

# Aktuelle Gesundheitspolitik – Stückwerk oder notwendige Schritte für nachhaltige Versorgung?

Jochen Metzner  
Leiter der Abteilung Gesundheit  
MSAGD Rheinland-Pfalz

# r aus den letzten Tagen und Wochen...

APPELL Medizin für Menschen

07. September 2019 12:38 Uhr

## r Ärzte-Appell: Gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern

Ärzte und Ärztinnen erleben im Krankenhaus unlösbare Konflikte. Sie sollen Patienten heilen - und mit Gewinne erzielen. Ein System, das krank macht. Im *stern* fordern sie: Rettet die Medizin!

Liste mit den unterzeichnenden Ärzten finden Sie hier

MA „MAISCHBERGER“

## te dienen dem Krankenhaus – und erst dann dem Patienten

nung NRW

nn's Gutachten ist da

es / 12.09.2019



PATIENTEN UNNÖTIG LANG BEATMET?

Vorwürfe gegen Frankenthaler Klinik  
Landesärztekammer bestürzt



In der Stadtklinik Frankenthal sollen Patienten länger als nötig beatmet sein, um mehr Geld abzurechnen. Der Präsident der Landesärztekammer Matheis kritisiert das scharf - und erwägt Sanktionen.

Bertelsmann Stiftung

## Experten fordern Schließung zahlreicher Krankenhäuser

Eine Studie empfiehlt, die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland zugunsten der Ausstattung zu reduzieren. Patientenschützer warnen vor "verheerenden Folgen".

Kirn

## Machtvolle Kundgebung fürs Krankenhaus: Mehr als 500 Menschen folgen Aufruf nach Kirn

Das war eine machtvolle Demonstration besorgter Menschen aus Kirn und dem weiten Umland für den dauerhaften Erhalt des Kirner Krankenhauses.

Armin Seibert | 22.08.2019, 18:38 Uhr | Lesezeit: 3 Minuten

Wer überblickt noch die Reformen der letzten Jahre, geschweige denn die aktuellen??

Zunächst ein Blick zurück ins KHSG:

Was war das Ziel? Das KH der Zukunft sollte

- gut (= Qualität)

