

Arbeitsgemeinschaft **GESUNDHEIT 65 PLUS**

Krankenhausstrukturgesetz

Dr. Eberhard Thombansen



**Auguste-Viktoria-Klinikum**



**Humboldt-Klinikum**



**Klinikum Am Urban**



**Klinikum Kaulsdorf**



**Klinikum im Friedrichshain**



**Klinikum Neukölln**



**Klinikum Spandau**



**Wenckebach-Klinikum**

Der Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung, hat im letzten Jahr zu massiven Protesten unter den Krankenhausträgern geführt...



Beteiligen auch Sie sich am 23.09.2015  
an der Demo am Brandenburger Tor.

In der Zeit von 13.00 bis 17.00 Uhr findet die  
Kundgebung der bundesweiten Aktion  
„Krankenhaus-Reform? **So nicht!**“ statt.

Fixkosten-  
degressions-  
abschlag

Deutliche  
Veränderung DRG-  
Kalkulation

Veränderung  
Verhandlung LBFW

Neues Pflege-  
stellenförder-  
programm

Pflegezuschlag  
ersetzt Versorgungs-  
zuschlag

Einführung von  
Qualitätsverträgen

Überarbeitete  
Mindestmengen-  
regelung

Unangemeldete  
MDK-Kontrollen

Neue Inhalte für  
Qualitätsberichte

Katalog geeigneter  
Leistungen für  
Qualitätszu- und  
Abschläge

Neue Regelungen  
zum Sicherstellungs-  
zuschlag

Stufensystem für die  
Notfall-versorgung

Refinanzierung von  
GBA-Beschlüssen

Neuregelungen zum  
Zentrumszuschlag

Auflegen eines  
Strukturfonds

Weiterentwicklung  
des Orientierungs-  
wertes

Verlängerung des  
Hyg-FÖP

Anforderungen an  
Durchführung  
klinischer Sektionen

Vorgaben für  
Chefarztverträge

Abschaffung der  
Schlichtungs-  
ausschüsse

G-BA-Richtlinie zu  
Indikatoren zur  
Beurteilung der  
Hygienequalität

G-BA-Beschluss zu  
planungsrelevanten  
Qualitätsindikatoren

Teilweise  
Refinanzierung von  
Tarifabschlüssen

Absenkung/  
Abwertung  
Mengenanfälliger  
Leistungen

Fixkostendegressionsabschlag	Deutliche Veränderung DRG-Kalkulation	Veränderung Verhandlung LBFW	Neues Pflegestellenförderprogramm	Pflegezuschlag ersetzt Versorgungszuschlag
Einführung von Qualitätsverträgen	Überarbeitete Mindestmengenregelung	Unangemeldete MDK-Kontrollen	Neue Inhalte für Qualitätsberichte	Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und Abschläge
Neue Regelungen zum Sicherstellungszuschlag	Stufensystem für die Notfallversorgung	Refinanzierung von GBA-Beschlüssen	Neuregelungen zum Zentrumszuschlag	Auflegen eines Strukturfonds
Weiterentwicklung des Orientierungswertes	Verlängerung des Hyg-FÖP	Anforderungen an Durchführung klinischer Sektionen	Vorgaben für Chefarztverträge	Abschaffung der Schlichtungsausschüsse
G-BA-Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität	G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	Teilweise Refinanzierung von Tarifabschlüssen	Absenkung/ Abwertung Mengenanfälliger Leistungen	

# Und einige versuchen das Mengenwachstum zu begrenzen...

Fixkostendegressionsabschlag	Deutliche Veränderung DRG-Kalkulation	Veränderung Verhandlung LBFW	Neues Pflegestellenförderprogramm	Pflegezuschlag ersetzt Versorgungszuschlag
Einführung von Qualitätsverträgen	Überarbeitete Mindestmengenregelung	Unangemeldete MDK-Kontrollen	Neue Inhalte für Qualitätsberichte	Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und Abschläge
Neue Regelungen zum Sicherstellungszuschlag	Stufensystem für die Notfallversorgung	Refinanzierung von GBA-Beschlüssen	Neuregelungen zum Zentrumszuschlag	Auflegen eines Strukturfonds
Weiterentwicklung des Orientierungswertes	Verlängerung des Hyg-FÖP	Anforderungen an Durchführung klinischer Sektionen	Vorgaben für Chefarztverträge	Abschaffung der Schlichtungsausschüsse
G-BA-Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität	G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	Teilweise Refinanzierung von Tarifabschlüssen	Absenkung/ Abwertung Mengenanfälliger Leistungen	Abbau von Überversgütung von Sachkosten

