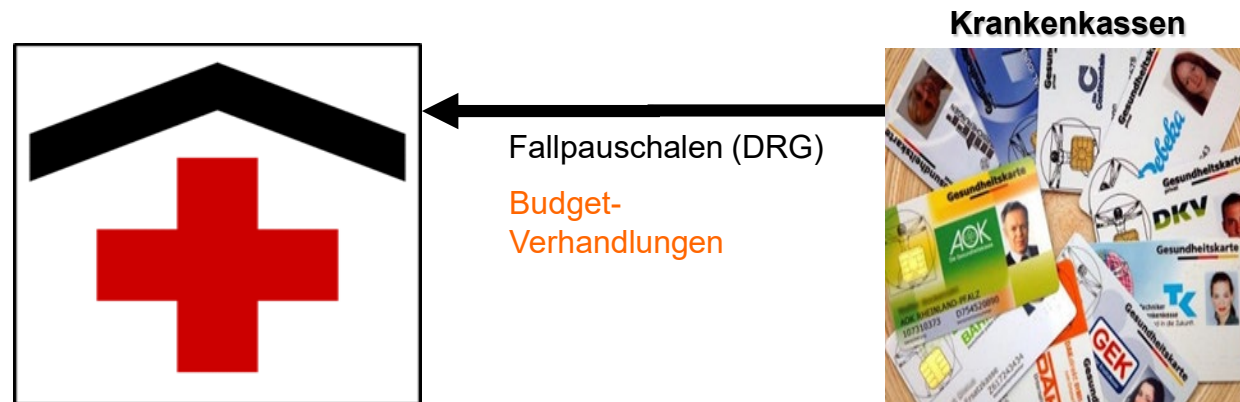
Exkurs: Beispiel Klinikum Offenbach

- Neubau 2010
 - 145 Mio € geplant, 160 Mio € tatsächliche Kosten
 - Davon 50 Mio € Landesförderung
 - 110 Mio € Eigenmittel und Kredite
 - Rendite für die Bedienung der Kredite aus dem laufenden Betrieb erforderlich
 - Sollte durch effizientere Abläufe im Neubau erwirtschaftet werden
- Nach Umzug in Neubau weiterhin Verluste, keine Rendite
- Weitere Trägerzuschüsse erforderlich
- 2013 Verkauf an Sana
 - Kaufpreis 1 €
 - Schulden (240 Mio €) und Altlasten verbleiben bei der Stadt (bzw. Steuerzahler)
- Seit 2015 wieder Gewinne (für Sana!)

Übersicht Krankenhausfinanzierung



Übersicht Krankenhausfinanzierung



DRG-Fallpauschalen

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

DRG-Fallpauschalen

Bis 2003:

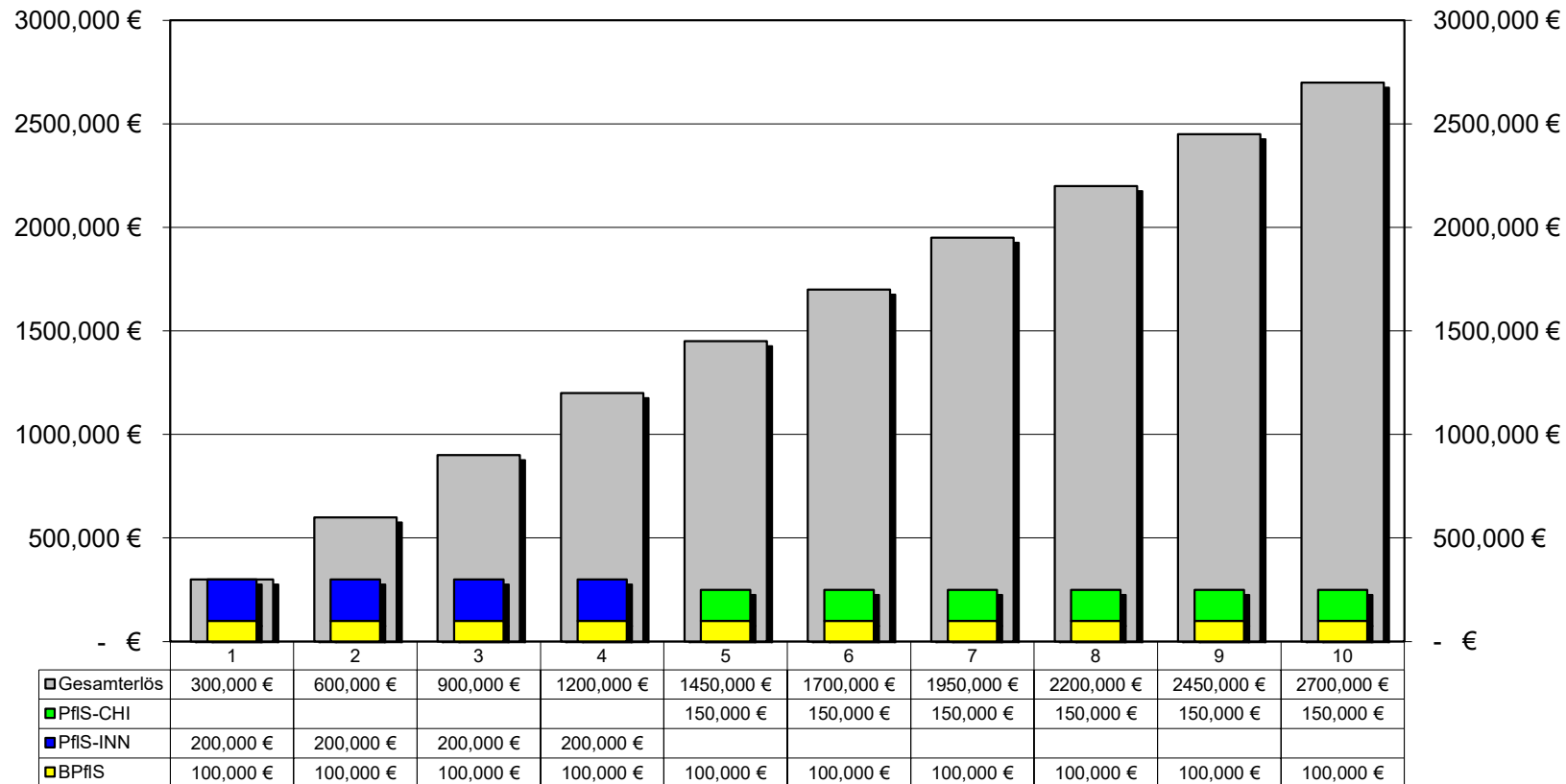
- Tagessätze

 - Basispflegesatz ("Hotelleistungen")

 - + Abteilungspflegesatz (Medizinische Leistungen)

DRG-Fallpauschalen

Tagespflegesätze



DRG-Fallpauschalen

Ab 2003:

- DRG

- Einführung 2003 (optional) bzw. 2004 (verpflichtend)
- Für alle Akutkrankenhäuser außer Psychiatrie
- Grundlage:
 - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
- Fallpauschalenprinzip:
 - Fall...: 1 Fall → 1 Preis
 - ...Pauschale: gleicher Preis für gleiche Leistung

DRG-Fallpauschalen

● Ziele:

- Verkürzung der Verweildauer
 - ...durch Wegfall der Verweildauerabhängigkeit
 - Transparenz
 - ...durch Vergleichbarkeit aufgrund der schweregradabhängigen Klassifikation
 - Wirtschaftlichkeit
 - ...durch Verlagerung des Kostenrisikos auf die Leistungserbringer (Krankenhäuser)
- ⇒ Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern

DRG-Fallpauschalen – Kalkulation

- Kalkulation erfolgt durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (nEK)
- Ziel ist die Identifizierung von kostenwirksamen Diagnosen und Leistungen
- Basis der Leistungsdaten ist die Datenlieferung aller Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG
- Basis der Kostendaten ist die fallbezogene Ist-Kosten-Kalkulation von (2019) 272 Krankenhäusern
- Teilnahme an der Kostenkalkulation zunächst freiwillig, seit Kalkulationsrunde 2017 kann das InEK zur Erhöhung der Repräsentativität (hinsichtlich Trägerschaft und Leistungen) Häuser zur Kalkulation verpflichten
- Die Kalkulation erfolgt jährlich auf den Daten des Vorjahres für das Entgeltsystem den nächsten Jahres
 - Datenjahr → Kalkulationsjahr → Systemjahr

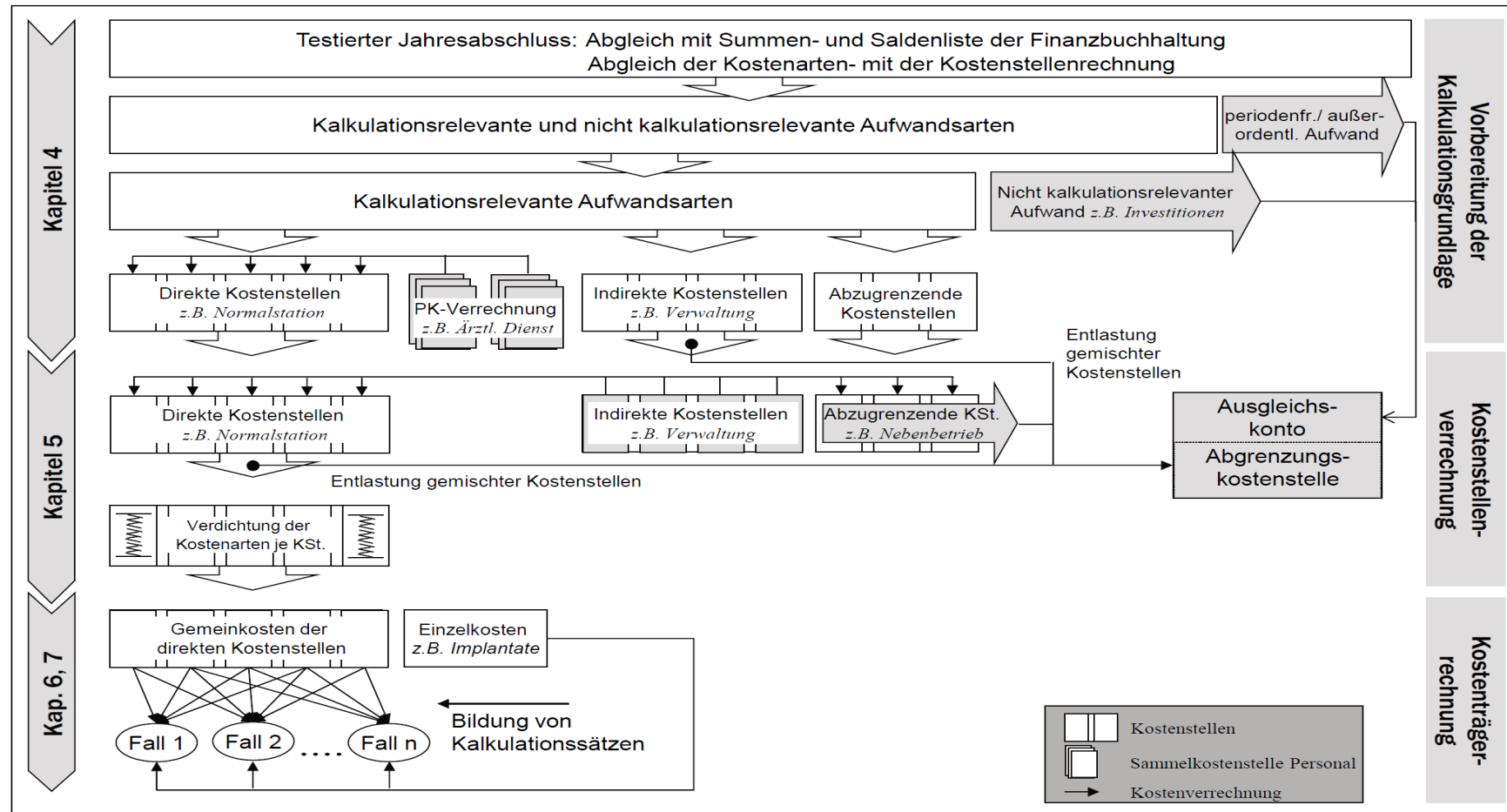
DRG-Fallpauschalen – Kalkulation

InEK Kostenmatrix und Verrechnungsschlüssel			Kostenartengruppen										
			ärztlicher Dienst	Pflegedienst	MTD	Medikamente		Implantate	Medizinischer Sachbedarf			medizinische Infrastruktur	nichtmedizinische Infrastruktur
						Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten	Leistungen		
Kostenstellengruppen	01	Normalstation	Pflegetage	PPR	PPR	PPR	Verbrauch		PPR	Verbrauch	Verbrauch	Pflegetage	Pflegetage
	02	Intensivstation	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Gewichtete Intensivstunden	Verbrauch	Verbrauch	Gewichtete Int.-stunden	Verbrauch	Verbrauch	Intensivstunden	Intensivstunden
	03	Dialyseabteilung	Gew. Dialysen	Gew. Dialysen	Gew. Dialysen	Gew. Dialysen	Verbrauch		Gew. Dialysen	Verbrauch	Verbrauch	Gew. Dialysen	Gew. Dialysen
	04	OP-Bereich	Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit mit GZF		S-N oder Anä-Zeit + Rüstzeit mit GZF	Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit	Verbrauch	Verbrauch	S-N-Zeit + Rüstzeit	Verbrauch	Verbrauch	Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit	Schnitt-Naht-Zeit + Rüstzeit
	05	Anästhesie	Anästhesiezeit + GZF		Anästhesiezeit	Anästhesiezeit	Verbrauch		Anästhesiezeit	Verbrauch	Verbrauch	Anästhesiezeit	Anästhesiezeit
	06	Kreißaal	Kreißaalzeit		Kreißaalzeit	Kreißaalzeit	Verbrauch		Kreißaalzeit	Verbrauch	Verbrauch	Kreißaalzeit	Kreißaalzeit
	07	Kardiologische Diagnostik / Therapie	Eingriffszeit oder Punkte		Eingriffszeit oder Punkte	Eingriffszeit oder Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Eingriffszeit oder Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Eingriffszeit oder Punkte	Eingriffszeit oder Punkte
	08	Endoskopische Diagnostik / Therapie	Eingriffszeit		Eingriffszeit	Eingriffszeit	Verbrauch	Verbrauch	Eingriffszeit	Verbrauch	Verbrauch	Eingriffszeit	Eingriffszeit
	09	Radiologie	Punkte		Punkte	Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Punkte	Punkte
	10	Laboratorien	Punkte		Punkte	Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Punkte	Punkte
	11	Diagnostische Bereiche	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch		Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte
	12	Therapeutische Verfahren	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch		Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch	Verbrauch	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte
	13	Patientenaufnahme	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch		Behandlungszeit oder Punkte	Verbrauch		Behandlungszeit oder Punkte	Behandlungszeit oder Punkte

Quelle: InEK Kalkulationshandbuch 4.0

DRG-Fallpauschalen – Kalkulation

Übersicht über die Kalkulationsschritte zur Ermittlung der kalkulationsrelevanten Behandlungskosten



Quelle: InEK Kalkulationshandbuch 4.0

DRG-Fallpauschalen

● DRG-Code:	F62C
● Bezeichnung:	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation...
● Partition	M (= medizinisch; O: operativ; A: andere)
● Bewertungsrelation (BR):	0,853
● Mittlere VWD:	8,1 Tage
● Untere Grenzverweildauer:	
● 1. Tag mit Abschlag:	Tag 2
● Bewertungsrelation/Tag	0,277
● Obere Grenzverweildauer:	
● 1. Tag mit Zuschlag:	Tag 17
● Bewertungsrelation/Tag:	0,072
● Verlegung	
● Bewertungsrelation/Tag:	0,092
● Verlegungsfallpauschale:	Nein
● Ausnahme Wiederaufnahme:	Nein

DRG-Fallpauschalen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungs- relation/Tag		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
F60A	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	1,628		11,7	3	0,395	23	0,094	0,124	
F60B	M	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	0,756		6,0	1	0,554	13	0,087	0,107	
F61A	M	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation	3,804		30,3	9	0,362	48	0,084	0,116	
F61B	M	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	2,992		26,7	8	0,319	45	0,075	0,103	
F62A	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufw endiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation	3,071		19,4	5	0,481	36	0,104	0,141	
F62B	M	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. oder mit best. hochaufw. Beh. oder ohne kompliz. Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag bei best. akuten Nierenversagen mit äußerst schw. CC	2,289		18,0	5	0,370	34	0,086	0,117	
F62C	M	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC	0,853		8,1	2	0,277	17	0,072	0,092	
F62D	M	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufw endige Behandlung, ein Belegungstag	0,236		1,0						

DRG-Fallpauschalen

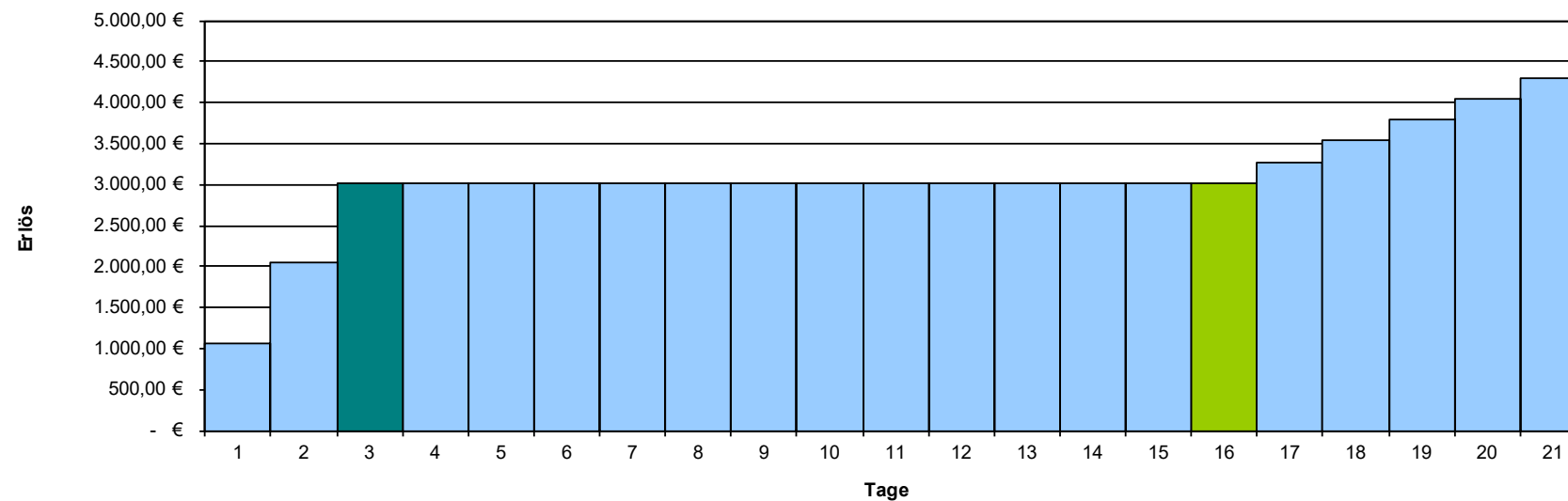
Krankenhausverweildauer des Patienten:

Beispiele:

- zwischen oberer und unterer Grenzverweildauer:

Erlös = Basisfallwert x Bewertungsrelation

DRG	Verweildauer	
F62C	3 Tage	
		$3.541,56 \text{ €} \times 0,853 = 3.020,95 \text{ €}$
F62C	16 Tage	
		$3.541,56 \text{ €} \times 0,853 = 3.020,95 \text{ €}$



DRG-Fallpauschalen

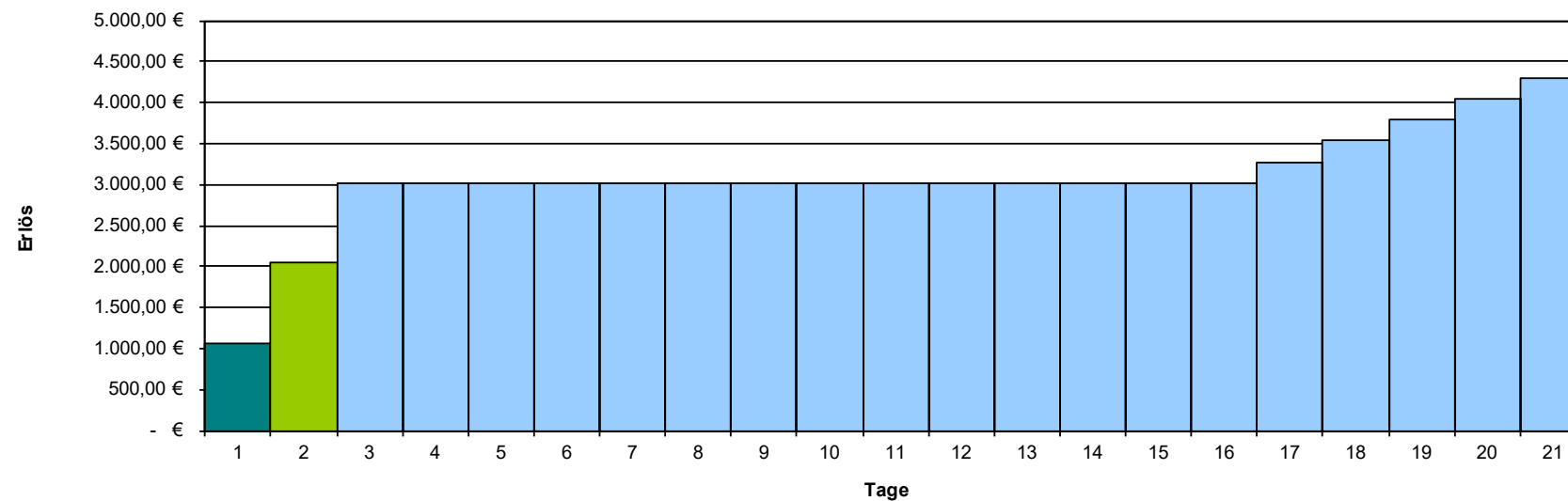
Krankenhausverweildauer des Patienten:

Beispiele:

- unterhalb unterer Grenzverweildauer:

$$\text{Erlös} = \text{Basisfallwert} \times (\text{BR}_{\text{DRG}} - ([1. \text{ Tag mit Abschlag}] - \text{VWD} + 1) \times \text{BR}_{\text{UGVD}})$$

DRG	Verweildauer	
F62C	1 Tage	 $3.541,56 \text{ €} \times (0,853 - 2 \times 0,277) = 1.058,93 \text{ €}$
F62C	2 Tage	 $3.541,56 \text{ €} \times (0,853 - 1 \times 0,277) = 2.039,94 \text{ €}$



DRG-Fallpauschalen

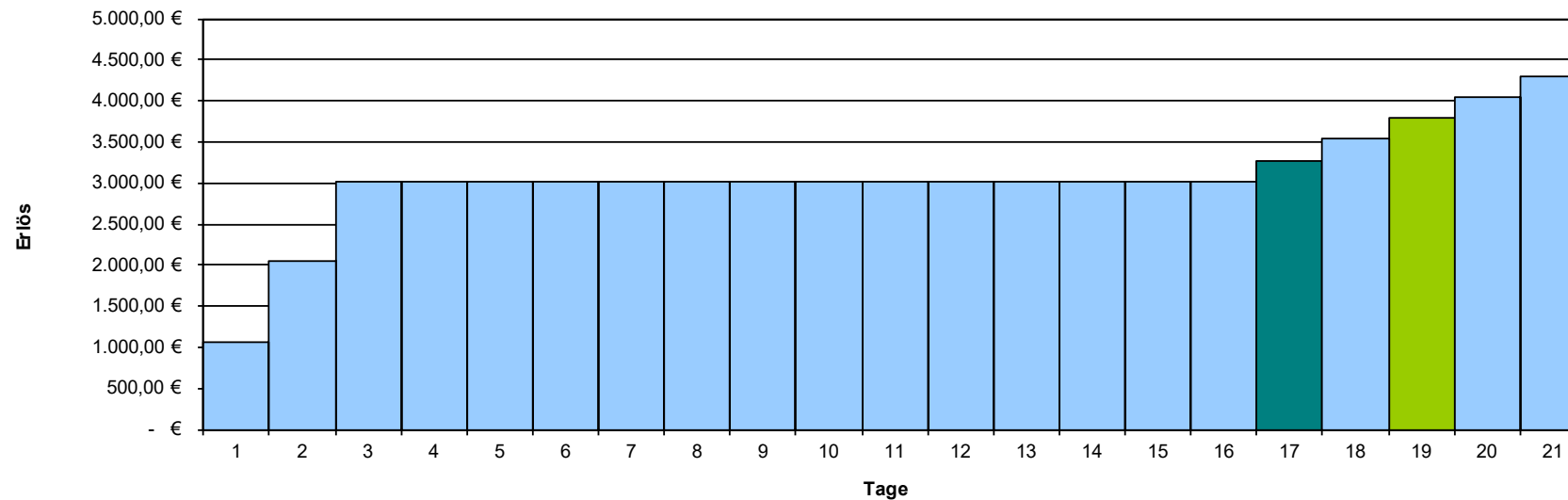
Krankenhausverweildauer des Patienten:

Beispiele:

- oberhalb oberer Grenzverweildauer:

$$\text{Erlös} = \text{Basisfallwert} \times (\text{BR}_{\text{DRG}} - (\text{VWD} - [1. \text{ Tag mit Zuschlag} + 1]) \times \text{BR}_{\text{OGVD}})$$

DRG	Verweildauer	
F62C	17 Tage	
		$3.541,56 \text{ €} \times (0,853 + 1 \times 0,072) = 3.275,94 \text{ €}$
F62C	19 Tage	
		$3.541,56 \text{ €} \times (0,853 + 3 \times 0,072) = 3.785,93 \text{ €}$



DRG-Fallpauschalen

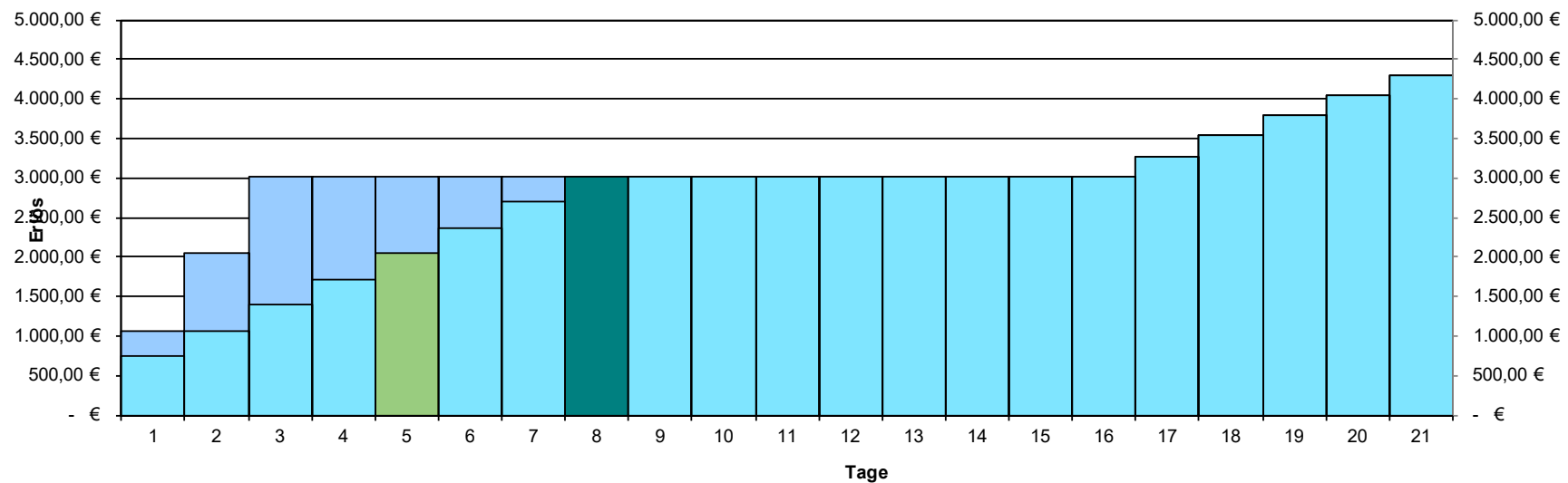
Krankenhausverweildauer des Patienten:

Beispiele:

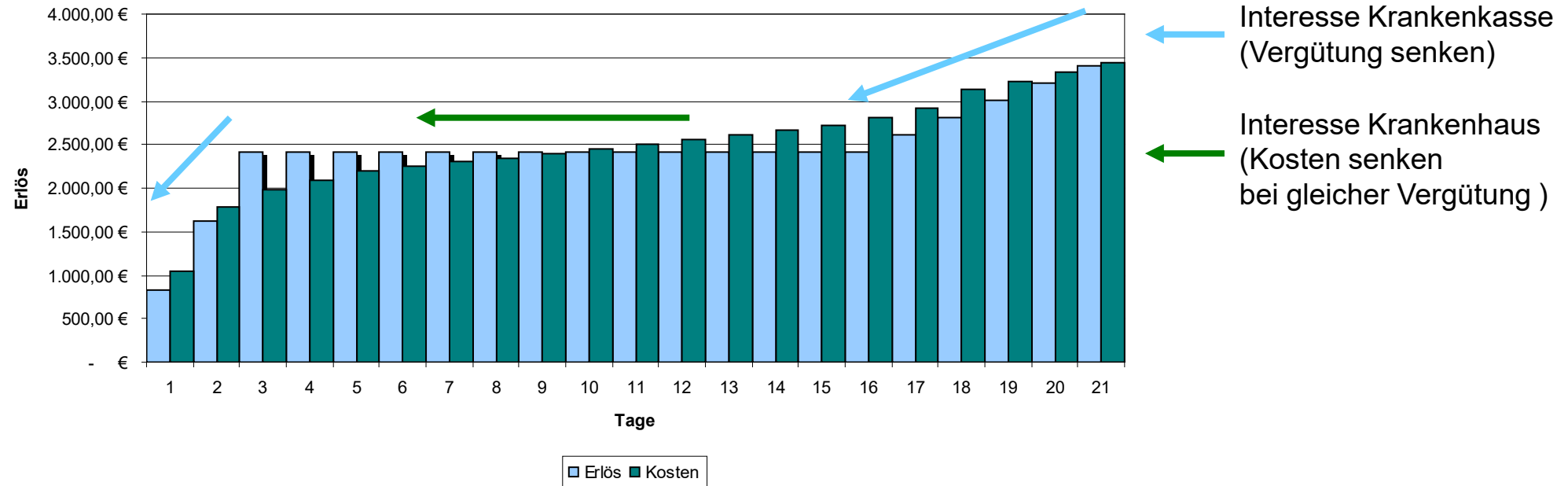
- Unterhalb mittlerer Verweildauer bei Verlegung

$$\text{Erlös} = \text{Basisfallwert} \times (\text{BR}_{\text{DRG}} - ((\text{Runden}(\text{MVD}) - \text{VWD} + 1) \times \text{BR}_{\text{Verl}}))$$

DRG	Verweildauer	
F62C	8 Tage	 $3.541,56 \text{ €} \times 0,853 = 3.020,95 \text{ €}$
F62C	5 Tage	 $3.541,56 \text{ €} \times (0,853 - 3 \times 0,092) = 2.043,48 \text{ €}$

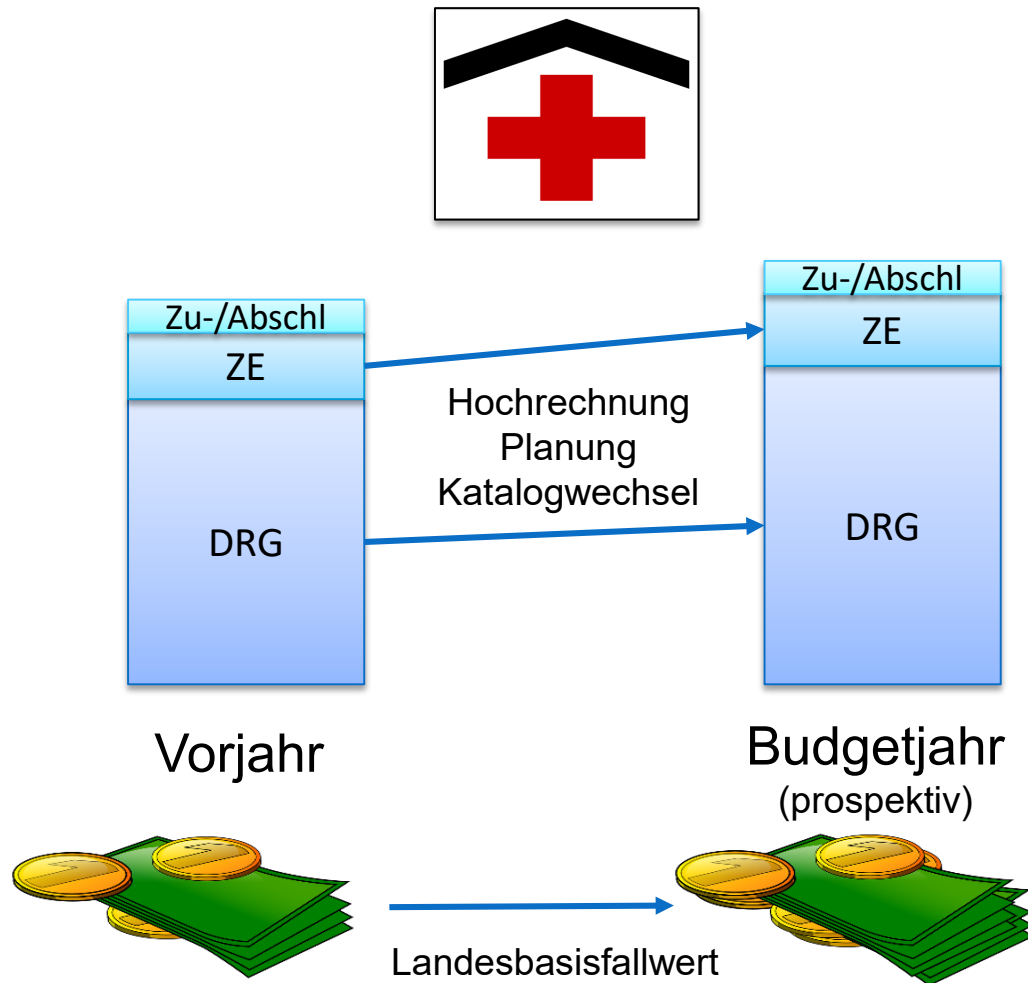


DRG-Fallpauschalen

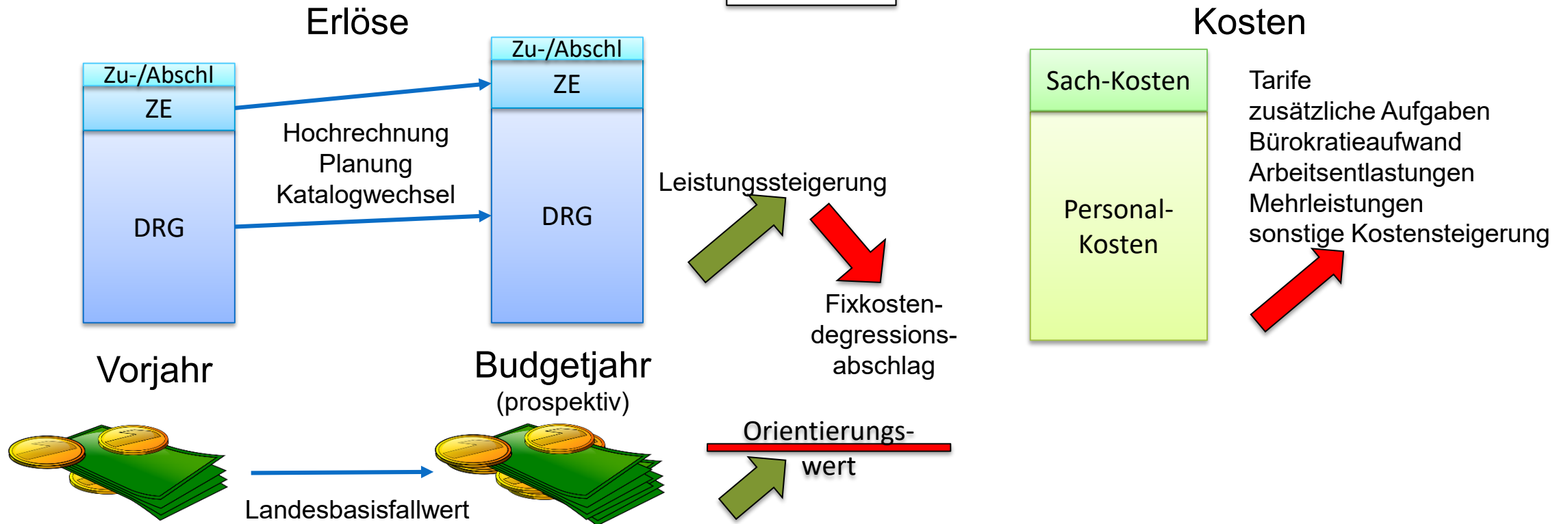
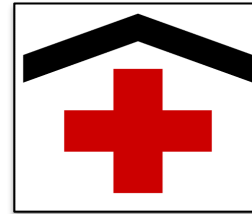


- Im Abschlagsbereich u. U. Kosten > Erlöse
- Innerhalb der GVD steigen die Kosten mit zunehmender VWD
 - Kurze VWD: Erlöse > Kosten
 - Lange VWD: Kosten > Erlöse
- Oberhalb der OGVD in der Regel Kosten > Erlöse trotz der Zuschläge

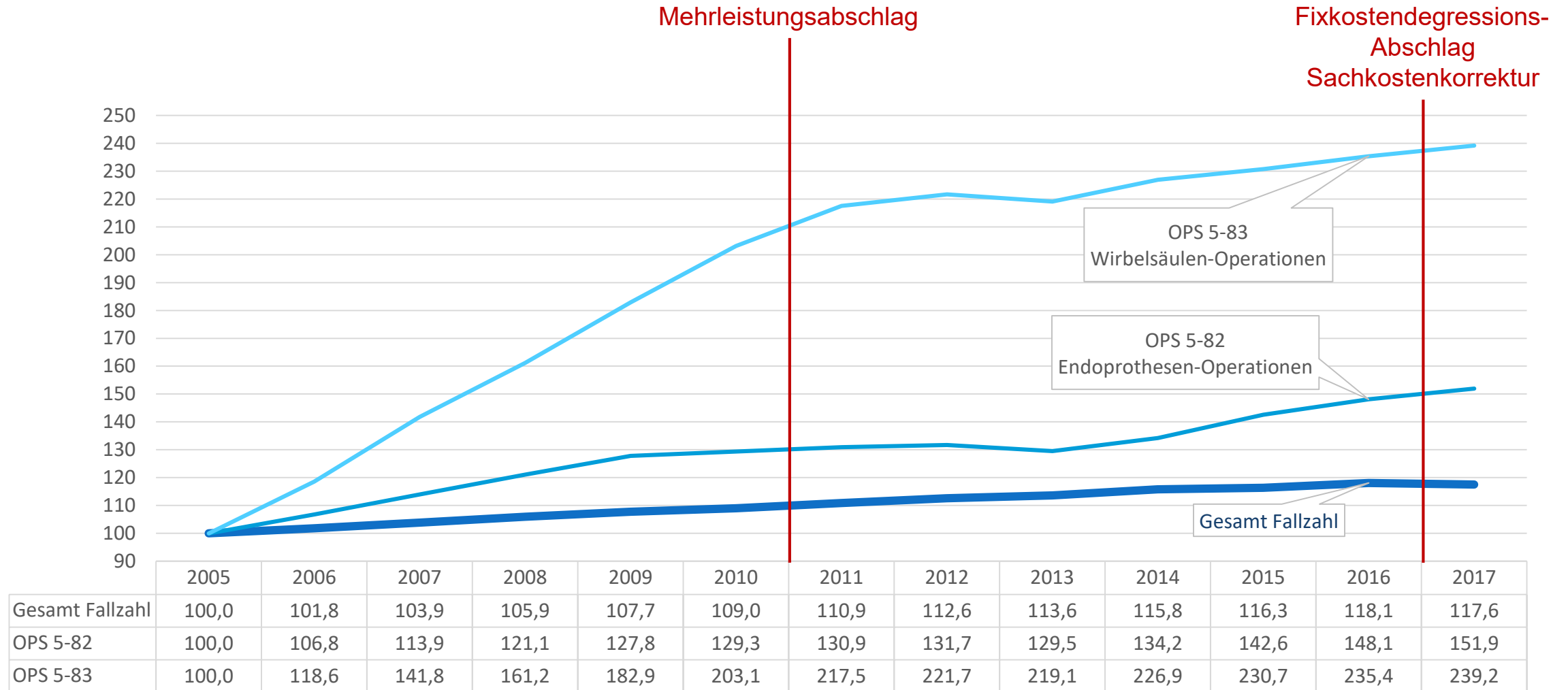
DRG-Fallpauschalen – Budgetverhandlungen



DRG-Fallpauschalen – Kostenstrategien



DRG-Fallpauschalen – Mengensteuerung



DRG-Fallpauschalen – Mengensteuerung

- Aufgrund der Mengenentwicklung Einführung eines Mehrleistungsabschlages 2011
 - Auf Krankenhausebene werden Mehrleistungen (Vereinbarte Differenz zwischen Vorjahr und Budgetjahr) werden über drei Jahre um 25% gekürzt
 - Allerdings führen auf Landesebene Mehrleistungen im Bundesland ebenfalls zu einer relativen Verringerung des Landesbasisfallwertes („Doppelte Degression“, „Kollektivhaftung“)
- Daher 2017 Änderung in Fixkostendegressionsabschlag
 - 35% Kürzung der vereinbarten Mehrleistungen nur noch auf Hausebene
 - Allerdings unabhängig von der weiteren oder tatsächlichen Fallzahlentwicklung
 - Steigerung der Fallzahlen in einem Jahr führt zu einer dreijährigen Zahlungsverpflichtung des Krankenhauses, auch wenn in den nächsten Jahren die Fallzahl wieder sinkt
- Änderungen in DRG-Systematik um Anreize für Fallzahlsteigerung zu senken
 - Sachkostenkorrektur: Abwertung von (tendenziell überbewerteten) Sachkosten und relative Aufwertung der Personalkosten
 - Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen für bestimmte Leistungen (teilweise in Abhängigkeit von der Leistungsmenge)

DRG-Fallpauschalen – Mengensteuerung

● Sachkostenkorrektur

- DRG-Kalkulation auf IST-Kosten-Basis hinkt der Kostenentwicklung um zwei Jahre hinterher
- Durch Bildung von Bewertungsrelationen und Abrechnung mit aktuellem Landesbasisfallwert ist die Kostenentwicklung insgesamt abgefangen
- Üblicherweise jedoch stärkerer Anstieg der Personalkosten gegenüber den Sachkosten
- Daher kalkulationsbedingte Überbewertung der Sachkosten gegenüber den Personalkosten
- Auftrag an InEK zur „Sachkostenkorrektur“:

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	506,00	1.018,66	32,17	61,76	9,10		74,98	1,02	7,87	307,79	821,14
Intensivstation	497,96	1.005,35	8,10	69,71	11,53		166,42	3,95	2,70	193,73	536,50
OP-Bereich	204,96		151,41	14,53	2,65	2.824,57	146,21	174,32	33,62	82,70	129,07
Anästhesie	263,68		163,98	25,96	1,28		78,42	12,37		41,62	79,17
Kardiologie	350,65		382,87	17,30	1,11	12.106,98	116,11	1.039,75	80,91	168,95	272,54
Endoskopie	2,04		2,25	0,06			0,53	0,74		1,10	1,30
Radiologie	99,83		87,45	1,92	0,47	10,04	16,51	12,22	12,08	39,22	56,68
Laboratorien	22,56		105,08	5,55	47,89		93,23	2,09	58,57	16,68	42,74
Diagnost. Bereiche	88,42	2,84	71,03	0,97			6,01	0,59	0,39	24,71	37,97
Therapeut. Verfahren	8,24	0,05	58,50	0,06			0,60	0,30	13,82	4,74	15,16
Patientenaufnahme	29,39	2,67	15,57	0,44	0,32		2,00	0,13		12,25	15,15
Summe	2.073,73	2.029,57	1.078,41	198,26	74,35	14.941,59	701,02	1.247,48	209,96	893,49	2.007,42

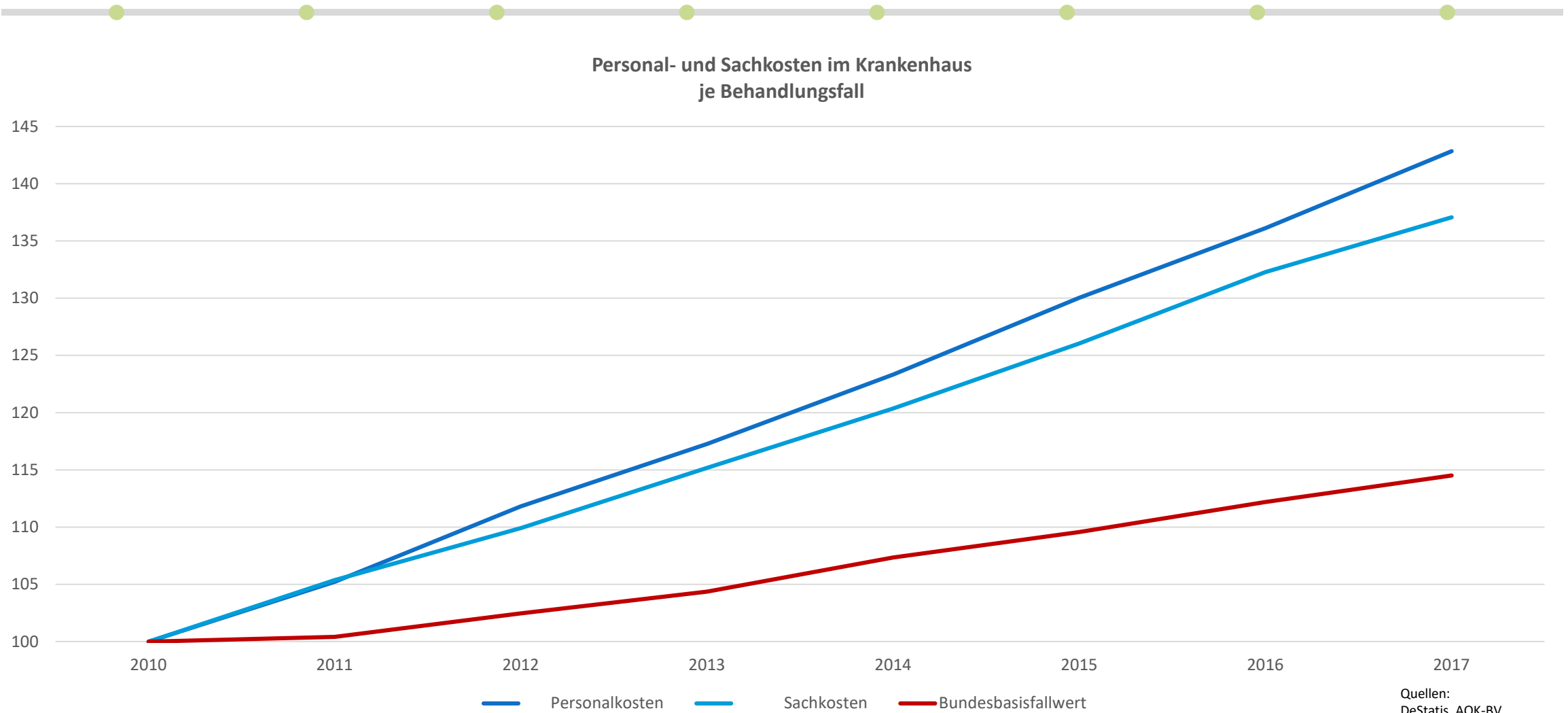


Quelle: InEK

DRG-Fallpauschalen – Mengensteuerung

DRG	Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrode-se, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff
DRG	Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen in Abhängigkeit von der Leistungsmenge
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

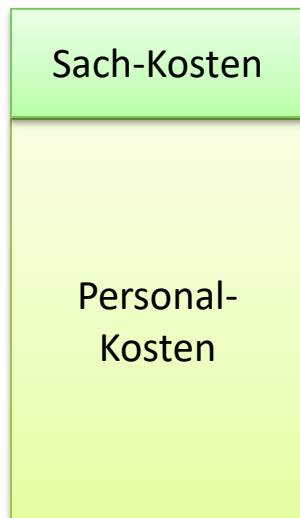
Personalkostenentwicklung



DRG-Fallpauschalen – Kostenstrategien



Kosten



Personalabbau
Einkaufsoptimierung
Bettenabbau
Abteilungsschließungen



Zu und Abschläge

Zu-/Abschlag	Betrag
G-BA-Systemzuschlag 2019	1,82 Euro je Fall
Telematikzuschlag (Online-Rollout)	krankenhausspezifischer Zuschlag
DRG-Systemzuschlag 2019	1,59 Euro je Fall
Ausbildungszuschlag	krankenhausspezifischer oder landeseinheitlicher Zuschlag je voll- und teilstationären Fall
Notfallzu- und abschläge	Bundeswerte vereinbart, krankenhausspezifische Zuschlagssumme
Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte	kein Bundeswert vereinbart, ggf. krankenhausspezifischer Zuschlag
QS-Zuschlag 2018 bis 2019 (externe Qualitätssicherung)	0,74 Euro Anteil Krankenhaus + länderspezifischer Anteil je vollstationären Fall
Sicherstellungszuschläge	krankenhausspezifischer Zuschlag
Fixkostendegressionsabschlag	krankenhausspezifischer Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses
Hygienezuschlag	krankenhausspezifischer Zuschlag; gültig bis 31.12.2016
Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche	krankenhausspezifischer Zu- oder Abschlag
QS-Abschlag (externe Qualitätssicherung)	nicht dokumentierte Datensätze

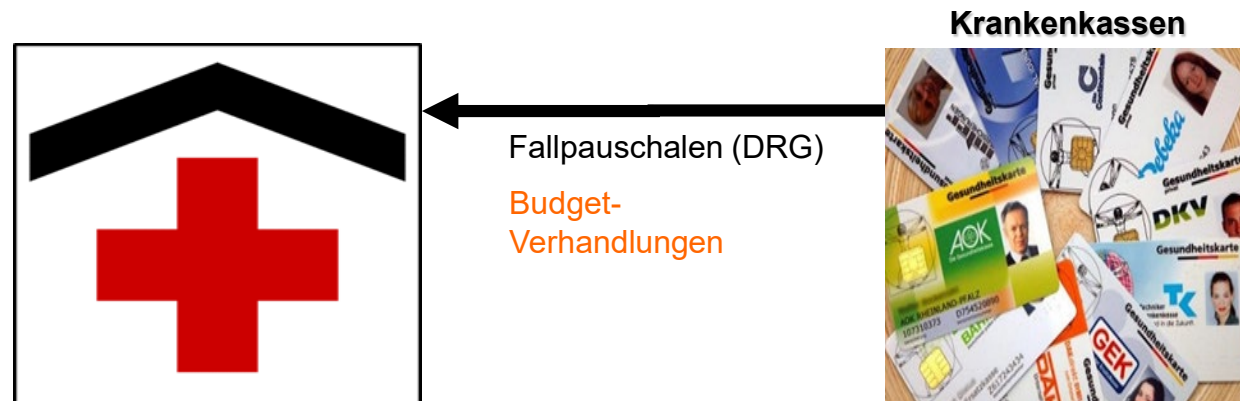
Zu und Abschläge

Zu-/Abschlag	Betrag
G-BA-Systemzuschlag 2019	1,82 Euro je Fall
Telematikzuschlag (Online-Rollout)	krankenhausspezifischer Zuschlag
DRG-Systemzuschlag	1,59 Euro je Fall
Ausbildungszuschlag	ag je voll- und teilstationären Fall
Notfallzu- und abschläge	Bundesweit vereinbart, krankenhausspezifische Zuschlagssumme
Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte	kein Bundeswert vereinbart, ggf. krankenhausspezifischer Zuschlag
QS-Zuschlag 2018 bis 2019 (externe Qualitätssicherung)	0,74 Euro Anteil Krankenhaus + länderspezifischer Anteil je vollstationären Fall
Sicherstellungszuschläge	krankenhausspezifischer Zuschlag
Fixkostendegressionsabschlag	krankenhausspezifischer Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses
Hygienezuschlag	krankenhausspezifischer Zuschlag; gültig bis 31.12.2016
Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche	krankenhausspezifischer Zu- oder Abschlag
QS-Abschlag (externe Qualitätssicherung)	nicht dokumentierte Datensätze

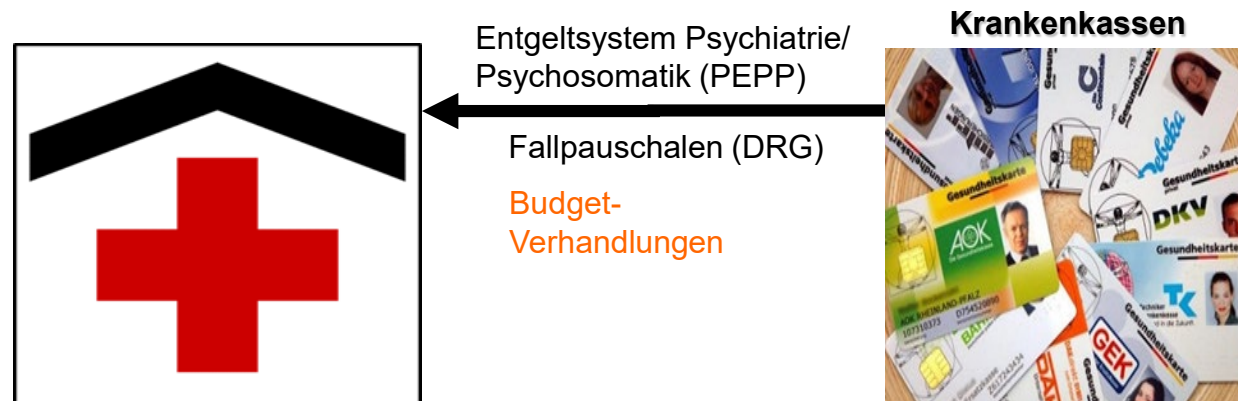
G-BA Notfallstufenkonzept

Bisher teilweise Länderspezifische Festlegung,
zukünftig G-BA (Kriterien und Aufgaben)