- gut erreichbar (Zugang) und

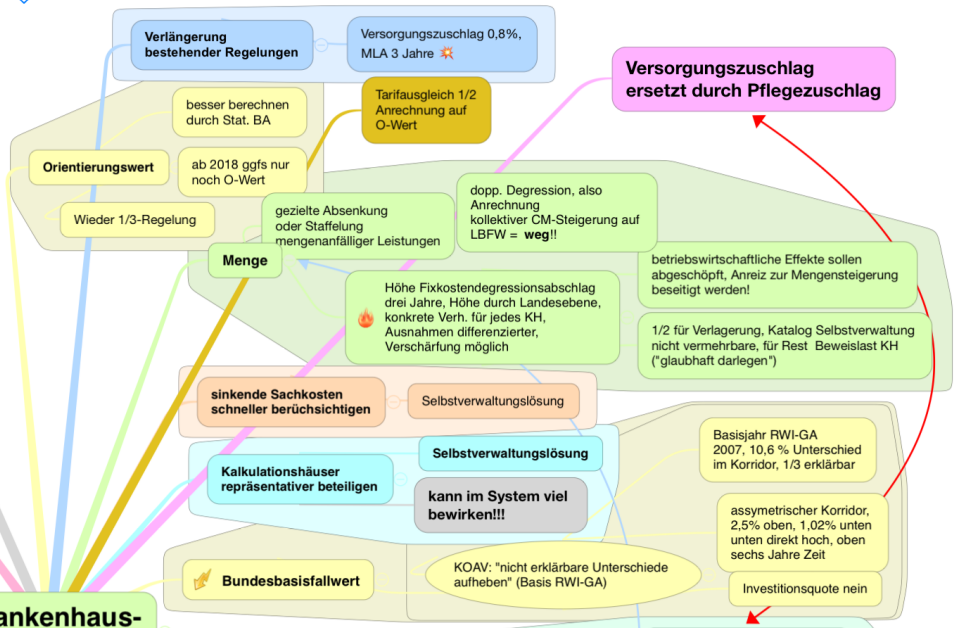
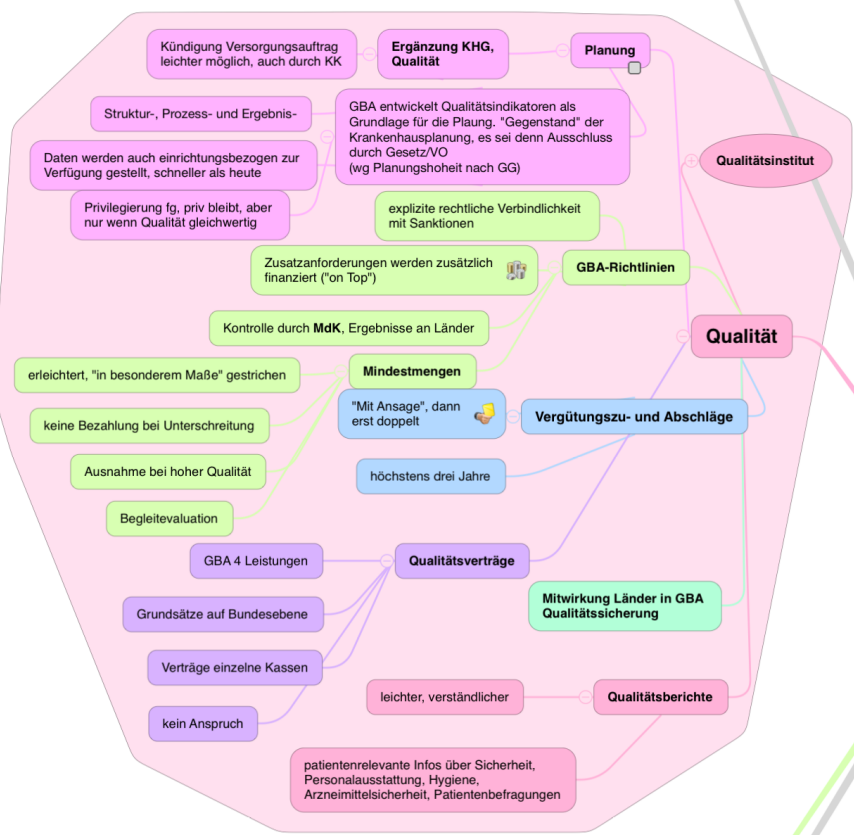
- sicher (Vertrauen)

ein.

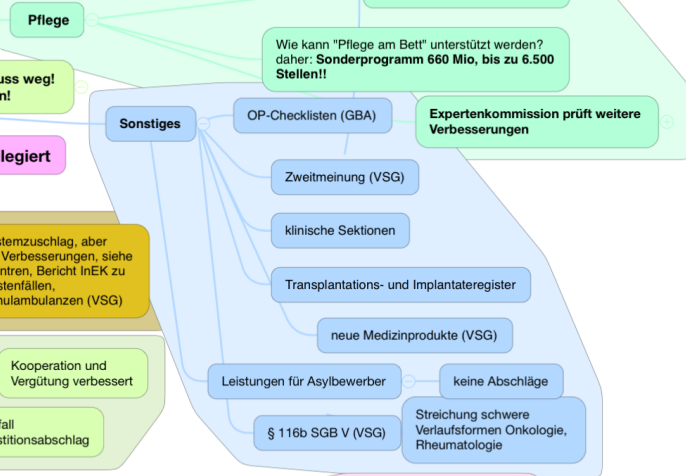
Dazu gab es ein großes Bündel an Maßnahmen (s. nächste Folie)

# Krankenhaus-Strukturgesetz

Klarstellung MdK-Prüfungen: auch rechnerisch-sachlich führt zu 300 €!



Versorgungszuschlag ersetzt durch Pflegezuschlag



§ 17c KHG Landesausschuss weg! Möglichkeit Schiedsperson!

Palliativstationen privilegiert

**Unikliniken**

- kein Systemzuschlag, aber gezielte Verbesserungen, siehe NFV, Zentren, Bericht InEK zu Hochkostenfällen, Hochschulambulanz (VSG)

**Ambulante NFV**

- Kooperation und Vergütung verbessert
- Wegfall Investitionsabschlag

**Notfallversorgung**

- Stufensystem wie Neonatologie, Abschlag und gestaffelte Zuschläge
- Einstieg in Bezahlung von Vorhaltung!!

**Sicherstellung**

- enge Notfallvoraussetzungen und zeitkritische Leistungen durch GBA bestimmt, Vergütung "on Top"
- Ergänzungen durch Länder möglich, dann Anrechnung auf LBFW
- Bezug für Betriebsstätten 3 Jahre möglich

**Zentrenzuschlag**

- eindeutige Definition erreicht
- Grundlage Planung
- Definition Selbstverwaltung mit Bundesschiedsstelle
- Zusatzaufgaben werden "on Top" finanziert

**Investitionsfinanzierung**

- Strukturfonds 1 Mrd, 1/2 Kassen, 1/2 Länder
- Keine Steuermittel des Bundes
- strukturwirkende Maßnahmen
- "On-Top" zu bestehenden Haushaltsmitteln



## Was wurde erreicht?

Qualität hat mehr Bedeutung, Umsetzung MM, planQI, Q-Bericht noch ein weiter Weg, Richtlinien des G-BA und OPS weiter zu kompliziert, überfrachtet, teilweise nicht umsetzbar

Pflege hat mehr Beachtung, Untergrenzen werden im Wesentlichen eingehalten  
Fehlanreize teilweise beseitigt:

- Doppelte Degression abgeschafft, LBFW steigen stärker, Personalkostenerhöhungen werden besser ausgeglichen
- explizites Recht auf Zweitmeinung
- Sachkostenabwertung, Personalkostenaufwertung
- repräsentative Kalkulation

Zuschlagstatbestände endlich klar definiert:

- Notfallversorgung (welche Voraussetzungen, Höhe der Zuschläge, Höhe der Abschläge)
- Sicherstellungszuschläge (was ist flächendeckende Versorgung, welche KH sind unverzichtbar, welche Leistungen sind vorzuhalten?)
- Zuschläge für Besondere Aufgaben (ist noch nicht entschieden)

Mengensteuerung funktioniert ganz gut, Fallzahlen stagnierend bis leicht rückläufig

Strukturwandel durch sehr erfolgreichen Strukturfonds

## Was passiert aktuell?

- u.a. **Pflegereform** (s. nächste Folie, eine Vielzahl von Maßnahmen, Zweck „Recruiting“ (nachvollziehbar, aber mit vielen Fragezeichen in der Umsetzung, **sicher so kaum nachhaltig**)
- **MDK-Reformgesetz** (40 Änderungsanträge durch den Bundesrat, die meisten zu Gunsten der KH), auch gute Ansätze der Vereinfachung, **könnte nachhaltig wirken**
- **Digitale Versorgung Gesetz** mit guten Ansätzen, **nachhaltig**
- **Reform der Notfallversorgung**, sehr gute Ansätze (bessere Telefonsteuerung, einheitlicher Anlaufpunkt mit Triage, Kooperation und Koordination RD/ÄBD, in der Umsetzung noch mit vielen Fragen und Änderungsnotwendigkeiten (u.a. zu INZ, zu Sicherstellungsauftrag, zu Struktur der Leitstellen, zu Umfang bundesrechtlicher Vorgaben im Rettungsdienst), **nachhaltig**
- **Bund-Länder-AG zur sektorübergreifenden Versorgung**, starke, **nachhaltige** Veränderungen zu erwarten:
  - **Intermediärbereich** (leichte Fälle, Katalog durch VO BMG) werden zu einem Großteil ambulant werden und von KHs und Niedergelassenen Ärzten/MVZ erbracht werden
  - in strukturschwachen Regionen in bestimmten Fällen Zulassungsanspruch der KHs zur ambulanten Versorgung, auch und gerade, um ambulant/stationäre Zentren zu fördern

# Durcheinander in der Pflege

## Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche

### Pflegepersonaluntergrenzen in vier Krankenhausbereichen

- ✓ ab dem 1. Januar 2019 in den Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie
- ✓ Unterteilung zwischen Tag- und Nachtschichten



Quelle: www.ERGO.de/gesund

Eine Unterbesetzung von pflegesensiblen Abteilungen im Krankenhaus kann fatale Folgen für Patientinnen und Patienten haben. Damit können wir für folgende Krankenhausbereiche die Personaluntergrenzen:

- die Intensivmedizin
- die Geriatrie
- die Kardiologie
- die Unfallchirurgie

# 2018

Die Untergrenzen werden als maximale Anzahl von Patienten der Pflegekraft festgelegt. Dabei wird zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden.

**Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern werden ausgeweitet:**

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus werden die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensiblen Krankenhausbereichen weiter ausgebaut und auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgedeutet. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erheben in diesem gesetzlichen Auftrag, ab dem 31. August 2019 die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus sowie zur Verbesserung der Bereiche für den geriatrischen und kardiologischen Bereich Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Zudem haben wir zusätzlich zum 1. Januar 2019 weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen, für die ebenfalls Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für das Jahr 2021 zu vereinbaren sind. Damit wird die Grundlage für die Aushebung der Pflegepersonaluntergrenzen auf zusätzliche pflegesensitive Krankenhausbereiche geschaffen. Krankenhäuser, die die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten, werden sanktioniert.

Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert.

Die Personaluntergrenzen in der Pflege werden weiter ausgebaut, was heißt: Jede zusätzliche und jede zusätzliche Pflegekraft im Krankenhaus wird von den Kostenträgern auf Kosten der Krankenkassen und der Krankenkassen vergütet. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind ab dem 1. Januar 2019 in Kraft und werden weiter ausgebaut.

### Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus

- ✓ Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert
- ✓ Tarifsteigerungen werden voll refinanziert
- ✓ Vergütungen von Azubis in der Kinder- und Krankenpflege im 1. Ausbildungsjahr werden vollständig refinanziert



ERGO.de/gesund

Für die meisten Kliniken Mittel für andere als höher, keine Obergrenze und die Obergrenze der Krankenhäuser von 2018 bis 2019. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus. Die Mittel der Krankenkassen für die Pflegepersonaluntergrenzen werden nicht in den Krankenhäusern, sondern in der Pflegepersonaluntergrenzen Mittel sind zurückzuführen.

## Mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil sie im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte in Krankenhäusern entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht im gleichen Umfang. Daher werden die Auszubildendenvergütungen von Auszubildenden in der Kinderkrankenpflege, der Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden.

Daneben wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Auszubildendenvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe erfolgt, wenn eine Auszubildendenvergütung vereinbart wurde. Zudem wird gewährleistet, dass die Ausbildungsbudgets den tatsächlichen Kostenzuwachsen entsprechend vereinbart werden können und der Anstieg der Ausbildungsbudgets keiner Obergrenze unterliegt.

Schließlich sollen über den Krankenhausmarkt hinaus auch Investitionen in **Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte**

Krankenhäuser können Maßnahmen zur Verbesserung von Pflege, Familie und Beruf vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser bittig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.

## Mittel aus dem Pflegezuschlag erhalten

Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag werden ab dem Jahr 2020 in Höhe von rund 200 Millionen Euro in die Landesbasisfallwerte überführt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Mittel des Pflegezuschlags auch zur Finanzierung von beispielsweise anderen Personalkosten als Pflegepersonalkosten genutzt werden. Zudem werden für bedarfsnotwendige kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten aus dem Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 insgesamt rund 50 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern.

## Erhöhter Pflegeaufwand braucht erhöhte Vergütung für mehr Pflegekräfte

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

## Pflegepersonal und Pflegeaufwand

Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung wird berechnet, wie das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ist. Dies gibt einen Aufschluss darüber, ob eine Klinik, gemessen am Pflegeaufwand, viel oder wenig Personal einsetzt. Krankenhäuser dürfen dabei einen noch festzulegenden Wert nicht unterschreiten, da ansonsten u. a. Mittel gekürzt werden können. Diese Maßnahme dient der Patientensicherheit und bietet Krankenhäusern einen Anreiz, mehr Personal einzusetzen.

## Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt wird. Dieses Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhaushausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhaushausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.

Dazu werden die Selbstverwaltungspartner für das DRG-System gesetzlich hauftraft, die DRG-Vergütung ohne die Pflegekostenanteile in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auszuweisen. Die Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort vereinbaren die krankenhaushausindividuelle Pflegepersonalausstattung in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten (krankenhaushausindividuelle Kostenersatzung). Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzahlen.