Übersicht Krankenhausfinanzierung



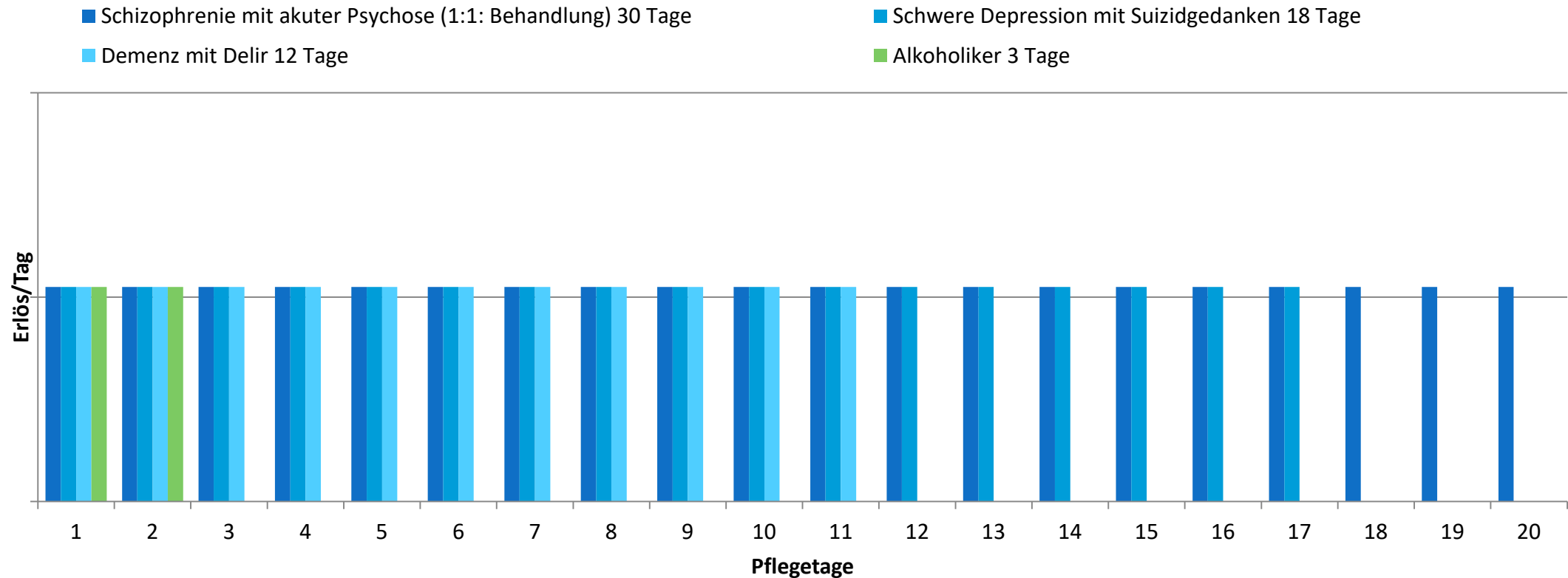
Übersicht Krankenhausfinanzierung



PEPP: Grundlagen und Kalkulation

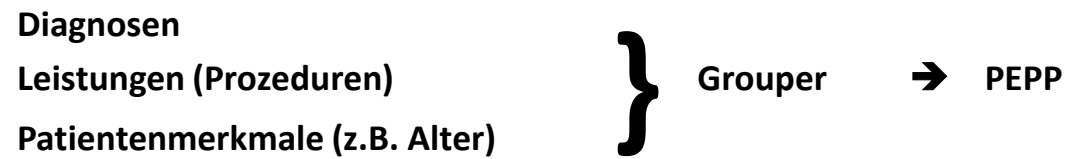
● Psychiatrie: Bisher Pflegesätze (tagesbezogen)

Pflegesätze in Abhängigkeit von Erkrankungsschwere/Behandlung und Pflegetagen



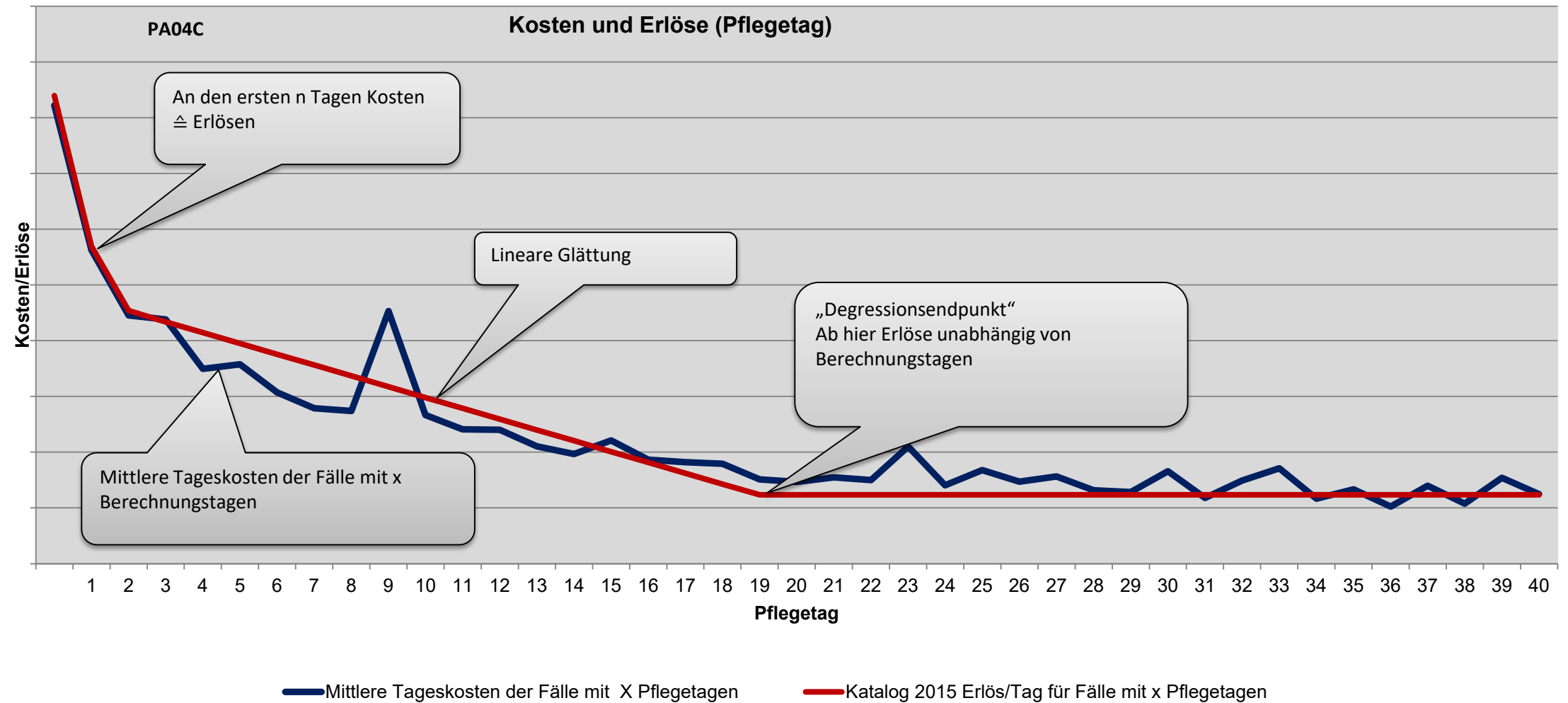
PEPP: Grundlagen und Kalkulation

- PEPP: Gruppierung und Vergütung
 - Fallbezogen Gruppierung



- Tagesbezogene Vergütung:
 - DRG: Bewertungsrelation / Fall
 - PEPP: Bewertungsrelation / Tag

PEPP: Grundlagen und Kalkulation

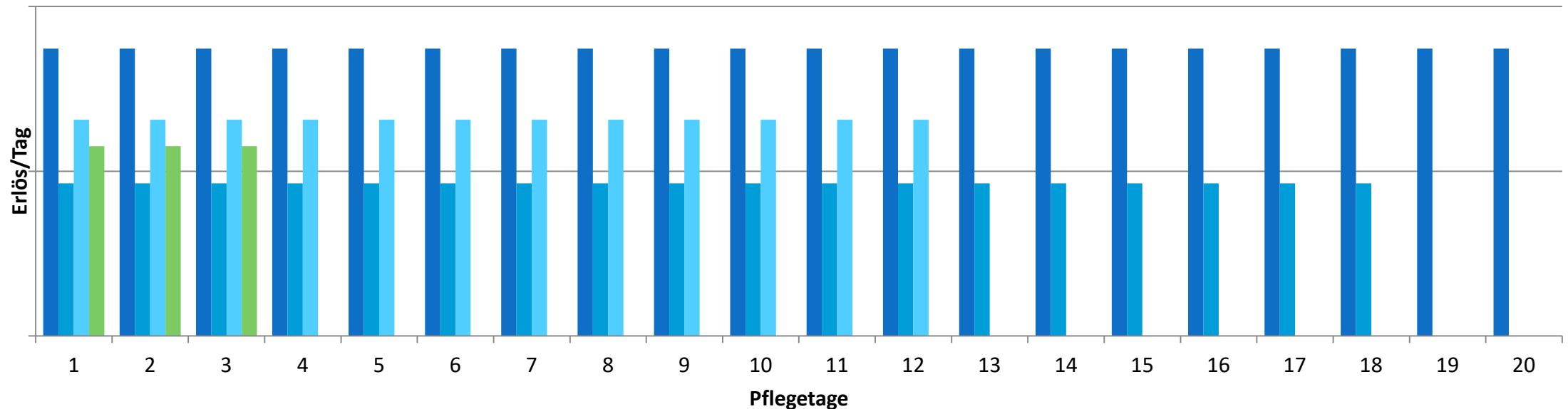


PEPP: Grundlagen und Kalkulation

● PEPP Vergütung (tagesbezogen)

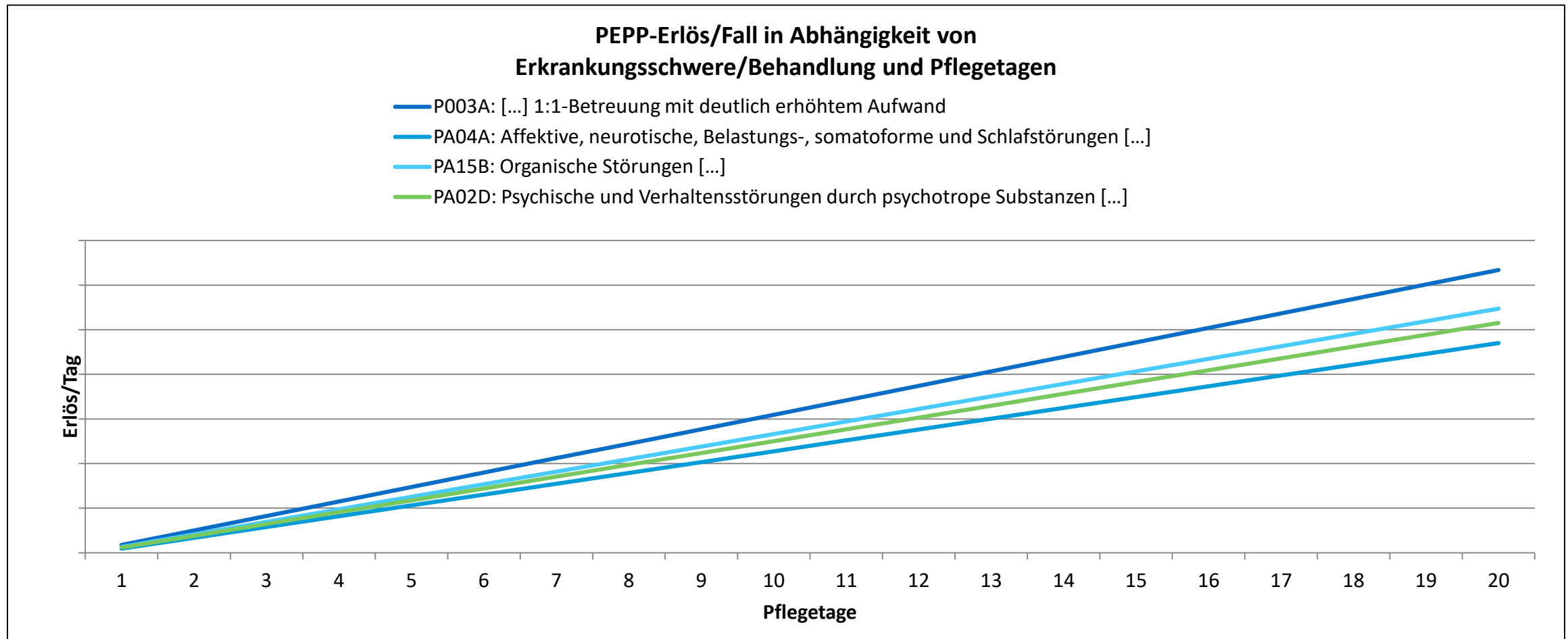
PEPP-Erlös/Tag in Abhängigkeit von Erkrankungsschwere/Behandlung und Pflegetagen

- P003A: [...] 1:1-Betreuung mit deutlich erhöhtem Aufwand
- PA04A: Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen [...]
- PA15B: Organische Störungen [...]
- PA02D: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...]



PEPP: Grundlagen und Kalkulation

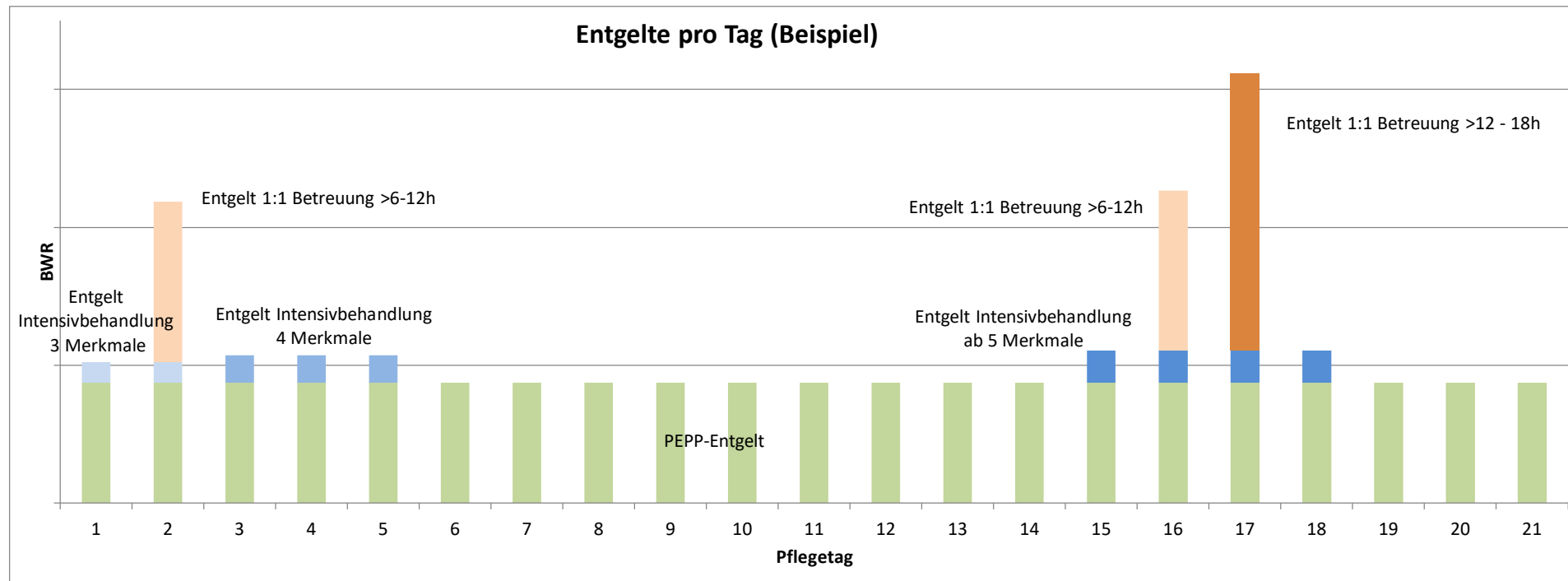
● PEPP Vergütung (tagesbezogen)



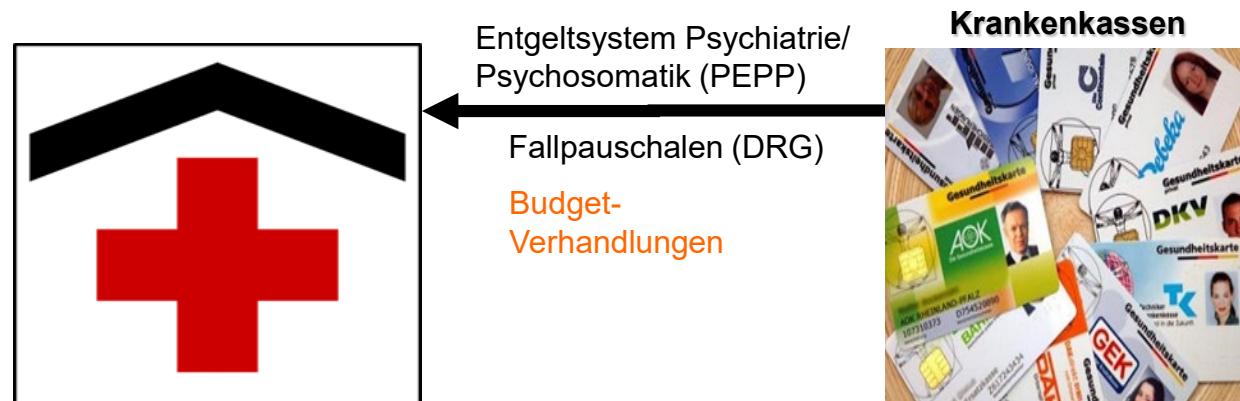
PEPP: Grundlagen und Kalkulation

● Vergütung: PEPP und ergänzende Tagesentgelte

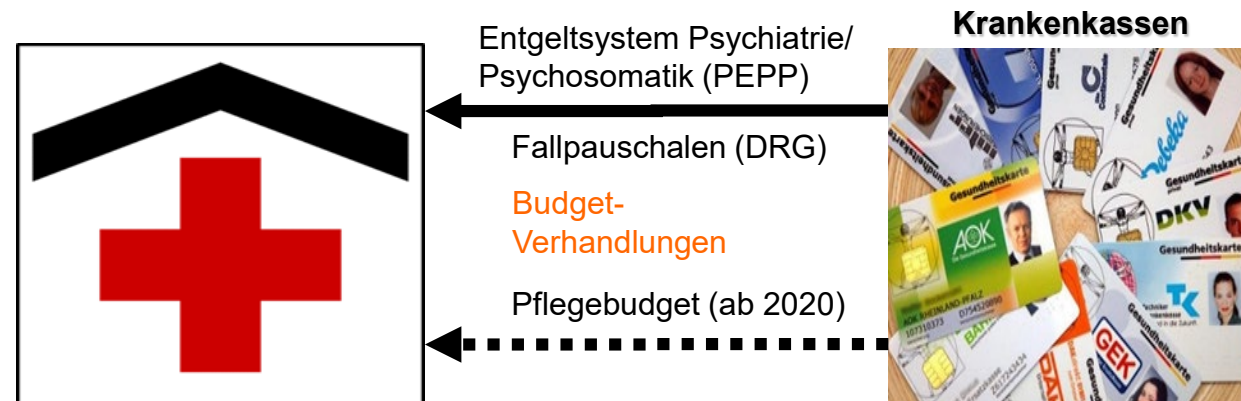
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
OPS	9-61a		9-619			9-607							9-607		9-61b			9-607			
Zusatz-OPS		9-640.06														9-640.06	9-640.07				



Übersicht Krankenhausfinanzierung



Übersicht Krankenhausfinanzierung



Politischer Rahmen



Jens Spahn

✓ [@jensspahn](#)

Wir haben verstanden. In den ersten 100 Tagen haben wir Gesetze und Verordnungen auf den Weg gebracht, um die Beitragszahler zu entlasten und die Qualität der Pflege weiter zu stärken. Weiter geht's! [#100Tage](#)

[#Gesundheit](#) [#pflege](#) [#health](#)

Twitter 15:53 - 21. Juni 2018

@BMG Bund

Angekündigt, angegangen, abgeschlossen. Wir sorgen für spürbare Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus. Vor wenigen Minuten wurde das [#SofortprogrammPflege](#) und [#PflegepersonalStärkungsgesetz](#) [#PpSG](#) beschlossen.

Politische Maßnahmen



Konzertierte Aktion Pflege (BMG, BMFSFJ, BMAS)

AG1:
Ausbildung und
Qualifizierung

AG2:
Personalmanagement,
Arbeitsschutz und
Gesundheitsförderung

AG3:
Innovative
Versorgungsansätze
und Digitalisierung

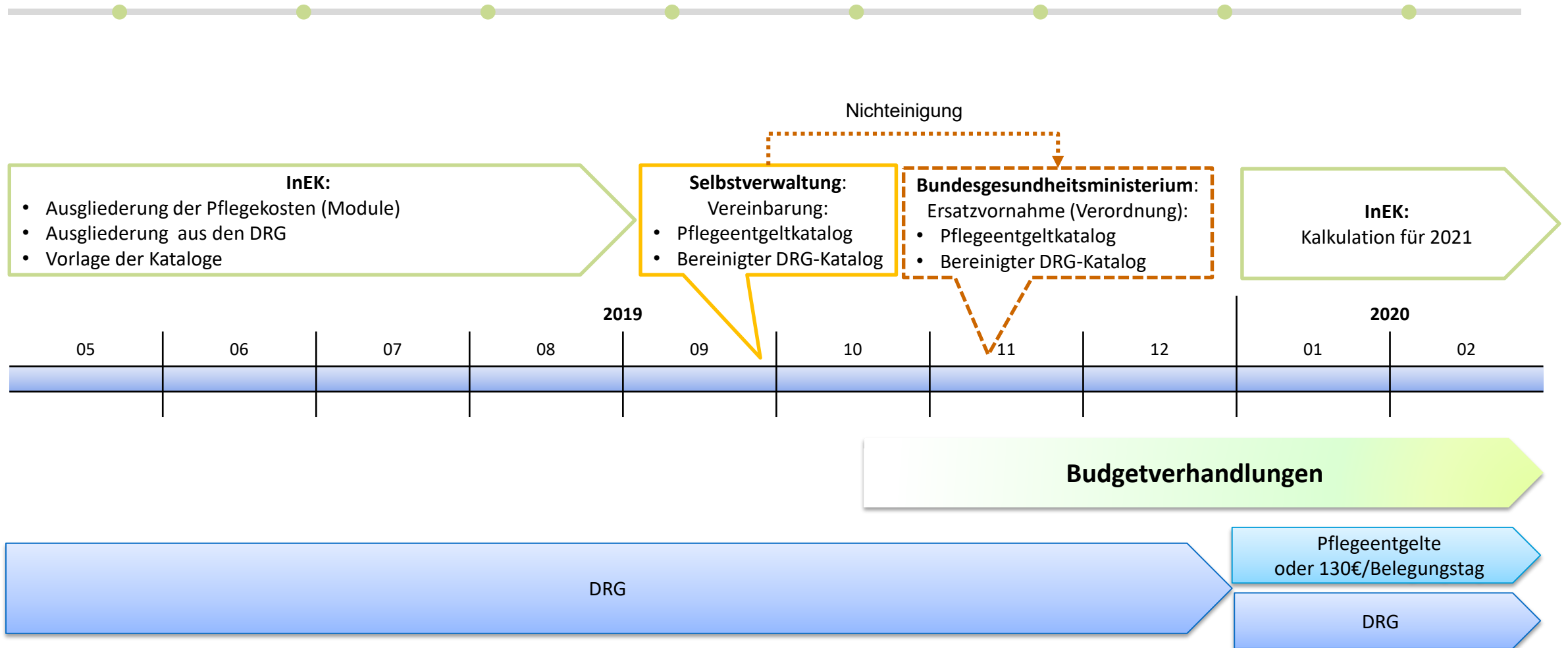
AG4:
Pflegekräfte aus dem
Ausland

AG5:
Entlohnungsbeding-
ungen in der Pflege

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

- Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
 - **Ausgliederung der „Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ aus den DRG ab 2020**
 - Einführung eines krankenhausindividuellen, bedarfsorientierten Pflegebudgets
 - Einführung von hausbezogenen Personaluntergrenzen durch Rechtsverordnung
 - **Bis zur Einführung des Pflegebudgets (2020) werden:**
 - Das Pflegeförderprogramm ohne Eigenanteil und Deckelung fortgesetzt
 - Die Tarifierhöhungen in der Pflege bereits ab 2018 vollständig berücksichtigt
 - **Weitere krankenhausrelevante Regelungen:**
 - Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte und betrieblicher Gesundheitsförderung
 - „Aufbohren“ des Strukturfonds
 - Entfallen der Anrechnung der Pflege-Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr
 - Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags auf 35%
 - Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Krankenhaus über einen bestehenden Pflegegrad
 - Verkürzung der Verjährungsfrist auf 2 Jahre

Pflegebudget – Änderung §17b Abs 4 KHG



Pflegebudget – § 6a Abs. 2 KHEntgG (neu)

- Grundlage des Pflegebudgets sind die ausgegliederten „**Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen**“ nach der Definition der Selbstverwaltung (§17b Abs. 4 KHG neu) des Vorjahres
 - Begründung in der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses:

*„Die auszugliedernden Pflegepersonalkosten werden als diejenigen konkretisiert, die für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, also für die Pflege am Bett (siehe dazu auch Vorgaben der Krankenhaus-Buchführungsverordnung zu den Konten **6001, 6101, 6201, 6301 und 6401**) entstehen.*

[...]

*[Damit] umfasst dies die Personalkosten des Pflegedienstes, die auf den Kostenstellen Normalstation, Intensivstation, Dialyse und in der Patientenaufnahme zu buchen sind. Damit werden die in der Pflege am Bett tätigen Pflegepersonalkosten der **Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer** erfasst“*

Pflegebudget – § 6a Abs. 2 KHEntgG (neu)

-
- **Zu erwartende** Veränderungen **sind** zu berücksichtigen:
 - Veränderung der Anzahl
 - Veränderungen durch Qualifizierung
 - Kostenentwicklungen
 - Im Pflegekostenbudget gehen auf:
 - Die krankenhaushausindividuellen Mittel des Pflegestellenförderprogramms nach §4 Abs. 8 KHEntgG
 - Anteilig die Mittel für Pflegepersonal aus dem Hygieneförderprogramm nach §4 Abs. 9 KHEntgG

Pflegebudget – § 6a Abs. 2 KHEntgG (neu)

- Korrektur von Fehleinschätzungen durch Ausgleichsvereinbarungen im Folgejahr
- Kappung (§6a Abs. 6 neu) bei Budgetabsenkung
 - Für 2020: Wenn Summe aus Gesamtbetrag + Pflegebudget um mehr als 2% sinken würde
 - Für 2021: Wenn Summe aus Gesamtbetrag + Pflegebudget um mehr als 4% sinken würde
 - Nicht durch Leistungsrückgang begründet
 - Kappung unterliegt nicht den Ausgleichen
- *Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung **nicht** durch den Veränderungswert begrenzt*
- *Die **Wirtschaftlichkeit** der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten **wird nicht geprüft**; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe **tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen** gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.*

Pflegebudget – § 6a Abs. 2 KHEntgG (neu)

-
- *Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, **ist** von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die vereinbarte Kosteneinsparung ist bis zu einer Höhe von insgesamt 3% des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen.*

Pflegebudget – § 6a Abs. 3 KHEntgG (neu)

- Nachweise
 - Jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in VK, gegliedert nach Berufsgruppen und Kosten
 - IST Vorjahr, IST laufendes Jahr, Forderung
- Nach dem ersten Jahr Bestätigung des Jahresabschlussprüfers
 - Jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in VK, gegliedert nach Berufsgruppen und Kosten
 - Zweckentsprechende Mittelverwendung
- Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen

Pflegebudget – § 6a Abs. 4 KHEntgG (neu)

- Vergütung über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert
- Berechnung je Krankenhaus

$$\text{Pflegeentgeltwert} = \frac{\text{Pflegepersonalkosten}_{VB}}{\sum \text{BWR Pflegeentgeltkatalog}}$$

- Fallabrechnung pro voll- und teilstationärem Behandlungstag

$$\text{Pflegekostenerlös} = \text{BWR}_{\text{Pflegeentgeltkatalog}} \times \text{Pflegeentgeltwert}$$

- Abschlagszahlung vor Vereinbarung: 130 € vollstationär und 65€ teilstationär

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Pflegeentgelt Katalog*

DRG	BR / Tag
A01A	3,5493
A01B	2,5709
A01C	2,2879
A02Z	1,8611
A03A	3,2952
A03B	2,3655
A04B	3,3538
A04C	2,9451
A04D	2,1760
A04E	2,1659
A05A	2,6603
A05B	1,8555
A06A	4,4737
A06B	4,2640
A06C	3,6519
...	...