Im Rahmen des Pflegebudgets werden auch pflegeentlastende Maßnahmen durch die Kostenträger finanziert, z. B. wenn Krankenhäuser zur Verbesserung des Betriebsablaufs Aufgaben wie die Essensausgabe oder den Wäschendienst vom Pflegepersonal auf andere Personalgruppen übertragen. Die durch diese Maßnahmen eingesparten Pflegepersonalkosten werden erhöhend im Pflegebudget berücksichtigt und zwar in Höhe von bis zu 3 Prozent des Pflegebudgets. Um etwaige finanzielle Einbußen der Krankenhäuser bei der Umstellung auf das Pflegebudget abzufedern, werden zudem mögliche Budgetverluste für die Krankenhäuser im Jahr 2020 auf zwei Prozent und im Jahr 2021 auf vier Prozent begrenzt.

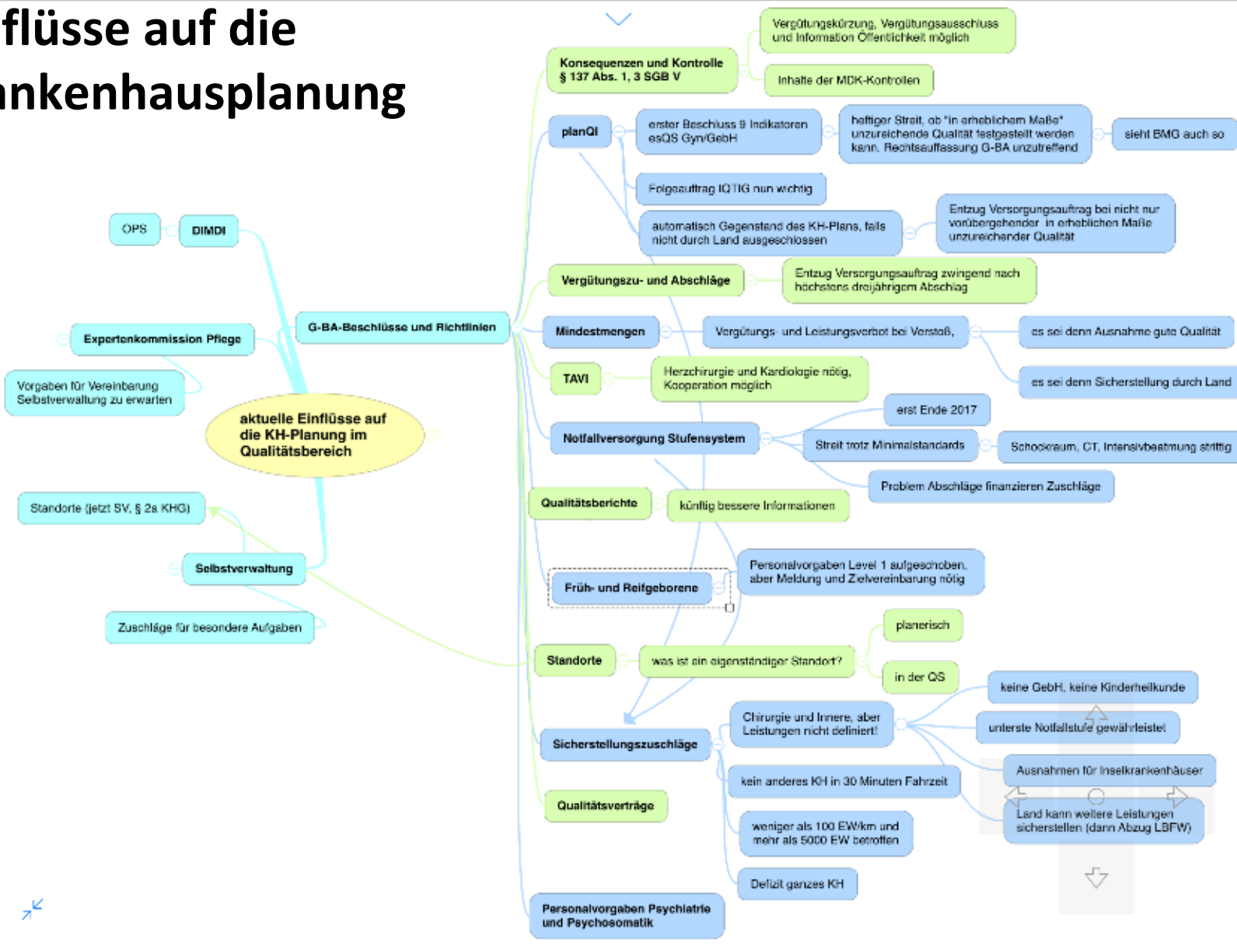
## Tarifsteigerungen voll refinanziert statt Sparen zu Lasten der Pflege

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Dies wollen wir beenden. Die zusätzlichen Finanzmittel sind für die Finanzierung von Tarifierhöhungen beim Pflegepersonal einzusetzen. Das ist durch einen Nachweis zu belegen.