Pflegebudget-Vereinbarung*

DRG	BR / Tag	Fälle	Tage	Σ BR
P67E	0,6255	414	1242	776,8710
I68D	0,6363	198	792	503,9496
G67C	0,7727	191	573	442,7571
...	...	...	...	...
Summe				Σ BR
Kosten				
Kosten Pflegepersonal				
+ Tarifsteigerungen, Qualifizierung				
+ Neueinstellungen				
+ Entlastende Maßnahmen				
...				
Σ Pflegekosten				

$$\frac{\Sigma \text{ Pflegekosten}}{\Sigma \text{ BR}} = \text{Pflegeentgeltwert (PEW)}$$

Abrechnung*

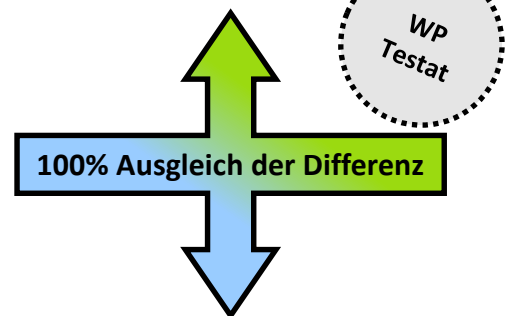
DRG	BR / Tag	Tage	Σ BR
P67E	0,6255	3	1,8765
I68D	0,6363	4	2,5452
G67C	0,7727	3	2,3181
O60D	0,6841	3	2,0523
F62C	0,7790	8	6,2320
E79C	0,8852	7	6,1964
P67E	0,6255	3	1,8765
...	...	...	...
Summe			Σ BR

$$\text{PEW} \times \sum_{\text{Tage}} \text{BR}_{\text{pflege}} = \text{Pflegeentgelt}$$

Nachweis

Kostenart	Konto	Betrag
Gehalt Pflegepersonal	6001	...
Sozialabgaben Pflege	6101	...
Altersversorgung Pflege	6201	...
...	...	...

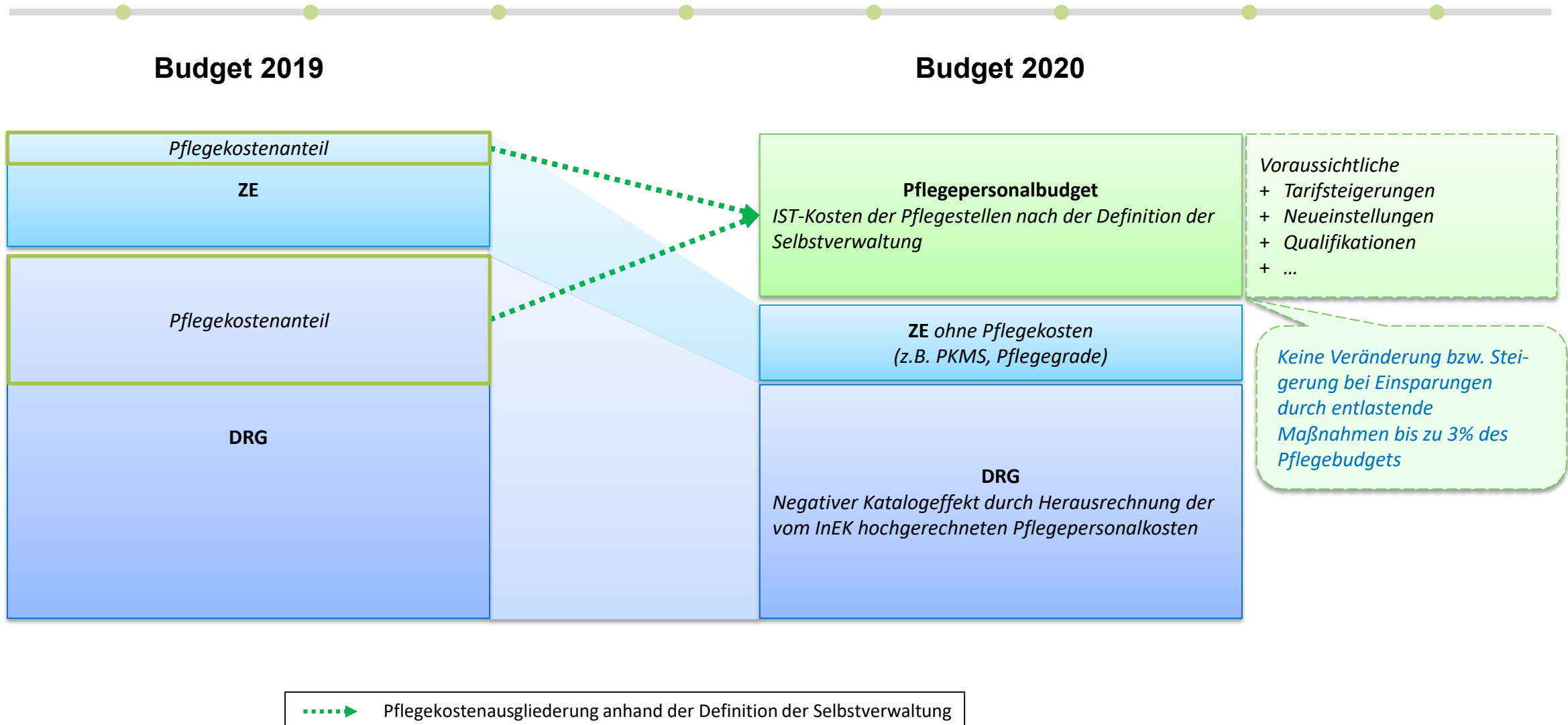
IST-Gesamtsumme Pflegekosten



IST Gesamtsumme Abrechnung

* Fiktive Angaben

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog



Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung

§2 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten durch das InEK

- (1) Bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sind die DRG-relevanten Kosten nach dem Kalkulationshandbuch um die in der Kalkulation berücksichtigten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu bereinigen.

Für das Budgetjahr 2020 handelt es sich hierbei um die Personalkosten des Pflegedienstes, die auf den Kostenstellengruppen **Normalstation**, **Intensivstation**, **Dialyse** und der **Patientenaufnahme** zu buchen sind. Dies betrifft im Kalkulationshandbuch in der Version 4.0 vom 10.10.2016 die Module 1.2, 2.2, 3.2 und 13.2.

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung

§2 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten durch das InEK

- (2) Der Pflege am Bett sind alle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten für Pflege- und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich zuzuordnen. Mit den Vorgaben nach Absatz 1 werden die in der Pflege am Bett tätigen Pflegepersonalkosten der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Krankenpflegehilfe, zukünftig von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Gesundheits- und Pflegeassistenz, Pflegefachhilfe, Altenpflegehilfe, Sozialassistenz und Kinderpflegehelfer erfasst.
- (3) Nicht umfasst sind beispielsweise die Pflegepersonalkosten für Funktionspersonal im Operationsbereich (OP-Bereich), in der Anästhesie, den diagnostischen und therapeutischen Bereichen oder der medizinischen Infrastruktur.

Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung

● Anlage 1: Ausgliederung der Personalkosten aus den DRG

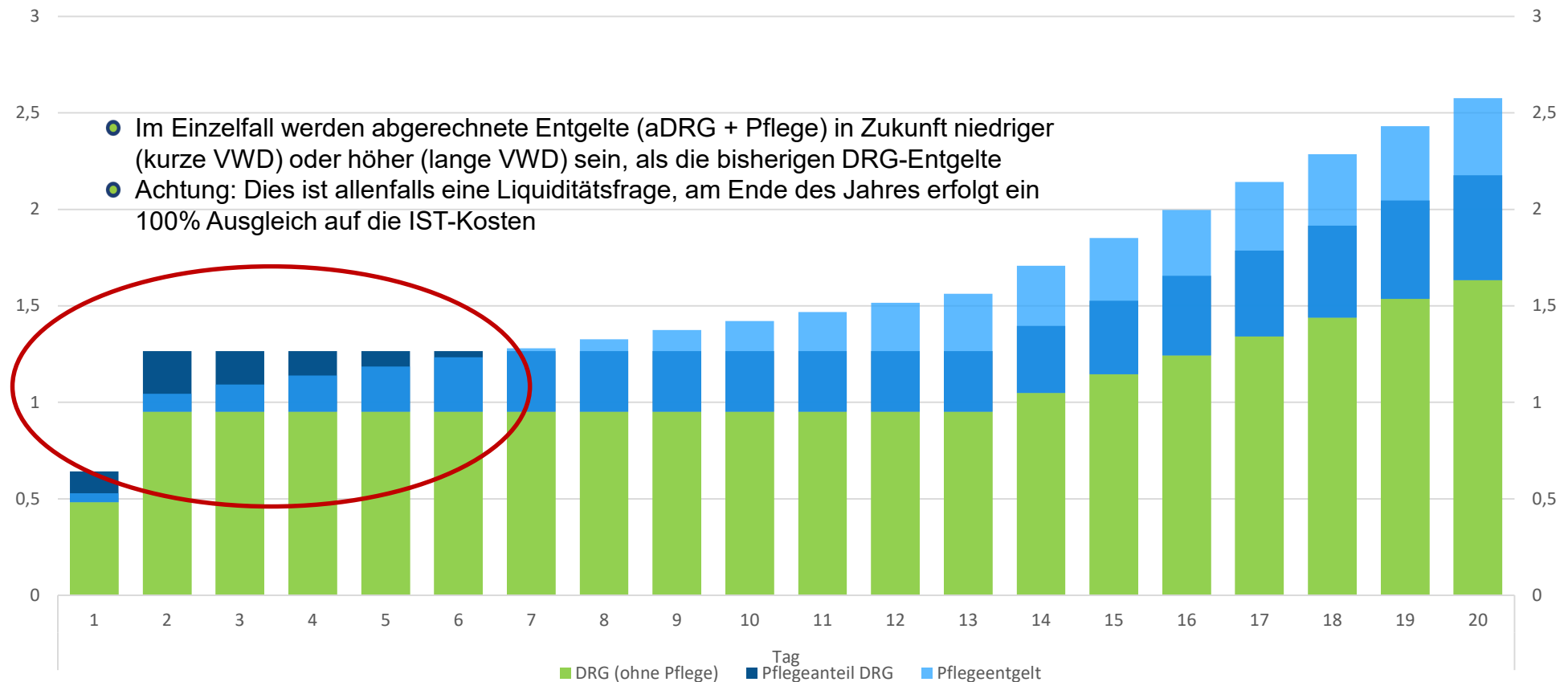
InEK Kostenmatrix		ärztlicher Dienst	Pflegedienst	MTD	Medikamente		Implantate	Medizinischer Sachbedarf			medizinische Infrastruktur	nichtmedizinische Infrastruktur
					gemeinkosten	Einzelkosten		gemeinkosten	Einzelkosten	Leistungen		
01	Normalstation		✓									
02	Intensivstation		✓									
03	Dialyseabteilung		✓									
04	OP-Bereich											
05	Anästhesie											
06	Kreißsaal											
07	Kardiologische Diagnostik / Therapie											
08	Endoskopische Diagnostik / Therapie											
09	Radiologie											
10	Laboratorien											
11	Diagnostische Bereiche											
12	Therapeutische Verfahren											
13	Patientenaufnahme		(✓)*									

* Bettenführende Aufnahmestation

Pflegeerlöskatalog

Bisherige DRG-Entgelte (mit Pflegeanteil) im Vergleich zu aDRG- und Pflegeentgelte

B70D



Pflegeerlöskatalog

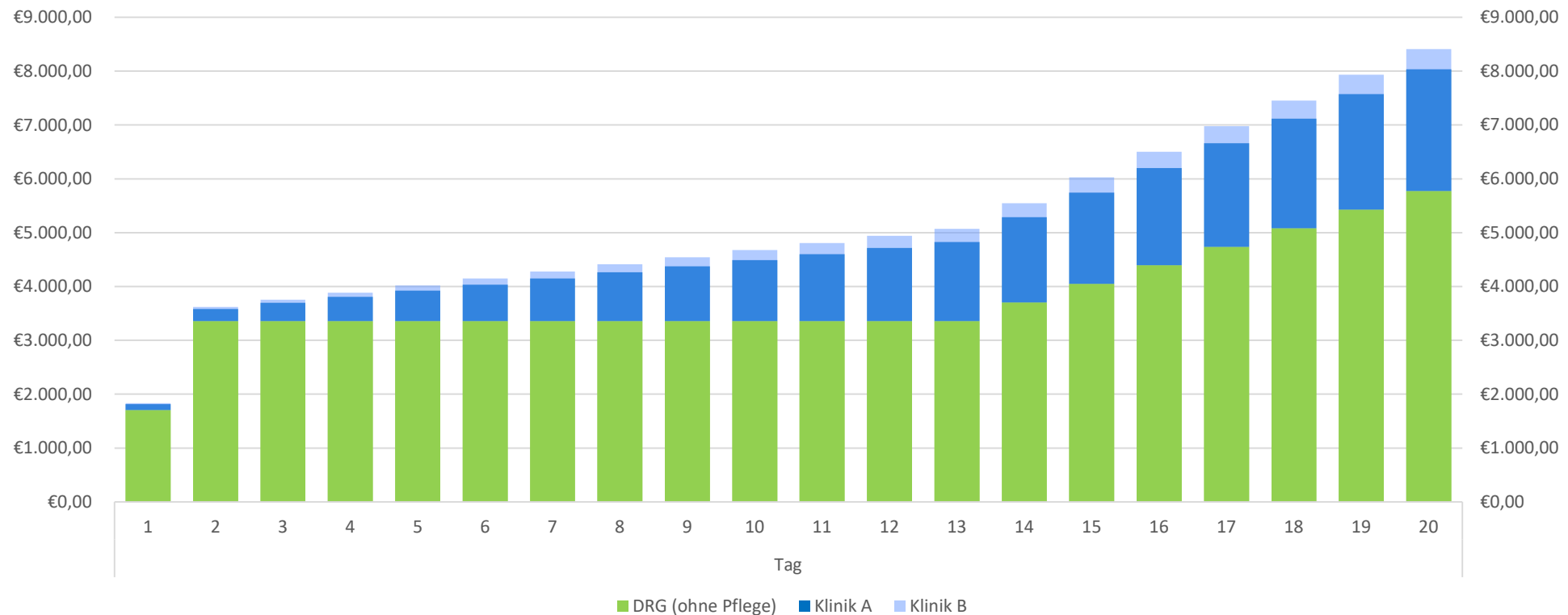
Klinik A

- 3.532,67 € Landesbasisfallwert Hessen
- 120,00 € Pflegeentgeltwert**

Klinik B

- 3.532,67 € Landesbasisfallwert Hessen
- 140,00 € Pflegeentgeltwert**

B70D



Mögliche Kalkulationsschritte



Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Fiktives Beispiel

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Fiktives Beispiel auf Grundlage eines fiktiven DRG-bezogenen Kataloges mit Unterscheidung von Normalstation/Intensivstation

InEK / Selbst-Verwaltung

Pflegeerlöskatalog
z.B. als Weiterentwicklung des
Pflegelastkataloges:

DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation/Tag Normalstation	Bewertungs- relation/Tag Intensivstation
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose	3,40	9,90
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden...	2,99	9,73
...	...	...	...

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Fiktives Beispiel auf Grundlage eines fiktiven DRG-bezogenen Kataloges mit Unterscheidung von Normalstation/Intensivstation

Krankenhaus (Budget)

Ermittlung der voraussichtlichen
Pflegepersonalkosten entsprechend
der Definition

Berufsgruppe	VK	Ø Kosten/VK	Kosten
Pflege	10	55.000 €	550.000 €
Pflegehilfe	2	45.000 €	90.000 €
			640.000 €

Ermittlung der
voraussichtlichen Pflegeerlöse
gemäß Pflegeerlöskatalog

DRG	VB Fälle	VB Tage Normalstation	VB Tage Intensivstation	BR/Tag Normalstation	BR/Tag Intensivstation	Σ BR Normalstation	Σ BR Intensivstation
B70A	100	1.000	300	2,54	7,15	2.540,00	2.145,00
B70B	10	100	30	2,37	6,3	237,00	189,00
						5.111,00	

Ermittlung des
krankenhausindividuellen
Pflegeentgeltwertes

Pflegepersonalkosten		Σ BR		Pflegeentgeltwert
640.000 €	:	5.111	=	125,22 €

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Fiktives Beispiel auf Grundlage eines fiktiven DRG-bezogenen Kataloges mit Unterscheidung von Normalstation/Intensivstation

Krankenhaus (Abrechnung)

Berechnung des Pflegepersonalentgeltes im Einzelfall

Fall: DRG B70A, 10 Tage Aufenthalt, davon 2 Tage Intensivstation

DRG	Tage Normalstation	Tage Intensivstation	BR/Tag Normalstation	BR/Tag Intensivstation	Σ BR Normalstation	Σ BR Intensivstation	Σ BR
B70A	8	2	3,4	9,9	27,2	19,8	47

47	x	125,22 €	=	<u>5.585,34 €</u>
-----------	---	-----------------	---	--------------------------

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Beispiel für Berücksichtigung entlastender Maßnahmen

- Investition in z.B.
 - Systeme
 - Prozesse
 - Personalmit Entlastung des Pflegepersonals
- Berechnung und Begründung der **Einsparungen beim Pflegepersonal**
 - **nicht** Kosten der Investition
- Erhöhung/Beibehaltung des Pflegebudgets
(bis zu 3% des Budgets)

Pflegebudget und Pflegeerlöskatalog

Beispiele

Verpflegungsservice durch
eine VK Servicekraft

Aufwand für die entsprechende Tätigkeit
durch Pflegefachkräfte 0,2 VK Pflege =
11.000 €

640.000 € Pflegepersonalbudget
+11.000 € (< 3% von 640.000)
651.000 €

$651.000 : 5.111 = 127,37 \text{ €}$
→ Erhöhung des Pflegeentgeltwertes um
2,15 €

Versorgung mit Verbrauchsmaterial durch
Modulsystem

Aufwand für die entsprechende Tätigkeit
durch Pflegefachkräfte 0,2 VK Pflege =
11.000 €

640.000 € Pflegepersonalbudget
+11.000 € (< 3% von 640.000)
651.000 €

$651.000 : 6.960,9 = 127,37 \text{ €}$
→ Erhöhung des Pflegeentgeltwertes um
2,15 €

Zentralisierung und Automatisierung des
Stellens der Medikamente

Bisher Aufwand für Stellen der
Medikamente 0,2 VK Pflege
= 11.000 €

640.000 € Pflegepersonalbudget
+11.000 € (< 3% von 640.000)
651.000 €

$651.000 : 6.960,9 = 127,37 \text{ €}$
→ Erhöhung des Pflegeentgeltwertes um
2,15 €

Summe der Maßnahmen: 33.000 €
max. 3% von 640.000 = 19.200 €

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen



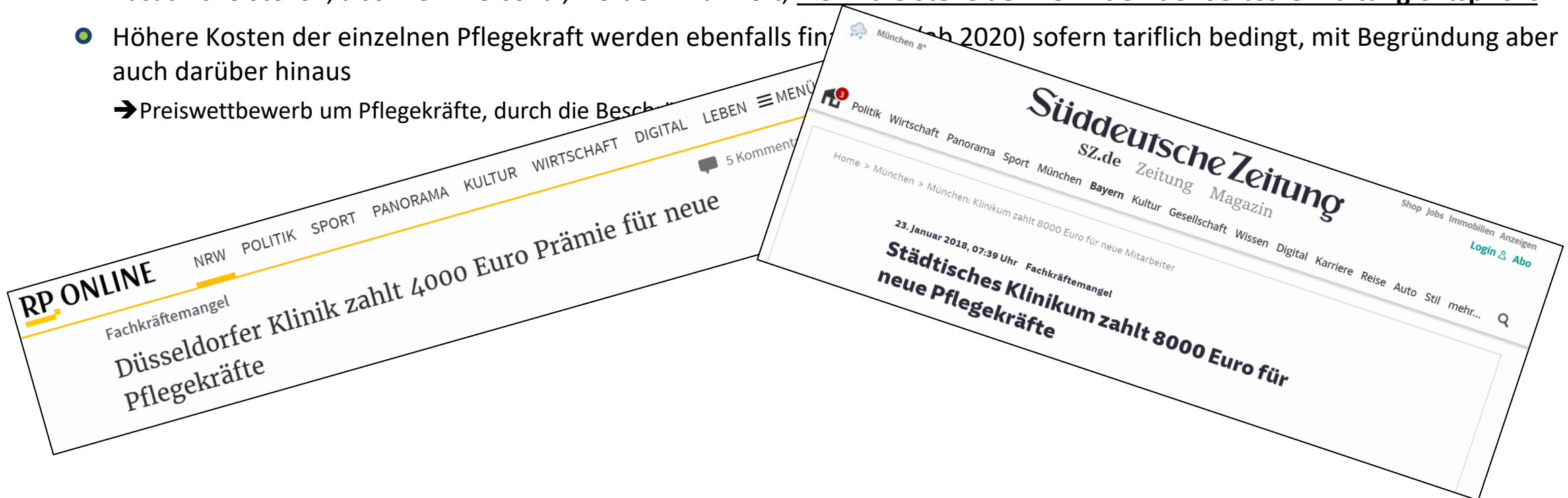
Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

- Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG führt zu einer Zweckbindung von voraussichtlich etwa 20 – 25% der bisherigen DRG-Erlöse
- Das Postulat der Wirtschaftlichkeit der Pflegekosten (§6a Abs. 2 [neu]) unabhängig von Obergrenze und Personalbemessung bedeutet:
 - Zusätzliche Stellen, also mehr Personal, werden finanziert, **wenn die Stelle der Definition der Selbstverwaltung entspricht**
 - Höhere Kosten der einzelnen Pflegekraft werden ebenfalls finanziert (ab 2020) sofern tariflich bedingt, mit Begründung aber auch darüber hinaus
 - ➔ Preiswettbewerb um Pflegekräfte, durch die Beschränkung auf Tarif etwas entschärft

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

- Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG führt zu einer Zweckbindung von voraussichtlich etwa 20 – 25% der bisherigen DRG-Erlöse
- Das Postulat der Wirtschaftlichkeit der Pflegekosten (§6a Abs. 2 [neu]) unabhängig von Obergrenze und Personalbemessung bedeutet:
 - Zusätzliche Stellen, also mehr Personal, werden finanziert, wenn die Stelle der Definition der Selbstverwaltung entspricht
 - Höhere Kosten der einzelnen Pflegekraft werden ebenfalls finanziert (ab 2020) sofern tariflich bedingt, mit Begründung aber auch darüber hinaus
 - ➔ Preiswettbewerb um Pflegekräfte, durch die Beschäftigung



Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

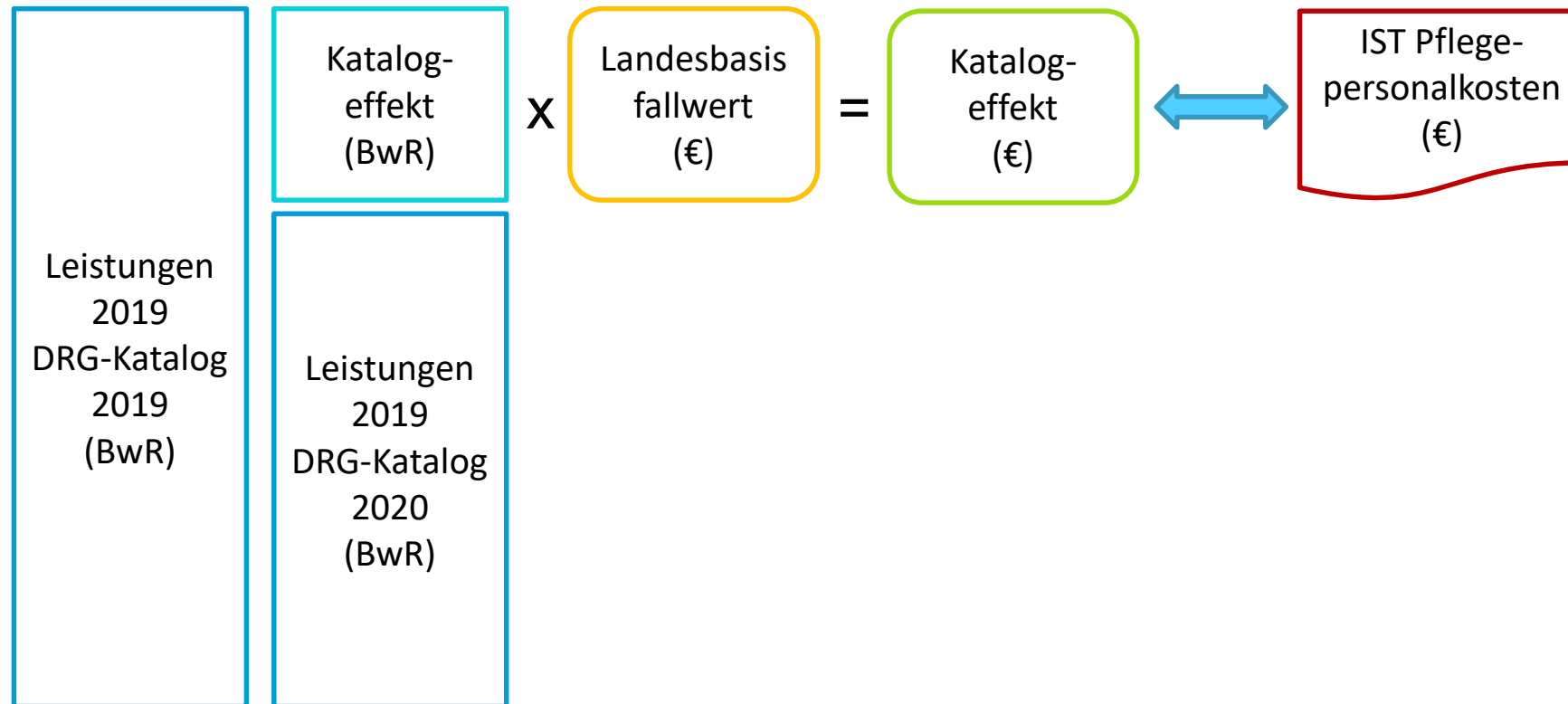
- Berücksichtigung von Innovationen zur Entlastung der Pflege über Nachweis der Personaleinsparung möglich
 - Im Gesetz kein Hinweis, dass eine tatsächliche Minderung des Pflegepersonalbudgets durch die Einsparung erforderlich ist.
→ Auch „theoretische“ Einsparungen bzw. Verhinderung von Personalaufstockung verhandeln
- Berücksichtigung der Substitution (früher) pflegerischer Aufgaben (Stationssekretariat, Servicekräfte, Patientenfahrdienst usw.)
→ Über pflegeentlastende Maßnahmen bis zu 3% des Pflegebudgets
(was damit vermutlich schon fast ausgeschöpft ist)

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

- Für die Auswirkungen der Ausgliederung in 2020 auf das einzelne Krankenhaus ist relevant:
 - Die *konkrete **Absenkung*** der DRG-Bewertungsrelationen und ZE-Entgelte durch die InEK-Ausgliederung
 - Hausindividueller effektiver (negativer) Katalogeffekt
 - Hoher Anteil pflegelastiger DRG/ZE (z.B. PKMS) $\Rightarrow$ Großer Katalogeffekt!
 - Der ***Landesbasisfallwert***
 - In RLP sind die ausgegliederten Bewertungsrelationen „teurer“ als in MV
 - Die ***tatsächlichen Pflegepersonalkosten*** entsprechen der Definition der SV

**Die (DRG) Budgetveränderung 2020 richtet sich nach dem Verhältnis
der im Pflegebudget berücksichtigten *Pflegepersonalkosten*
zum hausindividuellen *Katalogeffekt in Euro***

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen



Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

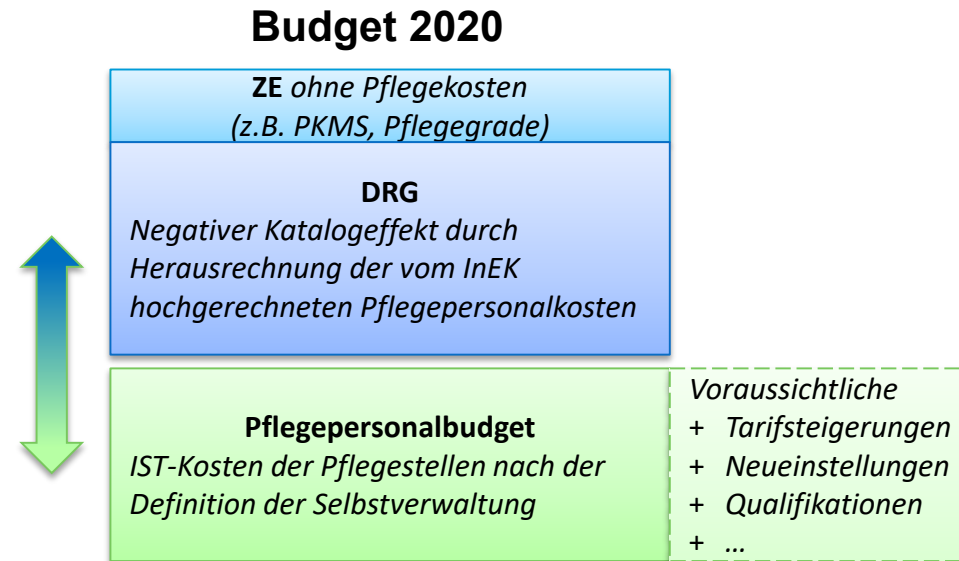
● Neues Gesamtbudget

➤ **steigt**, wenn Ausgaben für Pflege bisher über DRG-Kalkulation:

- hohe Pflegepersonalkosten
- geringer Anteil pflegeintensiver DRG/ZE

➤ **sinkt**, wenn Ausgaben für Pflege bisher unter DRG-Kalkulation!

- geringe Pflegepersonalkosten
- hoher Anteil pflegetensiver DRG/ZE



● Kappung (§6a Abs. 6 neu)

- Für 2020: Wenn Summe aus Gesamtbetrag + Pflegebudget um mehr als 2% sinken würde
- Für 2021: Wenn Summe aus Gesamtbetrag + Pflegebudget um mehr als 4% sinken würde
- Nicht durch Leistungsrückgang begründet

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

Rechenbeispiel

- F67C – F67D
- mit Pflege
- $\Delta = 140,66 \text{ €}$

DRG	Bereich	Ärzte	Pflege	MTD	Medikamente		Impl.	MSB			med. Infra	Nmed. Infra	Summe
					Allg.	Einzelk.		Allg.	Einzelk.	Leistungen			
F67C	01. Normalstation	285,08 €	388,56 €	20,87 €	20,92 €	0,06 €	- €	31,22 €	1,42 €	4,05 €	124,42 €	299,30 €	1.175,90 €
F67C	02. Intensivstation	1,84 €	5,72 €	0,09 €	0,35 €	- €	- €	0,61 €	- €	- €	0,84 €	3,23 €	12,68 €
F67C	03. Dialyse	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	04. OP-Bereich	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	05. Anästhesie	2,58 €	- €	1,66 €	0,15 €	- €	- €	0,56 €	- €	- €	0,33 €	0,80 €	6,08 €
F67C	06. Kreißsaal	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	1,43 €	- €	0,05 €	0,01 €	- €	- €	0,08 €	- €	- €	0,37 €	0,27 €	2,21 €
F67C	08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,20 €	- €	0,17 €	- €	- €	- €	0,01 €	0,02 €	- €	0,04 €	0,06 €	0,50 €
F67C	09. Radiologie	20,64 €	- €	15,74 €	0,13 €	0,23 €	- €	3,47 €	0,50 €	14,00 €	9,35 €	11,03 €	75,09 €
F67C	10. Laboratorien	4,58 €	- €	25,75 €	0,29 €	- €	- €	22,36 €	0,53 €	31,40 €	3,42 €	10,30 €	98,63 €
F67C	11. Diagnostische Bereiche	44,60 €	0,41 €	36,01 €	0,35 €	- €	- €	4,43 €	- €	0,02 €	7,89 €	23,48 €	117,19 €
F67C	12. Therapeutische Verfahren	1,50 €	0,02 €	12,06 €	0,01 €	- €	- €	0,13 €	- €	1,23 €	1,01 €	3,44 €	19,40 €
F67C	13. Patientenaufnahme	18,05 €	0,89 €	18,54 €	0,57 €	0,06 €	- €	1,77 €	0,01 €	- €	2,66 €	10,11 €	52,66 €
F67C	Summe	380,50 €	395,60 €	130,94 €	22,78 €	0,35 €	- €	64,64 €	2,48 €	50,70 €	150,33 €	362,02 €	1.560,34 €

DRG	Bereich	Ärzte	Pflege	MTD	Medikamente		Impl.	MSB			med. Infra	Nmed. Infra	Summe
					Allg.	Einzelk.		Allg.	Einzelk.	Leistungen			
F67D	01. Normalstation	213,35 €	284,56 €	11,78 €	19,53 €	0,29 €	- €	21,64 €	0,67 €	2,91 €	104,27 €	320,23 €	979,23 €
F67D	02. Intensivstation	7,18 €	14,79 €	0,32 €	1,01 €	0,03 €	- €	1,58 €	0,01 €	0,07 €	2,82 €	7,65 €	35,46 €
F67D	03. Dialyse	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67D	04. OP-Bereich	0,08 €	- €	0,08 €	- €	- €	- €	0,02 €	0,02 €	0,01 €	0,04 €	0,06 €	0,31 €
F67D	05. Anästhesie	0,09 €	- €	0,04 €	- €	- €	- €	0,01 €	- €	- €	0,01 €	0,02 €	0,17 €
F67D	06. Kreißsaal	0,01 €	- €	0,01 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	0,01 €	0,01 €	0,04 €
F67D	07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,80 €	- €	0,60 €	0,06 €	- €	0,01 €	0,20 €	0,12 €	0,10 €	0,21 €	0,43 €	2,53 €
F67D	08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	4,19 €	- €	3,94 €	0,15 €	0,01 €	0,01 €	1,52 €	0,28 €	- €	1,80 €	2,56 €	14,46 €
F67D	09. Radiologie	17,30 €	- €	20,42 €	0,28 €	0,53 €	- €	3,41 €	0,62 €	15,01 €	7,74 €	12,47 €	77,78 €
F67D	10. Laboratorien	2,45 €	- €	21,08 €	0,79 €	0,17 €	- €	14,95 €	0,47 €	17,90 €	2,24 €	7,78 €	67,83 €
F67D	11. Diagnostische Bereiche	44,10 €	0,18 €	33,91 €	0,49 €	0,01 €	- €	4,49 €	0,06 €	0,38 €	7,78 €	19,46 €	110,86 €
F67D	12. Therapeutische Verfahren	1,06 €	0,11 €	7,15 €	0,03 €	- €	- €	0,19 €	0,01 €	0,95 €	0,38 €	2,49 €	12,37 €
F67D	13. Patientenaufnahme	35,31 €	10,48 €	36,60 €	1,32 €	0,01 €	- €	5,08 €	0,01 €	0,05 €	6,27 €	23,51 €	118,64 €
F67D	Summe	325,92 €	310,12 €	135,93 €	23,66 €	1,05 €	0,02 €	53,09 €	2,27 €	37,38 €	133,57 €	396,67 €	1.419,68 €

- Katalog 2019

DRG	Bezeichnung	BR (HA)	Δ
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre	0,507	0,027
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	0,480	

Anmerkungen – Bewertung – Auswirkungen – Maßnahmen

Rechenbeispiel

- F67C – F67D
- ohne Pflege
- $\Delta = 55,32 \text{ €}$

DRG	Bereich	Ärzte	Pflege	MTD	Medikamente		Impl.	MSB			med. Infra	Nmed. Infra	Summe
					Allg.	Einzelk.		Allg.	Einzelk.	Leistungen			
F67C	01. Normalstation	285,08 €	- €	20,87 €	20,92 €	0,06 €	- €	31,22 €	1,42 €	4,05 €	124,42 €	299,30 €	787,34 €
F67C	02. Intensivstation	1,84 €	- €	0,09 €	0,35 €	- €	- €	0,61 €	- €	- €	0,84 €	3,23 €	6,96 €
F67C	03. Dialyse	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	04. OP-Bereich	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	05. Anästhesie	2,58 €	- €	1,66 €	0,15 €	- €	- €	0,56 €	- €	- €	0,33 €	0,80 €	6,08 €
F67C	06. Kreißsaal	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67C	07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	1,43 €	- €	0,05 €	0,01 €	- €	- €	0,08 €	- €	- €	0,37 €	0,27 €	2,21 €
F67C	08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,20 €	- €	0,17 €	- €	- €	- €	0,01 €	0,02 €	- €	0,04 €	0,06 €	0,50 €
F67C	09. Radiologie	20,64 €	- €	15,74 €	0,13 €	0,23 €	- €	3,47 €	0,50 €	14,00 €	9,35 €	11,03 €	75,09 €
F67C	10. Laboratorien	4,58 €	- €	25,75 €	0,29 €	- €	- €	22,36 €	0,53 €	31,40 €	3,42 €	10,30 €	98,63 €
F67C	11. Diagnostische Bereiche	44,60 €	0,41 €	36,01 €	0,35 €	- €	- €	4,43 €	- €	0,02 €	7,89 €	23,48 €	117,19 €
F67C	12. Therapeutische Verfahren	1,50 €	0,02 €	12,06 €	0,01 €	- €	- €	0,13 €	- €	1,23 €	1,01 €	3,44 €	19,40 €
F67C	13. Patientenaufnahme	18,05 €	- €	18,54 €	0,57 €	0,06 €	- €	1,77 €	0,01 €	- €	2,66 €	10,11 €	51,77 €
F67C	Summe	380,50 €	0,43 €	130,94 €	22,78 €	0,35 €	- €	64,64 €	2,48 €	50,70 €	150,33 €	362,02 €	1.165,17 €

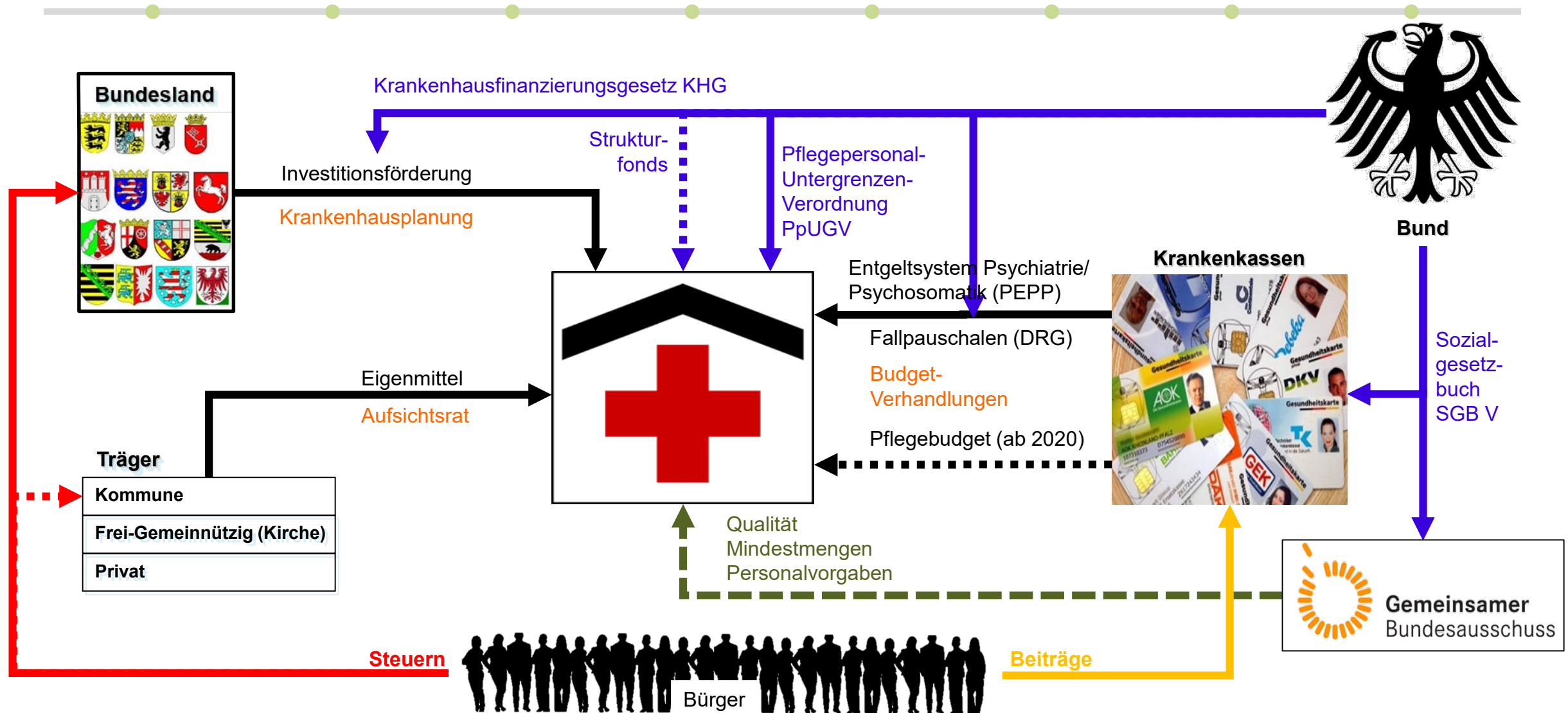
→ Die ausgegliederten Kosten (85,34 €) finden sich verweildauerbezogen im Pflegeentgeltkatalog wieder

DRG	Bereich	Ärzte	Pflege	MTD	Medikamente		Impl.	MSB			med. Infra	Nmed. Infra	Summe
					Allg.	Einzelk.		Allg.	Einzelk.	Leistungen			
F67D	01. Normalstation	213,35 €	- €	11,78 €	19,53 €	0,29 €	- €	21,64 €	0,67 €	2,91 €	104,27 €	320,23 €	694,67 €
F67D	02. Intensivstation	7,18 €	- €	0,32 €	1,01 €	0,03 €	- €	1,58 €	0,01 €	0,07 €	2,82 €	7,65 €	20,67 €
F67D	03. Dialyse	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
F67D	04. OP-Bereich	0,08 €	- €	0,08 €	- €	- €	- €	0,02 €	0,02 €	0,01 €	0,04 €	0,06 €	0,31 €
F67D	05. Anästhesie	0,09 €	- €	0,04 €	- €	- €	- €	0,01 €	- €	- €	0,01 €	0,02 €	0,17 €
F67D	06. Kreißsaal	0,01 €	- €	0,01 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	0,01 €	0,01 €	0,04 €
F67D	07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,80 €	- €	0,60 €	0,06 €	- €	0,01 €	0,20 €	0,12 €	0,10 €	0,21 €	0,43 €	2,53 €
F67D	08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	4,19 €	- €	3,94 €	0,15 €	0,01 €	0,01 €	1,52 €	0,28 €	- €	1,80 €	2,56 €	14,46 €
F67D	09. Radiologie	17,30 €	- €	20,42 €	0,28 €	0,53 €	- €	3,41 €	0,62 €	15,01 €	7,74 €	12,47 €	77,78 €
F67D	10. Laboratorien	2,45 €	- €	21,08 €	0,79 €	0,17 €	- €	14,95 €	0,47 €	17,90 €	2,24 €	7,78 €	67,83 €
F67D	11. Diagnostische Bereiche	44,10 €	0,18 €	33,91 €	0,49 €	0,01 €	- €	4,49 €	0,06 €	0,38 €	7,78 €	19,46 €	110,86 €
F67D	12. Therapeutische Verfahren	1,06 €	0,11 €	7,15 €	0,03 €	- €	- €	0,19 €	0,01 €	0,95 €	0,38 €	2,49 €	12,37 €
F67D	13. Patientenaufnahme	35,31 €	- €	36,60 €	1,32 €	0,01 €	- €	5,08 €	0,01 €	0,05 €	6,27 €	23,51 €	108,16 €
F67D	Summe	325,92 €	0,29 €	135,93 €	23,66 €	1,05 €	0,02 €	53,09 €	2,27 €	37,38 €	133,57 €	396,67 €	1.109,85 €

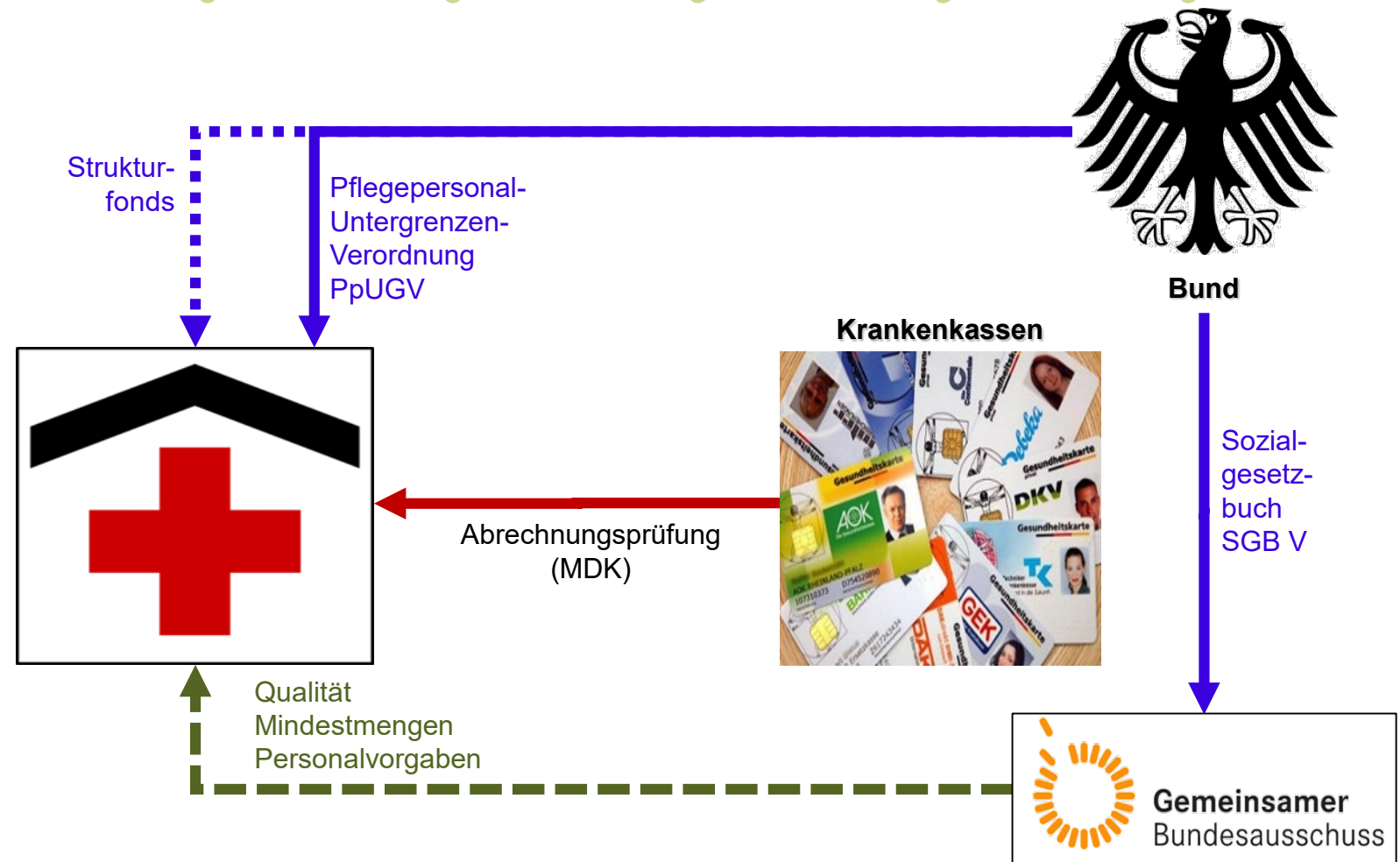
→ Möglicher Katalog 2020

DRG	Bezeichnung	BR (HA)	Δ	Pflege BR/Tag
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre	0,400	0,019	1,0549
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	0,381		0,6317

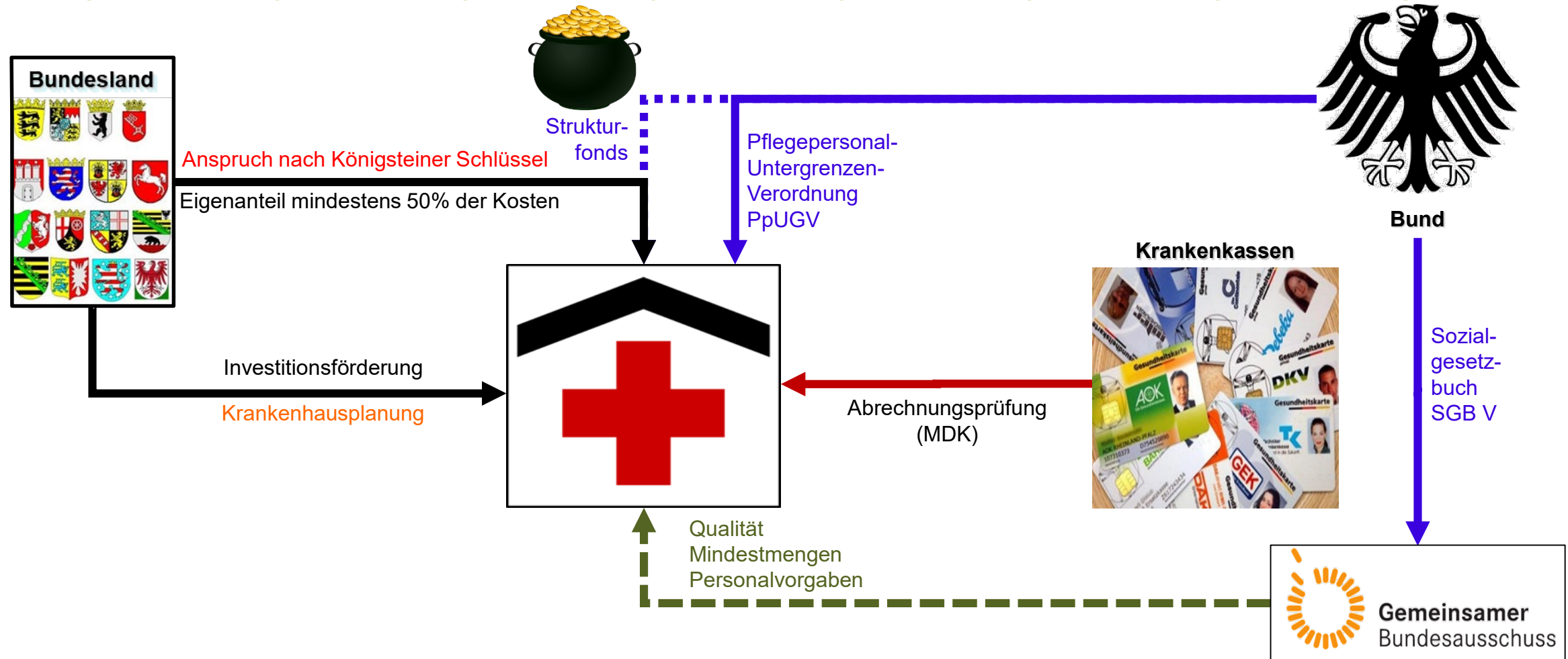
Übersicht Krankenhausfinanzierung



Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung



Strukturfonds



Strukturfonds – Förderzwecke bis 2018

- 
- Schließung von Krankenhäusern, Standorten oder Abteilungen
 - Konzentration von Leistungsangeboten mehrerer Krankenhäuser oder Standorte
 - Umwandlung von Krankenhäusern, Standorten oder Abteilungen in
 - Bedarfsnotwendige andere Abteilung
 - Nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung

Strukturfonds – Förderzwecke ab 2019

-
- Schließung von Krankenhäusern, Standorten oder Abteilungen
 - Geförderte Kosten
 - 4.500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten
 - 6.000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten
 - 8.500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten
 - 12.000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten
 - bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung
 - Konzentration von Leistungsangeboten mehrerer Krankenhäuser oder Standorte, insbesondere
 - Wenn Mindestmengen betroffen sind
 - Es sich um Einrichtungen zu Behandlung seltener Erkrankungen handelt
 - Im Rahmen eines Krankenhausverbundes
 - Geförderte Kosten
 - Kosten der Schließung und Baumaßnahmen

...

Strukturfonds – Förderzwecke ab 2019

...

- Umwandlung von Krankenhäusern, Standorten oder Abteilungen in
 - Bedarfsnotwendige andere Abteilung
 - Nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung
 - Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (mindestens 50% der Betten)

→ Geförderte Kosten

 - Kosten der Schließung und Baumaßnahmen
- Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen
 - Anpassungen an die Voraussetzungen der KRITIS Vorgaben
 - Ausbau der telemedizinischen Infrastruktur

→ Geförderte Kosten

 - Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations - oder kommunikationstechnischer Anlagen
 - Kosten für die erforderlichen baulichen Maßnahmen (Max. 10%)

...

Strukturfonds – Förderzwecke ab 2019

...