# hier wäre noch Platz...



# Einflüsse auf die Krankenhausplanung





aktuell tägliche Beschäftigung Zukunft kleiner Kliniken, in RLP wird **Landes-VO zur Sicherstellung** kommen (Erweiterung des geringen Versorgungsbedarfs auf unter 200 EW pro km<sup>2</sup>), dadurch Erhalt der unverzichtbaren ländlichen Standorte möglich, Problem Personalgewinnung (Chirurgie), ggfs. Anwendung § 5 Abs. 3 Regelung G-BA zur Sicherstellung

## Beim Gemeinsamen Bundesausschuss Erstfassung der Regelungen für die Anbahnung von Sicherstellungszuschlägen § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Gesetzbuch (SGB V)

November 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 24. November 2016 die Regelung der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V beschlossen:

Die Regelungen werden wie folgt gefasst:

### Text des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Text eines

#### Wirkung der Regelungen

Bei dieser Regelung ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Anbahnung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommene Krankenhäuser festzulegen, die den geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Basisversorger (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) kostendeckend finanzieren können. Ein Krankenhaus ist basisversorgungsrelevant, wenn es für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung notwendig ist, weil bei Schließung des Krankenhauses kein geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann.

## II. Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

### § 3 Flächendeckende Versorgung

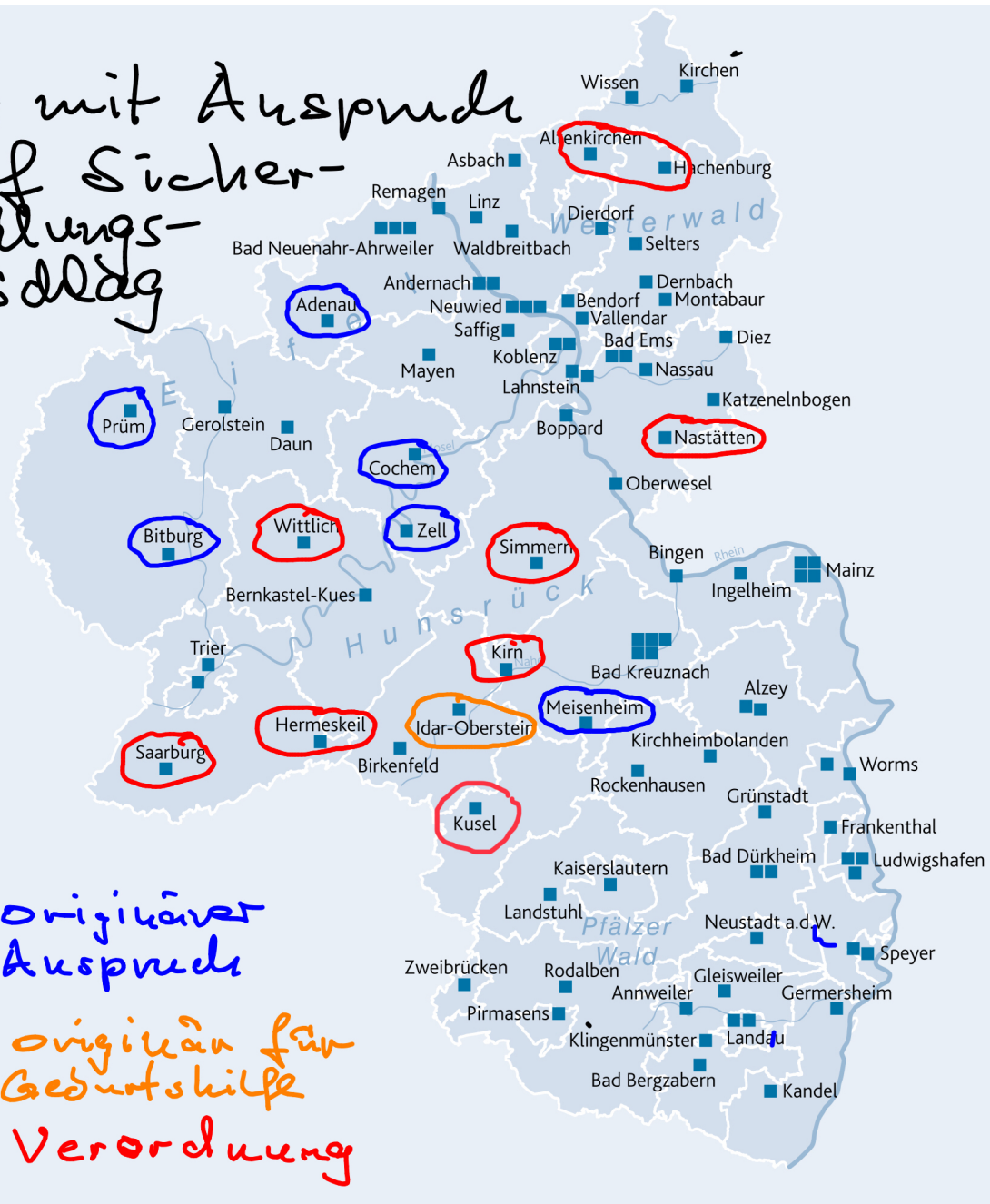
<sup>1</sup>Ein Krankenhaus, für das ein Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbart wird, muss für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sein. <sup>2</sup>Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt, und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre. <sup>3</sup>Geeignete Krankenhäuser sind die Krankenhäuser, die die Voraussetzungen nach § 5 (notwendige Vorhaltung) erfüllen. <sup>4</sup>Bei der Ermittlung der Erreichbarkeit werden zunächst die geographischen Einheiten und Einwohner ermittelt, für die das Krankenhaus, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, das nächste (gemessen in PKW-Fahrzeitminuten) geeignete Krankenhaus ist. <sup>5</sup>Anschließend werden die PKW-Fahrzeiten der Einwohner dieser geographischen Einheiten zum zweitnächsten geeigneten Krankenhaus ermittelt und mit den PKW-Fahrzeiten nach Satz 4 verglichen. <sup>6</sup>Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß). <sup>7</sup>Zur Berechnung der Parameter nach den Sätzen 2 bis 6 sind die Vorgaben nach § 7 zu berücksichtigen, um das notwendige Maß an Genauigkeit zu gewährleisten.