- Bildung integrierter Notfallzentren

- Geförderte Kosten

- Kosten der Schließung und Baumaßnahmen

- Ausbau der Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten

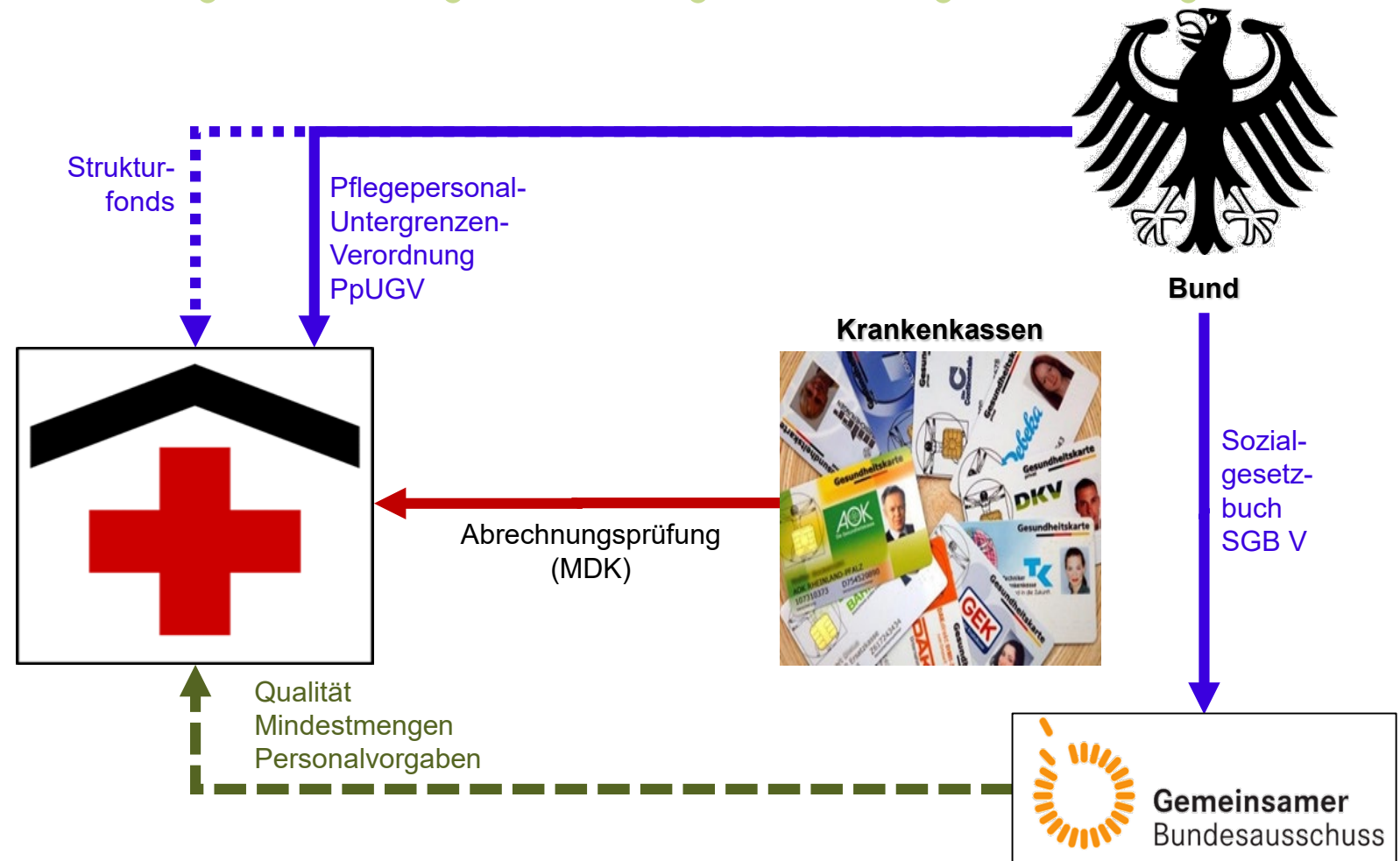
- Geförderte Kosten

- Kosten der Baumaßnahmen
 - Kosten der Erstausrüstung

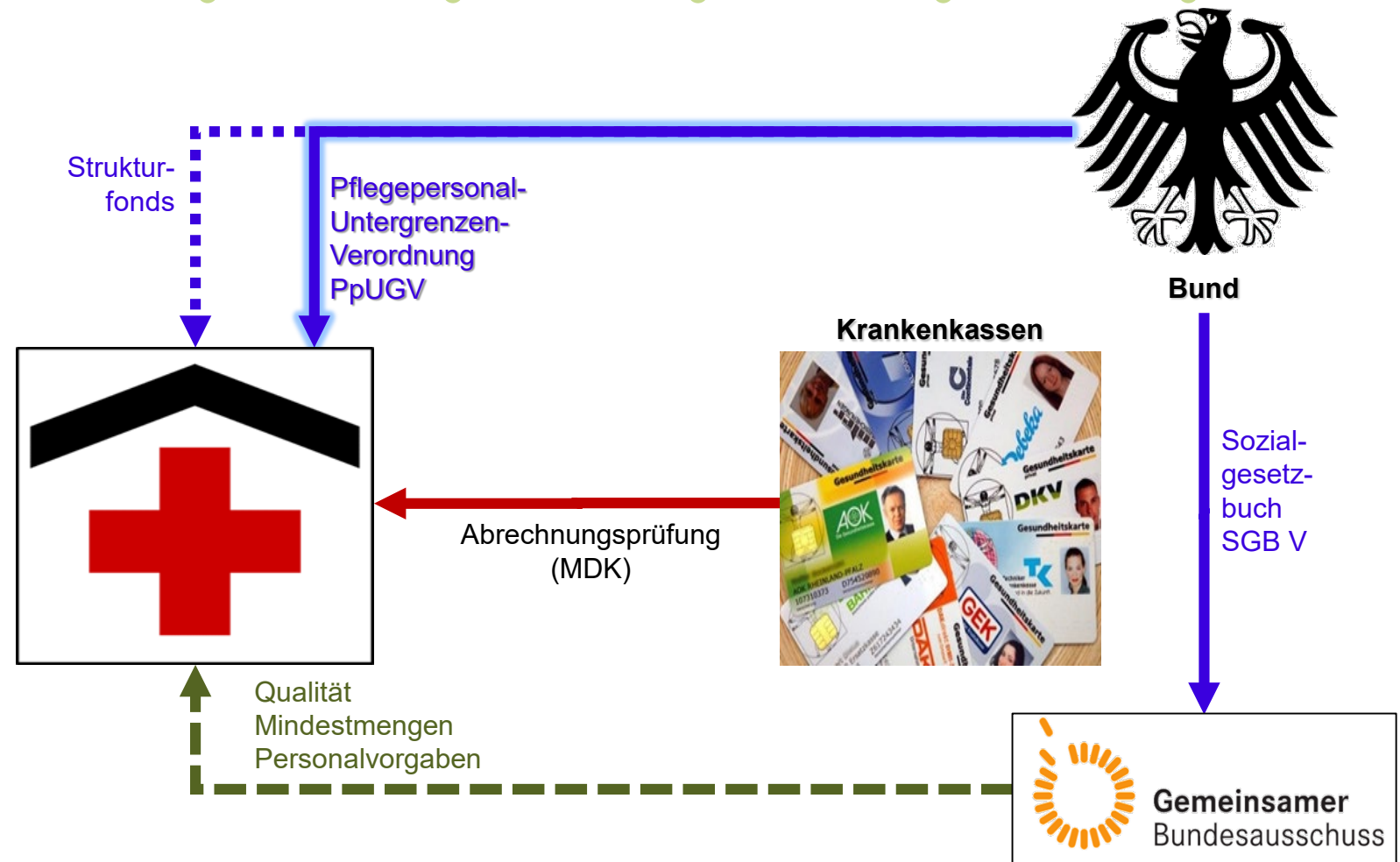
Strukturfonds

- Voraussetzungen
 - Umsetzung des zu fördernden Vorhabens hat am 01.01.2019 noch nicht begonnen
 - Bundesland und Träger finanzieren gemeinsam mindestens 50% des Vorhabens
 - Das Land davon mindestens die Hälfte aus Landesmitteln
 - Das Land verpflichtet sich, die Mittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser insgesamt nicht abzusenken
 - Die Investitionsförderung des Landes wird um die vom Land für Strukturfondsprojekte aufgewendeten Mittel erhöht
- Antragssteller ist das jeweilige Bundesland gegenüber dem Bundesversicherungsamt
- 5% der Mittel des Strukturfonds stehen für länderübergreifende Projekte zur Verfügung

Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung



Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung



Personaluntergrenzen

- Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (Juli 2017)

- Neuer §137i SGB V:

*„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung **pflegesensitive Bereiche** im Krankenhaus fest, für die sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung spätestens bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche **Pflegepersonaluntergrenzen** mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren*

[...]

(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 4 und 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.“

Personaluntergrenzen

Verhältnis Pflegepersonal : Patienten in 4 pflegesensitiven Bereichen

(Anteil der maximalen Substitution durch Pflegehilfskräfte)

Intensivbereich

Tag	Nacht
2,5 : 1 (8%)	3,5 : 1 (8%)
2 : 1	3 : 1
ab 2021	

Geriatrie

Tag	Nacht
10 : 1 (20%)	20 : 1 (40%)

Unfallchirurgie

Tag	Nacht
10 : 1 (10%)	20 : 1 (15%)

Kardiologie

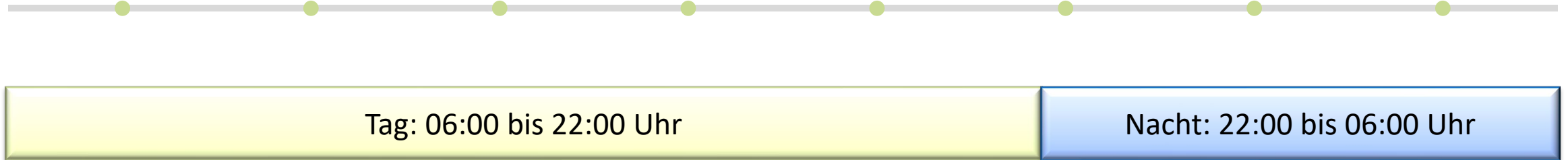
Tag	Nacht
12 : 1 (10%)	24 : 1 (15%)



Personaluntergrenzen

Pflegepersonal	
Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte
<i>„Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz“</i>	• <i>Landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer</i> • <i>Landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer</i> • <i>Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer</i>

Personaluntergrenzen



- §2 Abs. 2 PpUGV:
„Die Bestimmung der Tagschicht und der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 lässt die in den Krankenhäusern insbesondere zum Zwecke der Gewährleistung familienfreundlicher und flexibler Arbeitszeiten vorgenommenen eigenen Schichteinteilungen unberührt.“

Personaluntergrenzen



Abteilung	FAB (§301)	Fälle DRG Liste	Intensiv
Geriatrie	0200		400 Fälle SAPS (OPS 8-980, 8-98f)
Unfallchirurgie	1600		
Kardiologie	0300, 0103		
Andere Abteilung	xxxx	≥40% (ein Bereich)	
Andere Abteilung	xxxx	Nein	

Pflegesensitiver Bereich

Auslösendes Kriterium

Ohne ausgewiesene Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche,

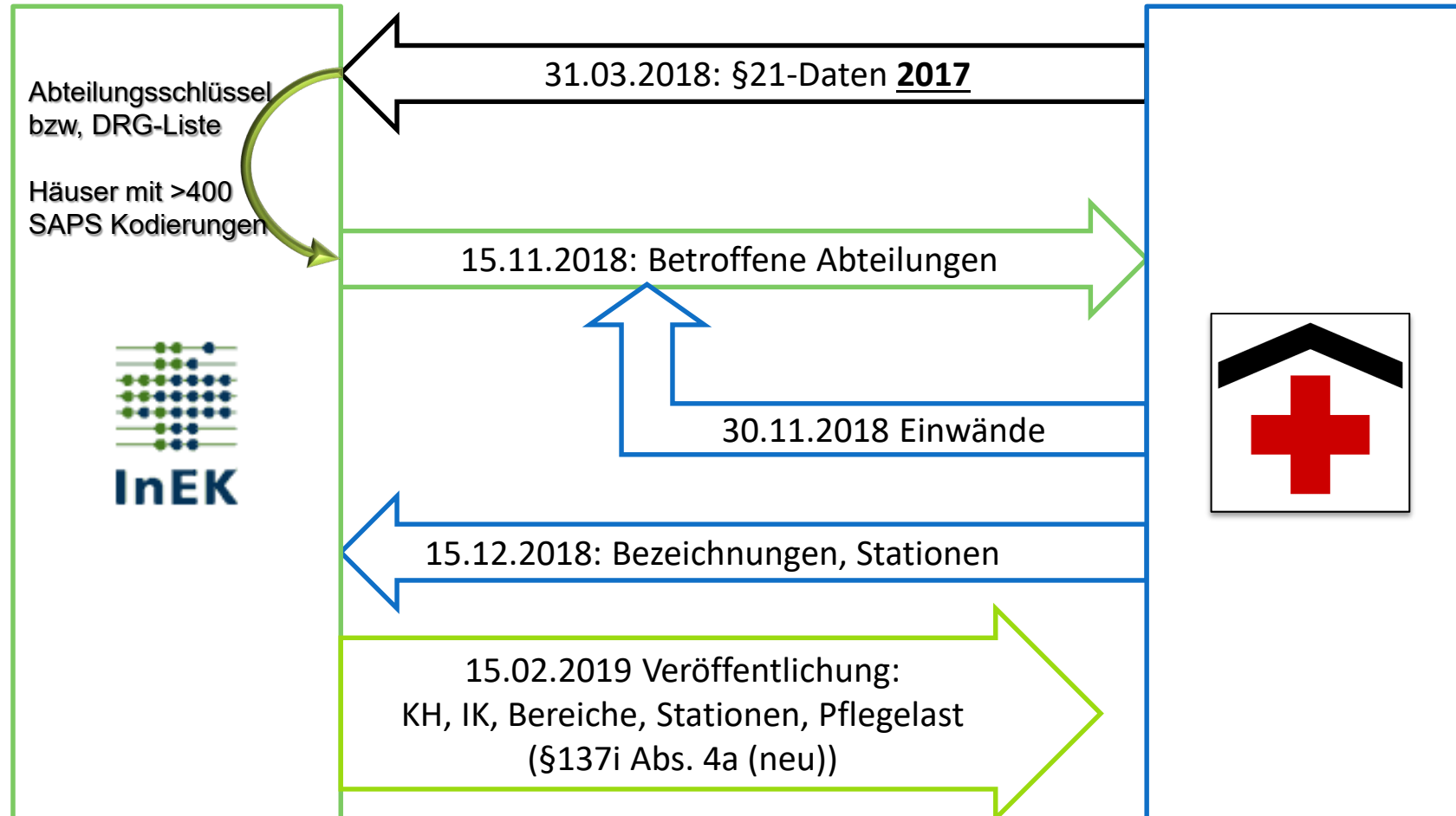
Personaluntergrenzen

-
- Datenjahr 2017
 - Pflegesensitive Bereiche:
 - Ausgewiesene Fachabteilung Geriatrie, Unfallchirurgie oder Kardiologie (Neurologie oder Herzchirurgie ohne Festlegung der Untergrenzen) oder entsprechende Schwerpunktbezeichnung
 - *oder*
 - Abteilung mit mindestens 40% Fällen aus einer der bereichsbezogenen Indikator-DRG-Listen im Anhang der Verordnung
 - Intensivbereich
 - Die als intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellten Betten einer Station
 - *und*
 - mindestens 400 Fälle/Krankenhaus mit OPS 9-980 (SAPS) oder 9-98f (Super-SAPS)

Personaluntergrenzen

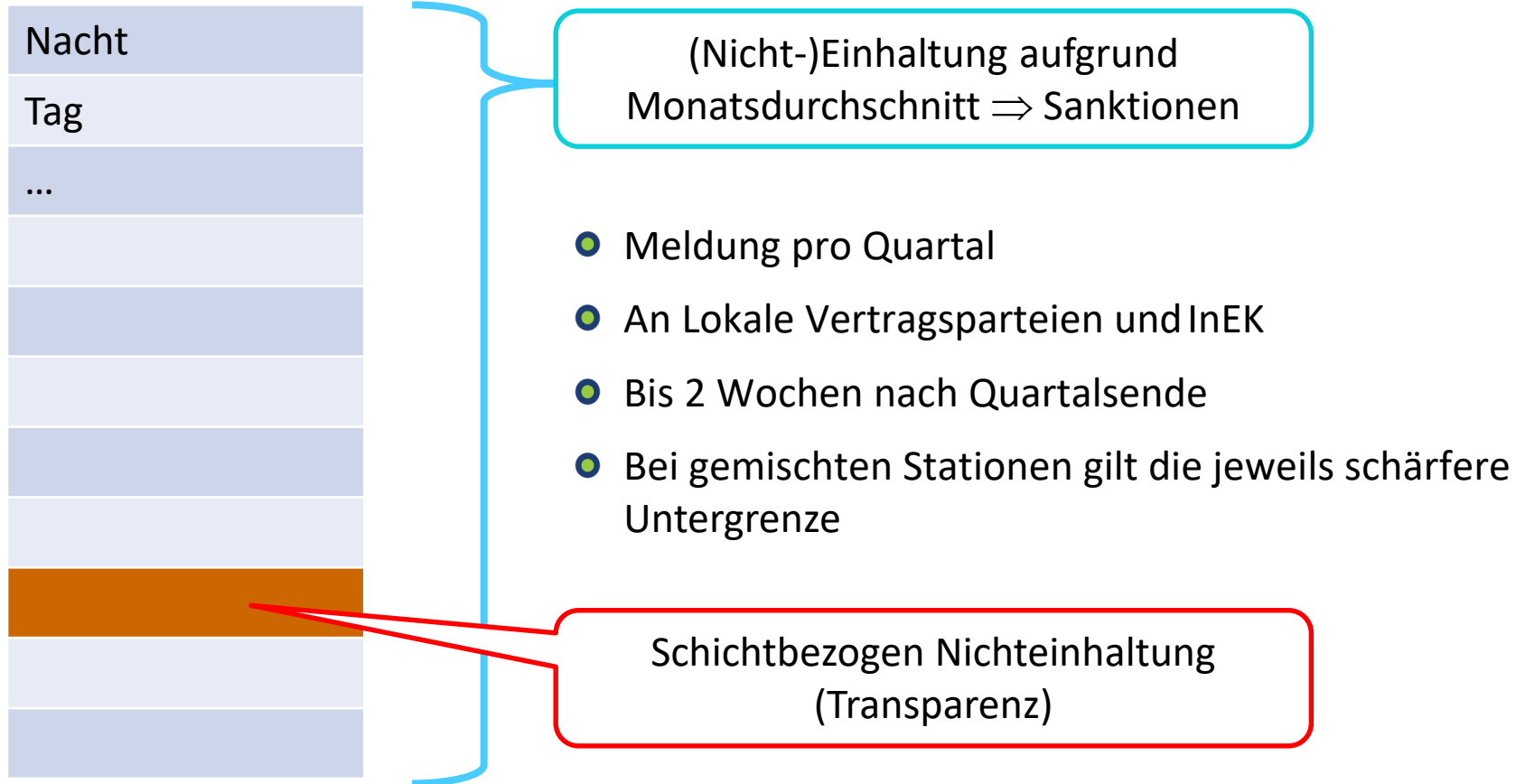


Personaluntergrenzen



ID	Name	Ort	Standard	Physiotherapeut Bereich gem. § 17a Psycho	Fäh. Schuljahr	Packungszuf.	Station	Strukturelle Veränderung (§ 1 Abs. 4 PsychoG)	Gefährdet der Psyche des Bewohn.
001100023	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Interdisziplinär	02/00	Interne Medizin	Interne Intensivstation (22 Betten)		Interne Medizin
001100024	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Interdisziplinär	02/00	alle spezialisierte Fachabteilungen und neurologische Fachabteilung	Operative Intensivstation (18 Betten)		Interne Medizin
001100025	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Neurologie	02/00	Interne Medizin	A2 - Station Interne Medizin		Neurologie
001100026	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Neurologie	02/00	Interne Medizin	A3 - Station Interne Medizin		Neurologie
001100027	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Neurologie	02/00	Interne Medizin	A4 - Station Neurologie und interne Medizin		Neurologie
001100028	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Interne Medizin	02/00	Interne Medizin	C3	Interdisziplinäre Station Unfallchirurgie C3 mit Intensivstationen	Neurologie
001100029	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Unfallchirurgie	14/00	Unfallchirurgie	A01 - Station Unfallchirurgie, Orthopädie und Neurologie	Station A01 - Station Unfallchirurgie, Orthopädie und Neurologie wurde zu M02A	Unfallchirurgie
001100030	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Unfallchirurgie	14/00	Unfallchirurgie	C4 - Station Unfallchirurgie und Orthopädie	Station C4 - Station Unfallchirurgie und Orthopädie wurde zu M02A	Unfallchirurgie
001100031	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	1	Unfallchirurgie	14/00	Unfallchirurgie	D0 - Station Unfallchirurgie, Orthopädie und Neurologie	Station D0 wurde geschlossen und auf Station D0 verlegt	Unfallchirurgie
001100032	Fr. GdH. Diakonieambulanz an Pflanzberg	Pflanzberg	2	Unfallchirurgie	14/00	Unfallchirurgie	Peripherie - Station Unfallchirurgie und Syndaktylie	Peripherie - Station Unfallchirurgie und Syndaktylie wurde geschlossen	Unfallchirurgie
001100033	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie (Städt. Neurologie)		Neurologie
001100034	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 2		Neurologie
001100035	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 3		Neurologie
001100036	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 4		Neurologie
001100037	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 5		Neurologie
001100038	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 6		Neurologie
001100039	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 7		Neurologie
001100040	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 8		Neurologie
001100041	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 9		Neurologie
001100042	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 10		Neurologie
001100043	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 11		Neurologie
001100044	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 12		Neurologie
001100045	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 13		Neurologie
001100046	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 14		Neurologie
001100047	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 15		Neurologie
001100048	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 16		Neurologie
001100049	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 17		Neurologie
001100050	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 18		Neurologie
001100051	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 19		Neurologie
001100052	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 20		Neurologie
001100053	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 21		Neurologie
001100054	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 22		Neurologie
001100055	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 23		Neurologie
001100056	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 24		Neurologie
001100057	Diakonie Krankenhaus St. Elisabeth Hospital Pflanzberg	Pflanzberg	Neurologie	Neurologie	02/00	Neurologie	Neurologie 25		Neurologie
0011000									

Personaluntergrenzen



Personaluntergrenzen

● Details zur Meldung

- Für jede Pflegepersonaluntergrenze
- Für jede Station eines pflegesensitiven Bereiches
- An jedem Standort des Krankenhauses
- Differenziert nach Tag-/Nachtschicht
- Auf 2 Dezimalstellen gerundet
- Ab 01.01.2019
- Meldung der monatlichen Durchschnittswerte
- Anzahl der Schichten der Nichteinhaltung
- Zum 15.04., 15.07., 15.10. und 15.01. eines jeden Jahres für das jeweils vorhergehende Quartal
- InEK Datenportal
- Jährlicher Nachweis des Erfüllungsgrades der Einhaltung durch den Wirtschaftsprüfer
- Erklärung zur Richtigkeit der Angaben

Personaluntergrenzen

InEK Datenportal

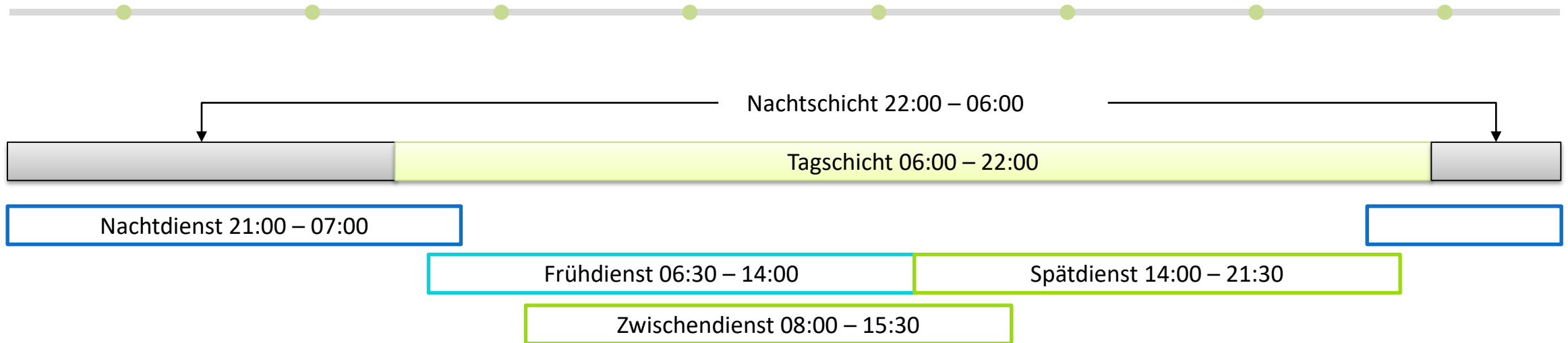
Anlagen 2 und 3: Erfassungsmaske im InEK-Datenportal nach Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung

pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV	Fachabteilungsschlüssel in §-21-Daten	Fachabteilung	Station	Standort	Monat	Schicht	Anzahl Schichten (Summe)	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegefachkräfte	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegehilfskräfte	durchschnittliche Patientenbelegung	Anzahl Schichten, in denen die PPUG im Monat nicht eingehalten wurde	rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft	Anzahl Pflegehilfskräfte anrechenbar für PPUG

Anlage 4: Nachweis zum jährlichen Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenze zur Bestätigung durch einen Wirtschaftsprüfer, eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, einen vereidigten Buchprüfer oder eine Buchprüfungsgesellschaft

IK	260000000												
Name des Krankenhauses	Musterkrankenhaus												
Ort	Musterstadt												
Datei erstellt am	xx.xx.20xx												
Signatur	MusterSignatur												
Nachweis für	Jahr												
pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV	Fachabteilungsschlüssel in §-21-Daten	Fachabteilung	Station	Standort	Monat	Schicht	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegefachkräfte	durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegehilfskräfte	durchschnittliche Patientenbelegung	rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft	Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs. 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung	Erläuterung des Ausnahmetatbestandes	

Personaluntergrenzen

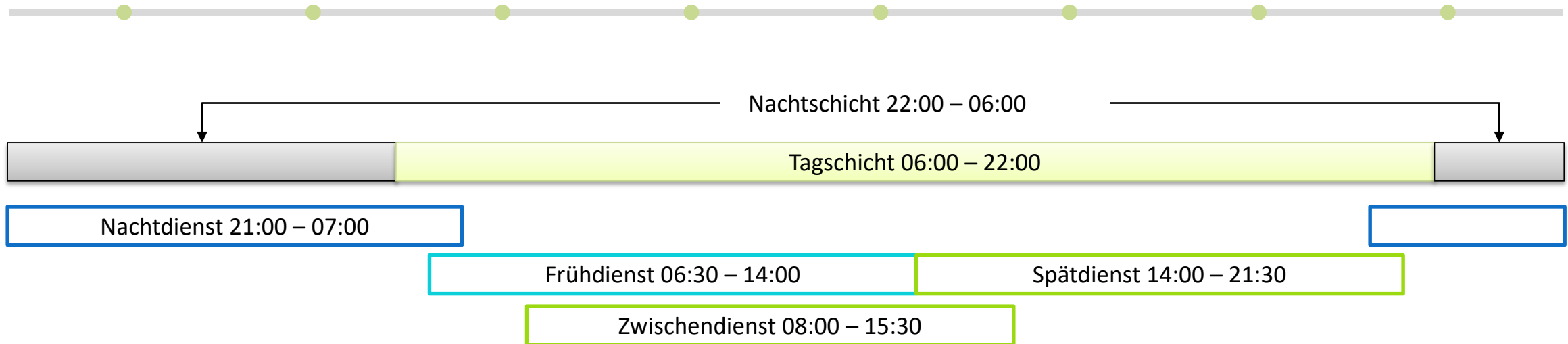


Bedarf: Anzahl Patienten
(Mitternachtsstatistik 0:00 Uhr) $\times$ Verhältniszahl = Mindestbesetzung
(davon mind. 100% - KPH% Fachkräfte)

Erfüllung: Summe Arbeitszeit
(innerhalb Schichtzeit, anteilig Schichtübergreifend) $:$ Schichtzeit = Personalbesetzung

(Schichtdurchschnitt)

Personaluntergrenzen

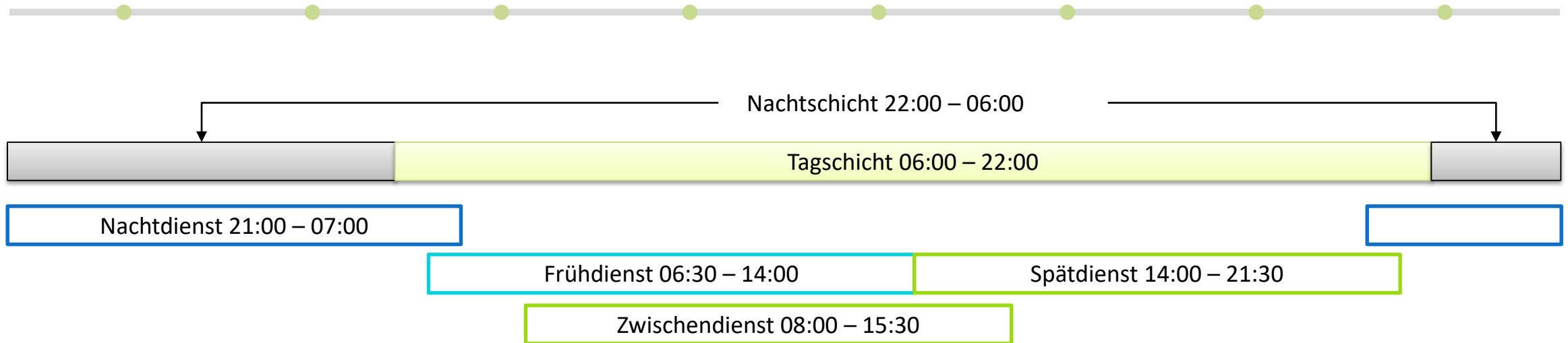


Bedarf: $\frac{22}{\text{(Mitternachtsstatistik 0:00 Uhr)}} \times 1:10 = 2,2$
(davon 1,98 Fachkräfte)

Erfüllung: $\frac{\begin{matrix} \text{KPF: } 2\text{h (ND)} + 4 \times 7,5\text{h} = 32 \\ \text{KPH: } 2 \times 7,5\text{h} = 16 \end{matrix}}{16} = \begin{matrix} 2,0 \text{ KPF} \\ 1,0 \text{ KPH} \end{matrix}$

(Schichtdurchschnitt)

Personaluntergrenzen



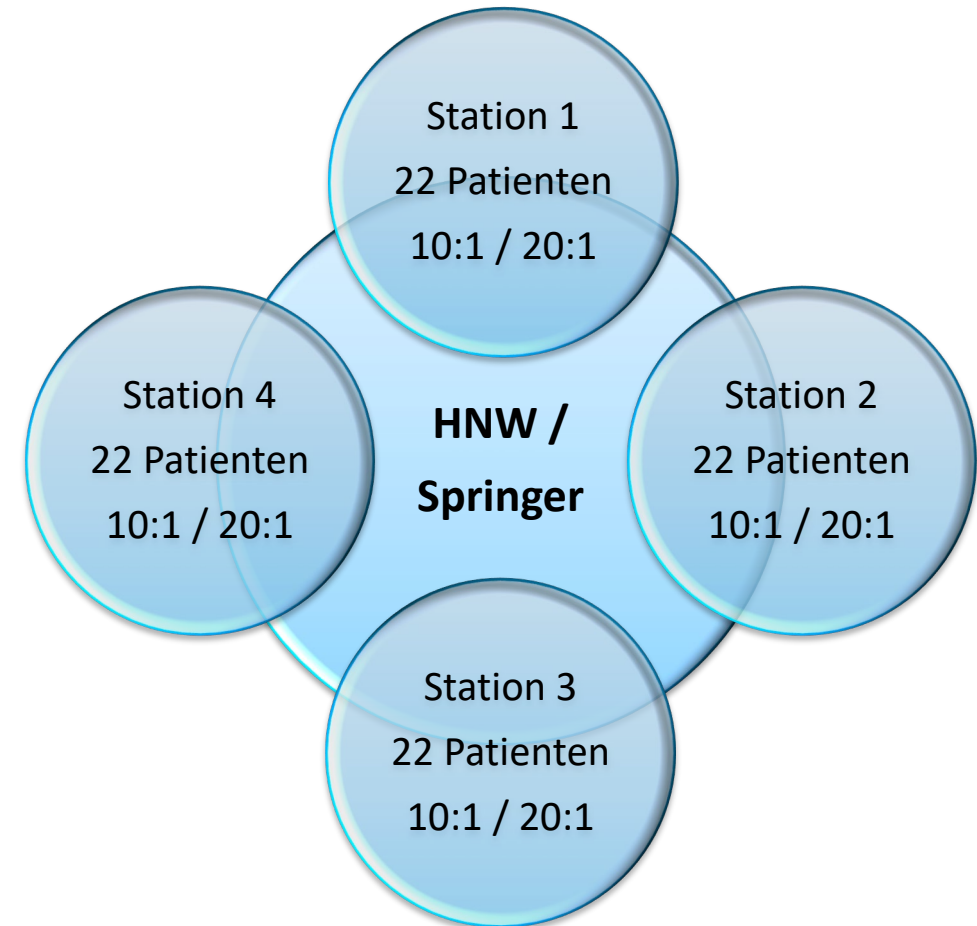
Bedarf: $\frac{22}{\text{(Mitternachtsstatistik 0:00 Uhr)}} \times 1:10 = \frac{2,2}{\text{(davon 1,98 Fachkräfte)}}$

Erfüllung: $\frac{\begin{array}{l} \text{KPF: } 2\text{h (ND)} + 3 \times 7,5\text{h} = 22,5 \\ \text{KPH: } 3 \times 7,5\text{h} = 22,5 \end{array}}{16} = \frac{1,4 \text{ KPF}}{1,4 \text{ KPH}}$

(Schichtdurchschnitt)

Personaluntergrenzen

- Anteilige Anrechnung einer Hauptnachtschicht oder Springerdienst möglich?
 - Z. B. durch anteilige Anrechnung der Arbeitszeit auf die Dienstpläne der Stationen

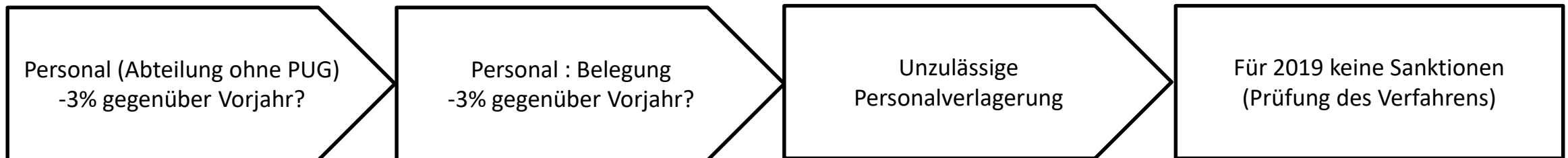


Personaluntergrenzen

● Personalverlagerungen

● Definition

- Es wird von Personalverlagerungen ausgegangen, wenn sich die Anzahl der Pflegekräfte (in Vollkräften) gemäß § 2 Abs. 1 PpUGV im Jahresdurchschnitt in den anderen Krankenhausbereichen im Vergleich zum Vorjahr um mehr als drei Prozent reduziert hat.
- Für den Fall, dass nach diesem Verfahren Personalverlagerungen festgestellt werden, ist in einem nächsten Schritt die Veränderung des Verhältnisses von Pflegekräften (in Vollkräften) zu Belegungstagen in den anderen Krankenhausbereichen zu betrachten.
- Es liegt eine unzulässige Personalverlagerung vor, wenn sich das Verhältnis nach Satz 2 um mehr als drei Prozent reduziert hat.



Personaluntergrenzen

- Halten Krankenhäuser die Untergrenzen nicht ein, haben die [lokalen] Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Sanktionen zu vereinbaren in Form von
 - Vergütungsabschlägen
 - angemessenes Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen
 - oder Verringerung der Fallzahl
 - mindestens in dem Umfang, der erforderlich ist, um die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenze auszugleichen
- Die Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat.
- In begründeten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien vereinbaren, dass bereits vereinbarte Sanktionen vorübergehend ausgesetzt werden

Personaluntergrenzen

Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten (geeignet)

- Fehlende Meldung der Bezeichnungen und Stationen an das InEK (bis 15.12.2018)
 - Nachfrist bis 15.01.2019
 - Danach pauschal **10.000 €** (pro Haus (IK)?)
 - Mitteilungspflicht bleibt bestehen!
- Fehlende Quartalsmeldungen (bis 14 Tage nach Quartalsende)
 - Nachfrist von 14 Tagen
 - Danach jeweils 20.000 (pro Haus (IK)?)
- Nichtübermittlung der Jahresmeldung mit Bestätigung des Wirtschaftsprüfers bis zum 30.06. des Folgejahres
 - Nachfrist von vier Wochen
 - Unterstellung der Nichterfüllung der Personaluntergrenzen
 - Für 2019: Annahme der Unterschreitung um 20%
 - Für 2020: Annahme der Unterschreitung um 33%
 - Für 2021: Annahme der Unterschreitung um 50%
 - Für 2021: Annahme der Unterschreitung um 66%

Personaluntergrenzen

Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten (geeignet)

- Ausmaß der Nichteinhaltung (§ 2 Abs. 4)
 - „Differenz aus dem Verhältnis der Pflegepersonalausstattung zur Patientenbelegung bei Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenze und dem gemeldeten Verhältnis der durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung“
 - Beispiel:
 - Notwendig: 1:10, gemeldet 0,9:10: Differenz (Nichteinhaltung): 0,1:10
 - Multipliziert mit der Belegung ergibt sich das fehlende Personal in VK
- Berechnung des Abschlags (§ 3 Abs. 2)
 - $$\text{Abschlag} = [\text{Ausmaß der Nichteinhaltung}] \times [\emptyset \text{ Belegung}] \times [\emptyset \text{ Personalkosten}^1] \times [\text{Faktor} = 1,35]$$



„eingesparte“ Personalkosten



Kompromiss aus:
GKV: Faktor 4,0
DKG: Faktor 0,5

¹ Durchschnittliche Personalkosten nach DESTATIS x Vollkräftefaktor (2,6 (Tag) / 1,3 (Nacht))

Personaluntergrenzen

-
- (1) **Bis zum 31. März 2019** werden Vergütungsabschläge gemäß § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **nicht erhoben**
- (2) Die Pflegepersonaluntergrenzen sind in den folgenden Fällen nicht einzuhalten:
1. bei **kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen**, die in ihrem Ausmaß **über das übliche Maß hinausgehen** oder
 2. bei **starken Erhöhungen der Patientenzahlen**, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen
- Das Krankenhaus ist verpflichtet**, den jeweiligen [lokalen] Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes **das Vorliegen der Voraussetzungen** eines Ausnahmetatbestandes nach Satz 1 **nachzuweisen**.

Personaluntergrenzen

- Keine wesentlichen Konkretisierungen der Ausnahmetatbestände zu erwarten
 - Von DKG zur Diskussion gestellt (Sicht der GKV):
 - Schließung einer Abteilung in einem Nachbarkrankenhaus (✓)
 - Versorgung von lebensbedrohlichen Notfällen bei fehlender Behandlungskapazität (Prüfauftrag)
 - Regionale Arbeitsmarktsituation (–)
 - Pflegeentlastende Maßnahmen (–)
 - Ungeklärt
 - Unterschwellige Pan-/Epidemien („Grippewelle“)
 - Lokale Ausnahmesituationen unterhalb einer „Katastrophenlage“ (z. B. Glatteis/Eisregen)
 - ...

Personaluntergrenzen

- InEK ermittelt für die jeweiligen pflegesensitiven Bereiche krankenhauses- und standortbezogen die Pflegelast nach dem Pflegelastkatalog V. 0.99
- Das InEK wird zur Weiterentwicklung des Pflegelastkataloges beauftragt „zum Zweck der künftigen Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen“

Personaluntergrenzen

- Vereinbarungen der Selbstverwaltung
 - Weiterentwicklung der bisherigen Bereiche und Untergrenzen
 - Bis 30.06.2019 Untergrenzen für Neurologie und Herzchirurgie für 2020
 - Jährlich jeweils bis zum 1. Januar neue pflegesensitive Bereiche und jeweils bis 30. Juni dazu entsprechende Untergrenzen
 - Vergütungsabschläge für Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten
- Dabei sind zukünftig Schweregradgruppen anhand des Pflegeaufwandes (Risikoadjustierung anhand des Pflegelastkataloges) zu berücksichtigen
- Ersatzvornahmemöglichkeit des BMG im Falle der Nichteinigung
- Beauftragung des InEK
 - Definition und Erhebung und Aufbereitung von Daten, die für Ermittlung von Personaluntergrenzen erforderlich sind (ggf. Stichprobe)
- Klagen gegen Personaluntergrenzen haben keine aufschiebende Wirkung

Personalbemessungsinstrument als Alternative

BibliomedManager
DAS PORTAL FÜR ENTSCHEIDER IM KRANKENHAUS powered by fhw

Pflege

DKG, Verdi und Pflegerat zelebrieren Schulterschluss

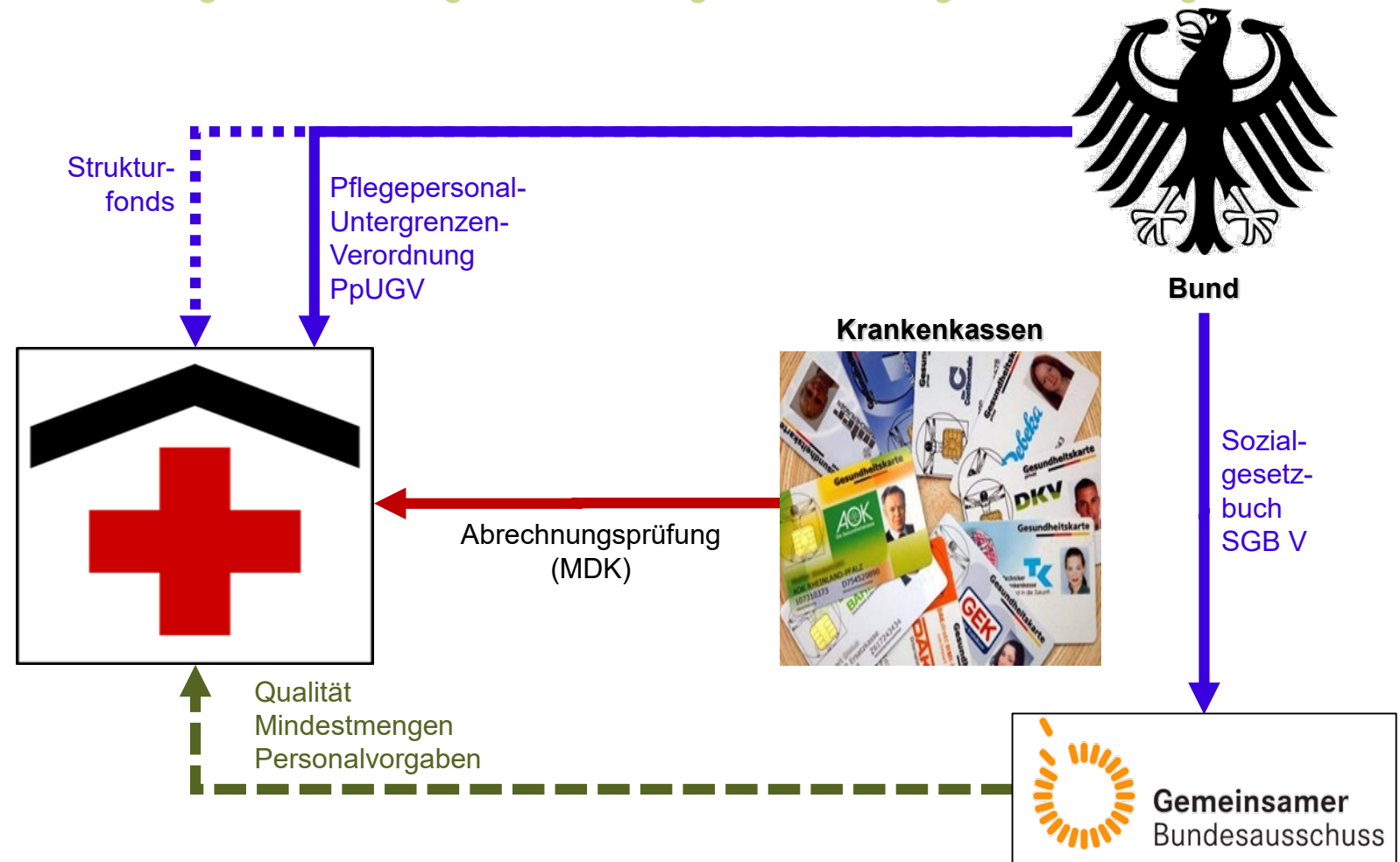
News des Tages / DKG, Verdi und Pflegerat zelebrieren Schulterschluss / 13.08.2019

DKG, Pflegerat und Verdi haben bekräftigt, dass sie gemeinsam ein Pflegepersonalbemessungsinstrument entwickeln. Derzeit arbeitet eine Expertengruppe um Patrick Jahn (Pflegeforscher der Uniklinik Halle) ein Konzept aus. Das Instrument basiert auf der Pflege-Personalregelung (PPR), die 1993 in Kraft trat und drei Jahre später wieder außer Kraft gesetzt wurde. Die Expertengruppe sei dabei, die PPR zu modifizieren, erklärte Andrea Lemke, Präsidiumsmitglied des DPR.

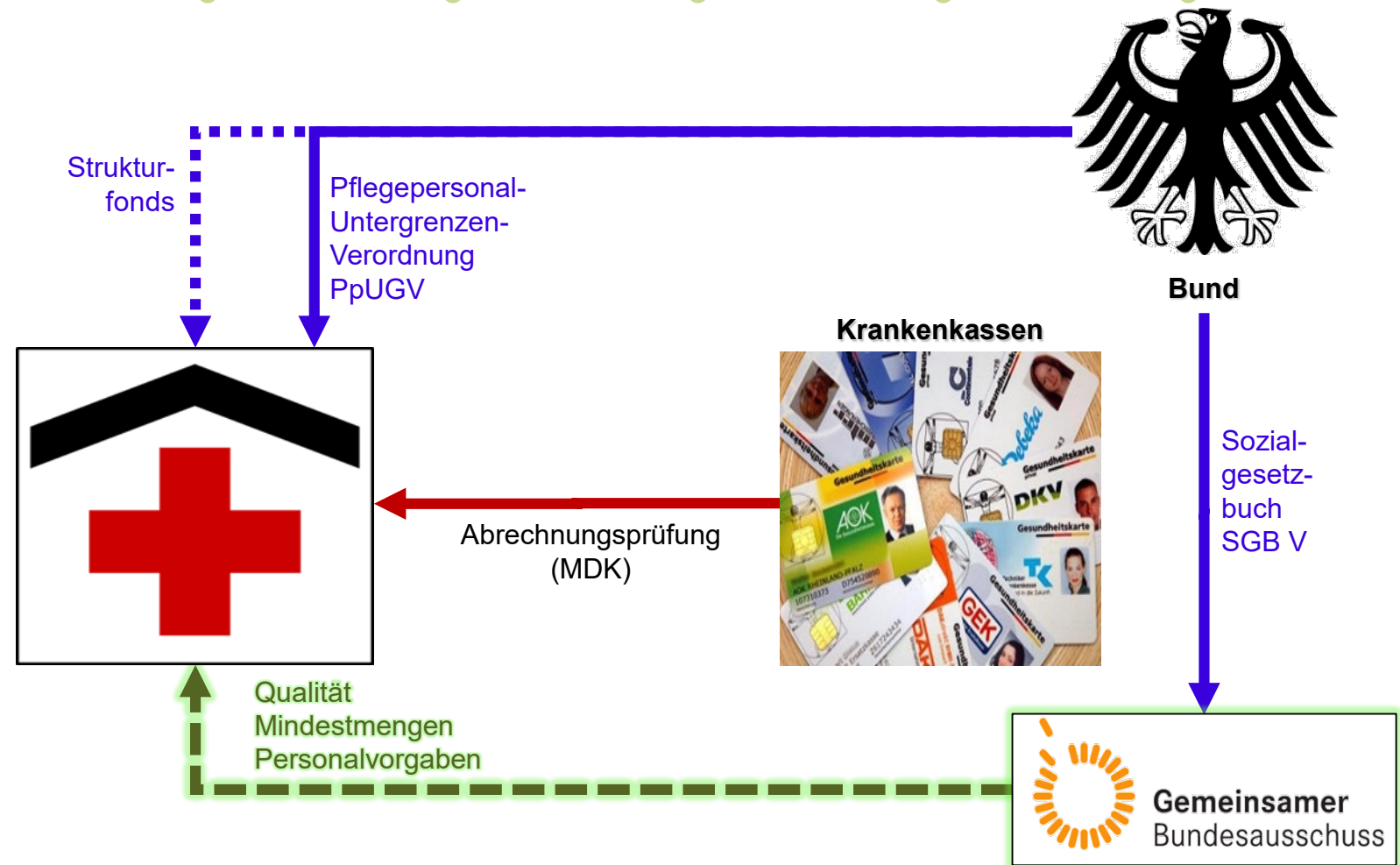
Bemerkenswert ist an diesem Projekt zum jetzigen Zeitpunkt in erster Linie, dass es eine Gemeinschaftssache von DPR, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Gewerkschaft Verdi ist. Einen ähnlichen Schulterschluss hatte es zuletzt 2008 gegeben, als in einem beispiellosen Protestzug 130.000 Klinikmitarbeiter zur Rettung der Kliniken ans Brandenburger Tor gezogen waren. Insofern war die Pressekonferenz mit DKG-Präsident Gerald Gaß, Andrea Lemke und Sylvia Bühler (Verdi-Bundesvorstand) historisch. Inhaltlich lieferte sie jedoch wenig Neues. Erste Eckpunkte hatte der DPR bereits im März vorgestellt. Das, was er nun veröffentlichte, war nicht wirklich mehr.

Ende 2019 wollen die drei Partner demnach einen konkreten Vorschlag vorstellen. "Die Beteiligten sind sich einig, dass das Personalbemessungsinstrument künftig die Grundlage für die Verhandlung der Pflegebudgets ist", erklärte Gaß. Für die DKG ist klar: Das Instrument soll die ungeliebten Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) ersetzen, die seit Jahresbeginn scharf geschaltet sind. Das neue Instrument soll außerdem digital anwendbar sein, bemerkte Gaß, schließlich hadern viele Kliniken mit dem hohen Aufwand und fehlender Software für die Dokumentation der Untergrenzen.

Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung



Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung

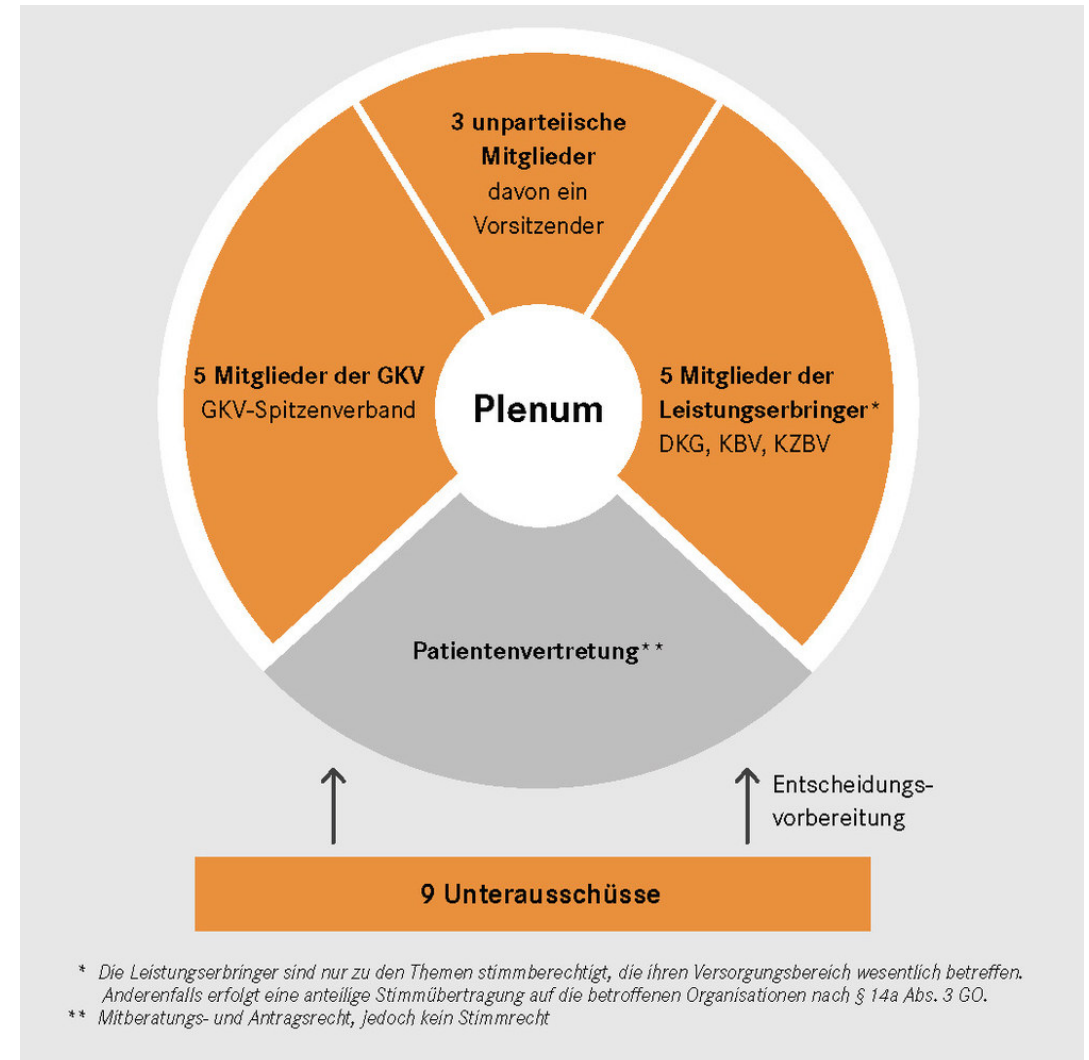


Gemeinsamer Bundesausschuss

Organisation Gemeinsamer Bundesausschuss

- 1 unparteiischer Vorsitzender
- 2 weitere unparteiische Mitglieder
- 5 Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- 5 Vertreter der Leistungserbringer
 - 2 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
 - 1 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
 - 2 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Stimmberechtigung nur für betroffene Verbände mit Stimmübertragung (⇒ Krankenhausthemen: DKG 5 Stimmen)
- Patientenvertreterinnen und -vertreter besitzen ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht.