dort auch ggfs. Anwendungsfall für ergänzende Ansiedlung von Arztsitzen (sektorenübergreifendes Gesundheitszentrum), vgl. § 103 Abs. 2 S. 4ff. SGB V

- (3) <sup>1</sup>Sofern die Fachabteilungen den Voraussetzungen des Absatz 2 Ziffer 1 und 2 nicht entsprechen, ist im Einzelfall zu prüfen, ob im betroffenen Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht, die den inhaltlichen Anforderungen der Ziffern 1 und 2 entspricht. <sup>2</sup>Die Prüfung und Feststellung nach Satz 1 obliegt der zuständigen Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG.



KH mit Ausspruch  
auf Sicher-  
stellungs-  
Zuschlag



○ = original statement

○ = original for birth assistance

○ = order

aktuelle Probleme:  
auch bei Anspruch auf  
Sicherstellungszuschlag, da  
unverzichtbarer Standort,  
wollen Träger lieber „abrüsten“  
wg Personalmangel.

Dann greift  
Sicherstellungsverpflichtung der  
Landkreise.

Personalproblem bleibt, aber es  
sind alle Anstrengungen  
erforderlich, um z.B. zu  
sektorenübergreifenden  
Gesundheitszentrum zu gelangen

gutes Angebot der DKG zur  
gemeinsamen Überlegung Land/  
KK/KG für Strukturänderungen  
wird in RLP angenommen

## und mittelfristig?

- „Die Revolution frisst ihre Kinder“, das System ist zu komplex geworden, kaum jemand überblickt alles
- Immer noch Fehlanreize im Vergütungssystem, zu viel zu machen
- Daher GMK-Beschluss 16:0, Vergütungssystem zu renovieren (oder neu zu gestalten), z.B. durch deutlich stärkere Gewichtung von notwendigen Vorhaltungen

Stückwerk oder Nachhaltigkeit?  
Das möge jeder selbst entscheiden

Es bleibt einiges zu  
tun, aber für uns alle