Gemeinsamer Bundesausschuss

Krankenhausbezogene Aufgaben des GBA

- Qualitätssicherungsverfahren
- Mindestmengenregelung
- Notfallstrukturen im Krankenhaus
- Vorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für bestimmte Leistungen
- Qualitätsberichte
- Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung
- Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
- Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)
- Festlegung der Kriterien und Aufgaben von Zentren

Gemeinsamer Bundesausschuss

Qualitätssicherungsverfahren

- Datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (Auswertung der Abrechnungsdaten)
 - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
 - Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
 - Cholezystektomie

Gemeinsamer Bundesausschuss

Qualitätssicherungsverfahren

● Externe Qualitätssicherung (Erfassung über spezifische Angaben der Krankenhäuser)

- Ambulant erworbene Pneumonie
- Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
- Herzschrittmacherversorgung
- Hüftendoprothesenversorgung
- Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- Implantierbare Defibrillatoren
- Karotis-Revaskularisation
- Knieendoprothesenversorgung
- Mammachirurgie
- Perinatalmedizin
- Pflege: Dekubitusprophylaxe
- Aortenklappenchirurgie, isoliert
- Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme
- Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
- Koronarchirurgie, isoliert
- Leberlebendspende
- Lebertransplantation
- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
- Nierenlebendspende
- Nierentransplantation
- Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Gemeinsamer Bundesausschuss

Mindestmengenregelung

- Leistungen, die erst ab einer bestimmten Leistungsmenge je Standort pro Jahr erbracht werden dürfen

Leistungsbereich	Mindestmenge
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	10
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50
koronarchirurgische Eingriffe	derzeit ohne Festlegung
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250g	14

Gemeinsamer Bundesausschuss

Notfallstrukturen am Krankenhaus

● Gestuftes System der Notfallversorgung

● Stufen (§ 3 Abs. 1)

- Stufe 1 – Basisnotfallversorgung
- Stufe 2 – Erweiterte Notfallversorgung
- Stufe 3 – Umfassende Notfallversorgung

● Spezielle Notfallversorgung (§ 4)

- Z. B. Spezialisierte Einrichtungen und Fachkliniken

● Keine Teilnahme an der Notfallversorgung („im entgeltrechtlichen Sinne“) (§ 3 Abs. 2)

- Krankenhäuser, die weder die Kriterien für eine der Stufen noch der Definition der speziellen Notfallversorgung entsprechen
- Allgemeine Pflicht zur Hilfeleistung bleibt unberührt

● Zu- bzw. Abschläge je Stufe

- | | |
|---|--------------------------|
| ● Keine Teilnahme an der Notfallversorgung: | - 60 € Abschlag pro Fall |
| ● Stufe 1 – Basisnotfallversorgung | 153.000 € pro Jahr |
| ● Stufe 2 – Erweiterte Notfallversorgung | 459.000 € pro Jahr |
| ● Stufe 3 – Umfassende Notfallversorgung | 688.500 € pro Jahr |

Gemeinsamer Bundesausschuss

Notfallstrukturen am Krankenhaus

● Gestuftes System der Notfallversorgung mit Zu- bzw. Abschläge je Stufe

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Fachabteilungen	Innere Medizin		
	Chirurgie oder Unfallchirurgie		
		Zusätzlich 4 (2 aus A) Abteilungen	Zusätzlich 7 (5 aus A) Abteilungen
Personal	Arzt und Pflegekraft,		
	Eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet, für Notaufnahme jederzeit verfügbar		
	Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. Zusatzqualifikation „Notfallpflege „sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind“		
Intensivbetten (Beatmungsplätze)	5 (3)	10 (10)	20 (20)
		Aufnahmebereitschaft in < 60 min	
Medizinisch-technische Ausstattung (24/7)	Schockraum		
	CT		
	Möglichkeit der Weiterverlegung	Hubschrauberlandeplatz	
		Notfallgastroskopie	
		PCI	
		MRT	
Strukturen und Prozesse	ZNA, Aufnahme von Notfallpatienten überwiegend in der ZNA		
	Behandlungspriorisierung (< 10 min nach Eintreffen)		
	Dokumentation (bis Entlassung/Verlegung)		
		Aufnahmestation 6 Betten	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für bestimmte Leistungen

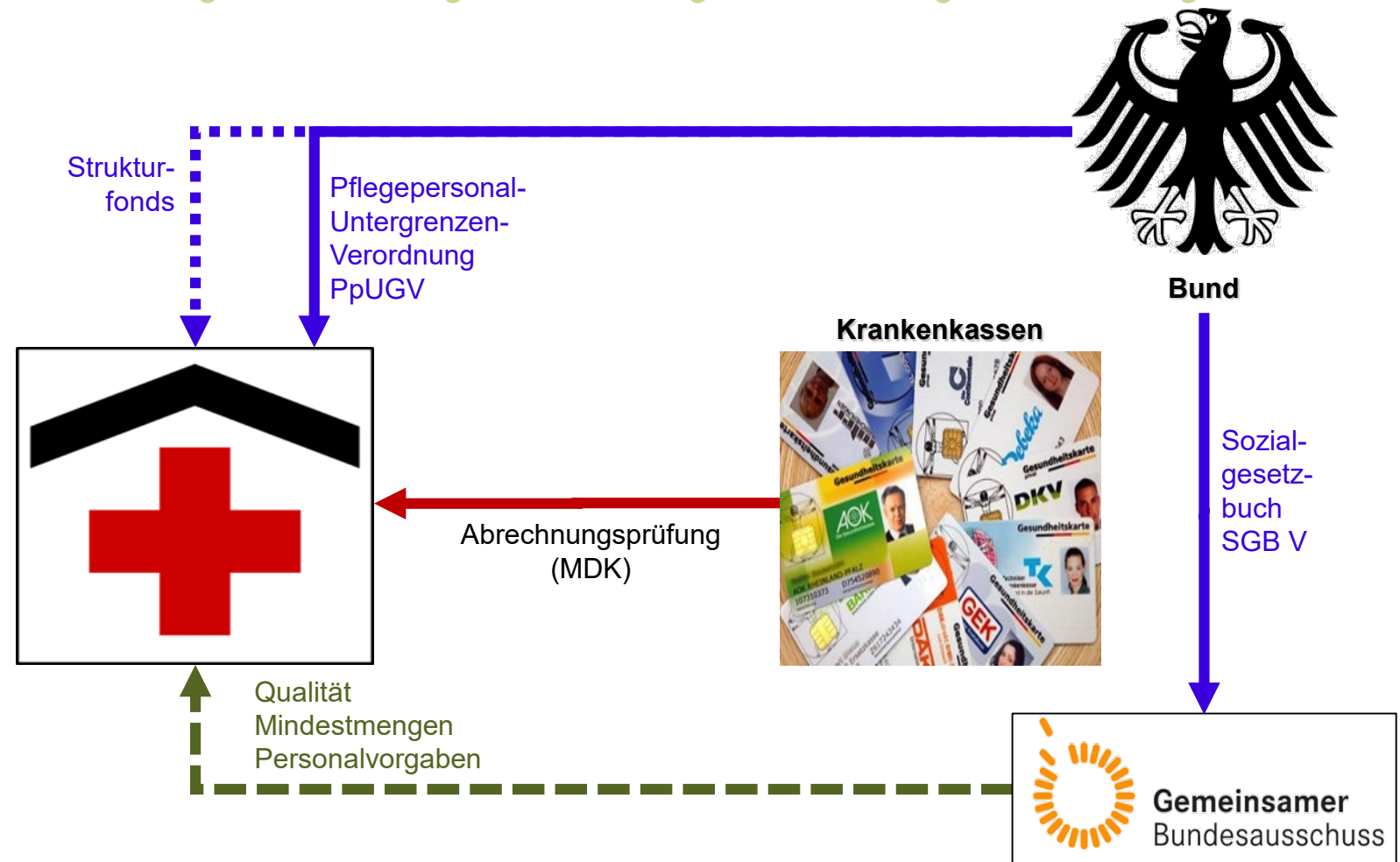
- Behandlung des Bauchaortenaneurysmas
- Kinderherzchirurgie
- minimalinvasive Herzklappeninterventionen
- Positronenemissionstomographie zur Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms
- Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten

Gemeinsamer Bundesausschuss

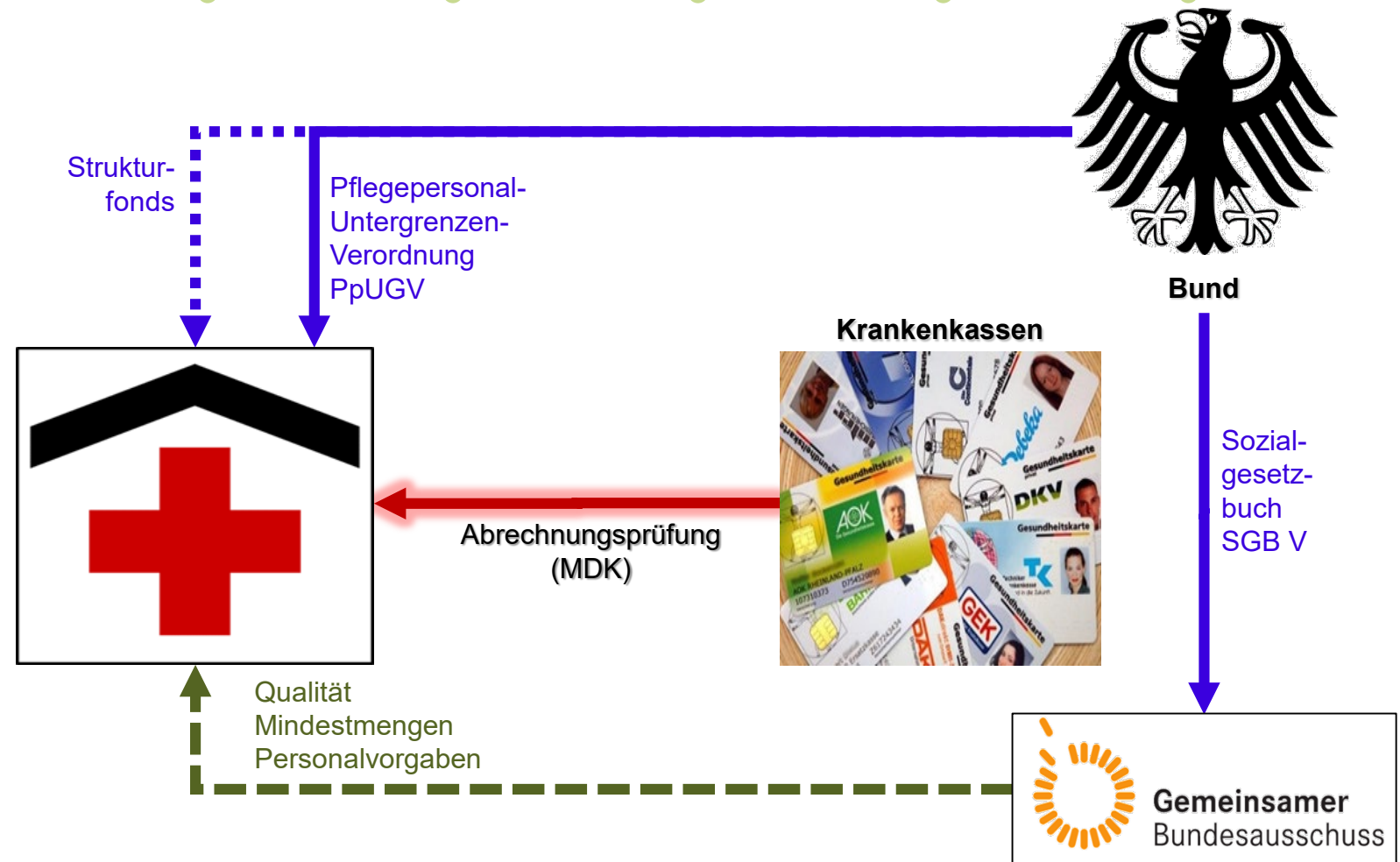
Festlegung der Kriterien und Aufgaben von Zentren

- Bisher Aufgabe der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung
- Nur von einem Teil der Länder bisher umgesetzt
- Definition von Kriterien und besonderen Leistungen, die über die flächendeckende medizinische Versorgung hinausgehen und durch das DRG-System nicht (ausreichend) finanziert sind
- Leistungen können z.B. sein:
 - Fallkonferenzen
 - Koordinationsaufgaben
 - Besondere Dokumentationsaufgaben wie führen eines Registers
 - ...
- Zentren erhalten einen Zuschlag für diese besonderen Leistungen

Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung



Sonstige Einflüsse auf die Krankenhausfinanzierung

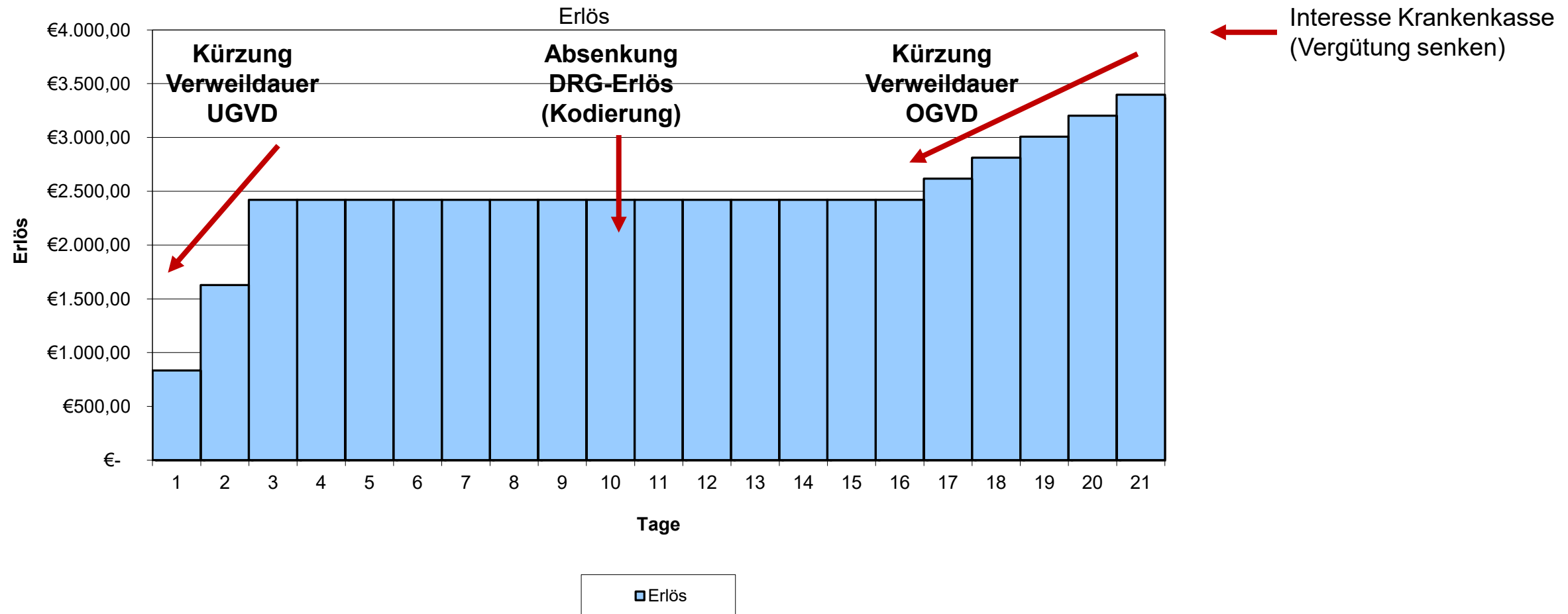


Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 275 Begutachtung und Beratung

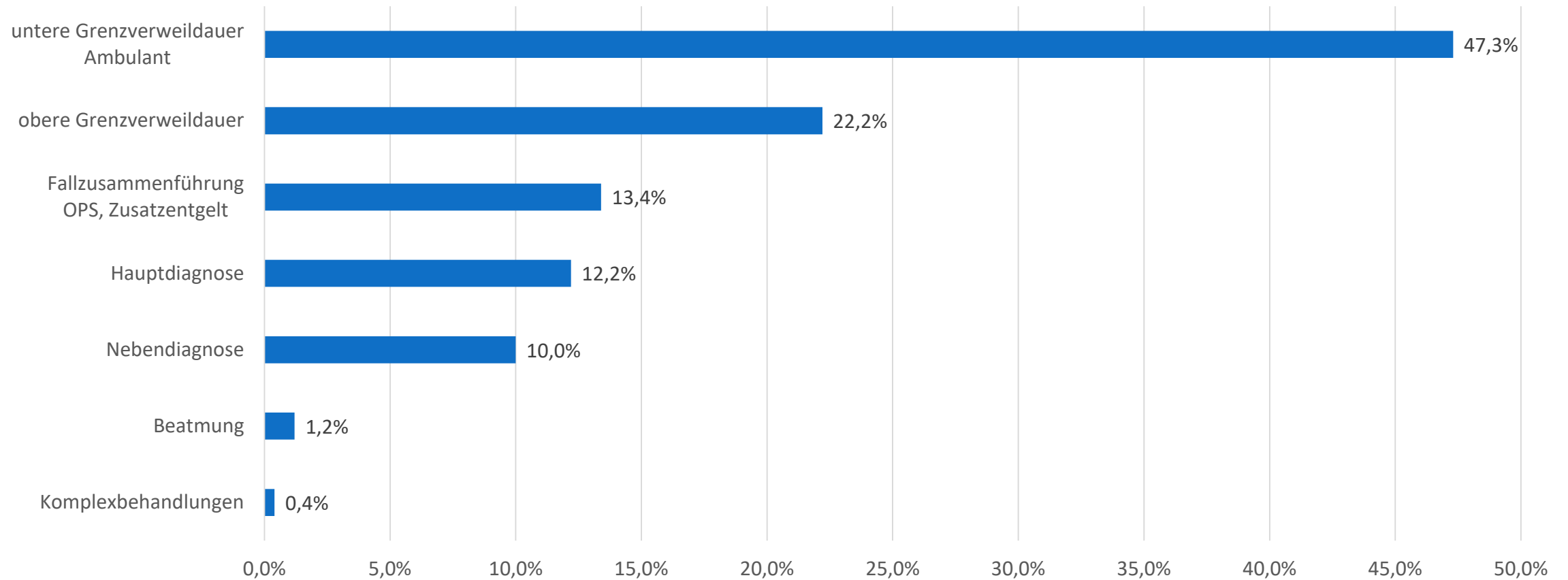
- 1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,
 1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
[...]
eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.
[...]
- 1c) Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.

DRG-Fallpauschalen

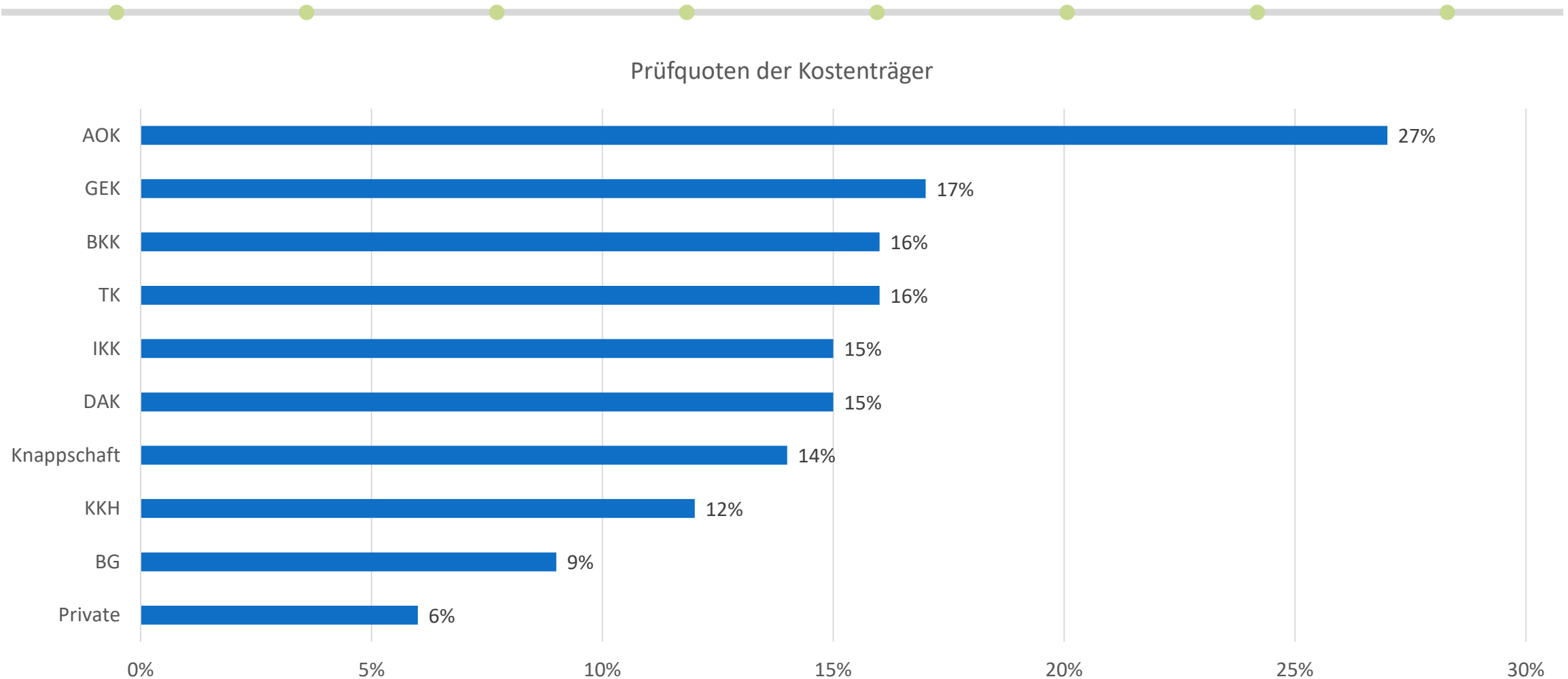


Abrechnungsprüfung – MDK

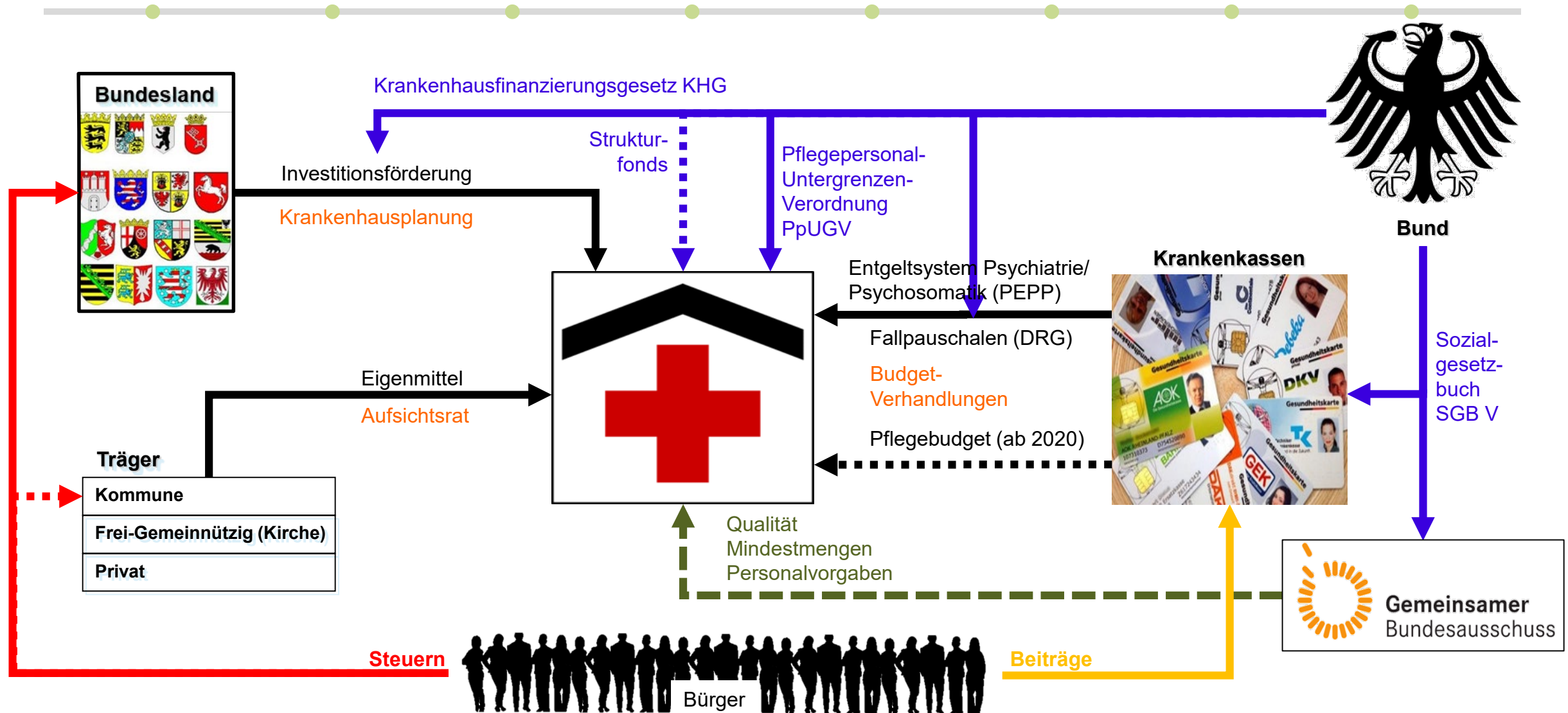
Prüfgründe



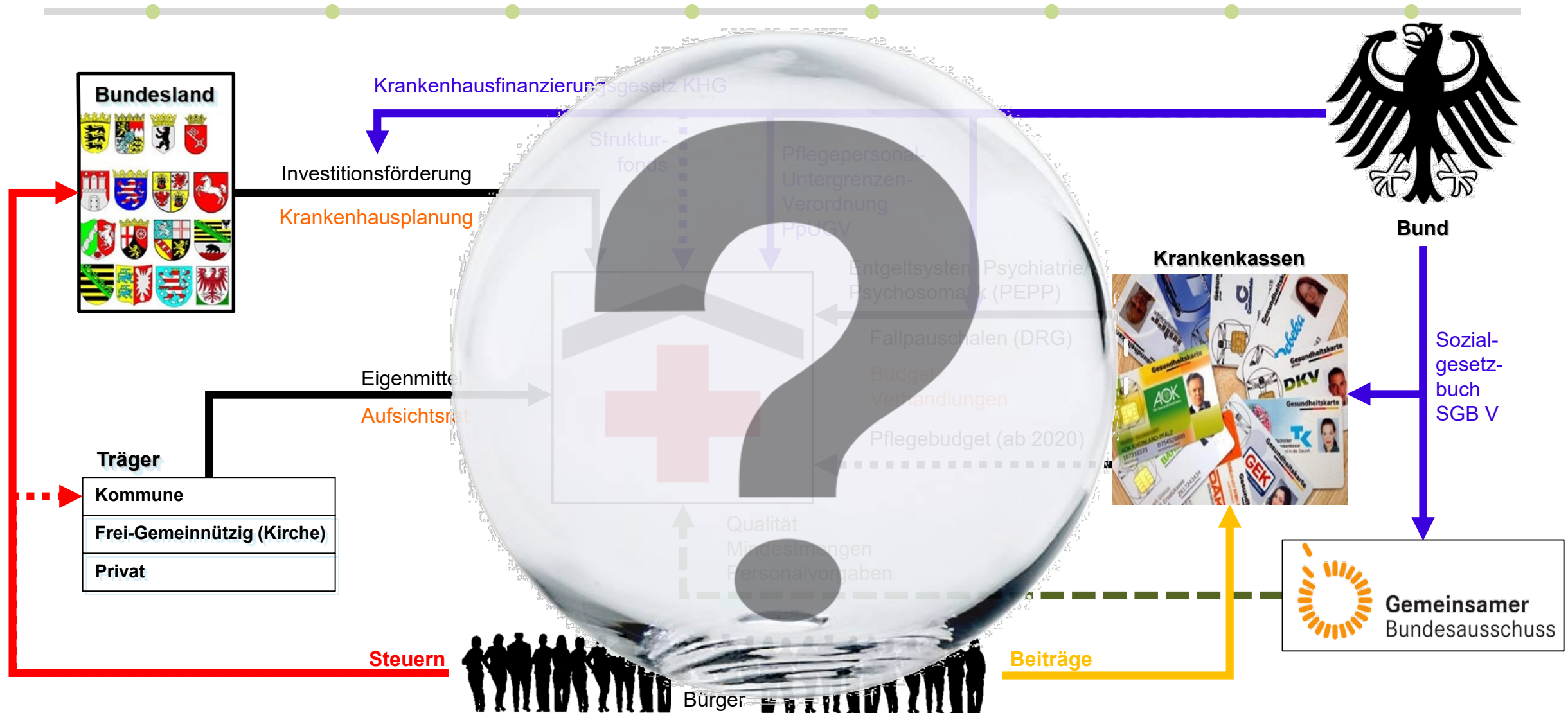
Abrechnungsprüfung – MDK



Übersicht Krankenhausfinanzierung



Ausblick



Ausblick

Aktuelle Gesetzgebung (Auszug)

- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Diskussionentwurf)
- Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz (Kabinett: 17.07.2019)
- Gesetz über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) (Kabinett: 26.06.2019)
- Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG) (Inkrafttreten ab 2021)
- Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) (Inkrafttreten 2019)
- Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) (Inkrafttreten 2020)

Ausblick



15.07.2019, STUDIE

Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich



Teilen



Drucken



PDF

In Deutschland gibt es zu viele Krankenhäuser. Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser, würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.

Quelle: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/>

Ausblick



Quelle: <https://www.aerztezeitung.de>

Ausblick – Herausforderungen

Fallzahlen	MDK	Qualität	Patienten- sicherheit	Pflegebudget
Personalkosten	Zentren		DRG-Erlöse	Fachkräfte (Mangel)
Digitalisierung	Investitions- finanzierung	Ambulante Versorgung	Notfall- versorgung	Zentralisierung

Vielen Dank

Geschäftsstelle:

Forsthausstr. 1-3 / Haus 3e | 35578 Wetzlar | 06441 / 897 43 41
gf@klinikverbund-hessen.de | klinikverbund-hessen.de