„Durch das Gesetz werden die Weichen gestellt, die **Qualität der Versorgung zum entscheidenden Steuerungskriterium** zu machen und für eine angemessene Personalausstattung in der Pflege zu sorgen“, so Senatorin Prüfer-Storcks. „Für die Patientinnen und Patienten bringt diese Reform einen deutlichen Gewinn an Sicherheit und Behandlungsqualität. **In Zukunft machen nicht alle Krankenhäuser alles, sondern das, was sie sehr gut können.**“ \*



„Das Gesetz war nie ein Spargesetz. Ich hoffe sehr, dass dieses Gesetz nun zu einer Bereinigung der Krankenhausstruktur und zu einer Bildung von Zentren führt“, erklärte Prüfer-Storcks\*\*

„Wir wollen Qualität ganz nach vorne stellen, und dies wird auch so bleiben. Das zusätzliche Geld wird nicht mit der Gießkanne verteilt, es wird sehr zielgerichtet dort eingesetzt, wo Defizite sind“, Prüfer-Storcks.\*\*\*



Qualität wird zum  
zentralen  
politischen Aussage  
in der Diskussion  
um das KHSG

Quelle: \*Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 5.11.2015

\*\* ,\*\*\*aerzteblatt.de 2.10. 2015

- Starke Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten
- Kommunen können auch MVZ Gründer werden
- Nachbesetzung von Praxen in überversorgten Gebieten nur wenn dies für die Versorgung der Patienten sinnvoll ist
- Erhöhung der zu fördernden hausärztlichen Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500
- Stärkung der Versorgungsorientierung bei der ärztlichen Vergütung
- KV verpflichtet sich Terminservicestellen einzurichten
- KVen sollen den Notdienst auch durch Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen
- Verbesserung des Krankenhausentlassungsmanagements und strukturierter Behandlungsprogramme
- Anspruch auf Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbarem Eingriffen
- Einrichtung eines Innovationsfonds in der Versorgungsforschung 300 Mio. €

Vereinbarungsgegenstand	Termin
G-BA-Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität (§ 136 a Absatz 1 SGB V)	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136 c Absatz 1 SGB V)	31. Dezember 2016
DKG, GKV, PKV: Anforderungen an Durchführung klinischer Sektionen (§ 9 Absatz 1a Nr. 3 KHEntgG)	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss der vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge (§ 136 b Absatz 8 SGB V)	31. Dezember 2017
G-BA-Beschluss zu Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und -abschläge (§ 136 b Absatz 9 SGB V)	31. Dezember 2017
DKG, GKV, PKV: Höhe und nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge (§ 9 Absatz 1 a Nr. 4 KHEntgG)	30. Juni 2018
DKG, GKV: Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge (§ 110 a Absatz 2 SGB V)	31. Juli 2018

Vereinbarungsgegenstand	Termin
DRK, GKV, PKV: Absenkung/Abwertung der Bewertung von Leistungen mit Anhaltspunkten für im erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen (§9 Absatz 1 c KHEntgG)	31. Mai 2016
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung eines Konzepts zum Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten (§17 Absatz 1 Satz 6 KHG)	30.06.2016
DKG, GKV, PKV: Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 KHEntgG)	31. Juli 2016
Vertragspartner auf Landesebene: Höhe Fixkostendegressionsabschlag (§ 10 Absatz 13 KHEntgG)	erstmalig 30. September 2016

Vivantes Budgetmanagement, A. Erz  
Wesentliche Qualitätsanforderungen Krankenhaus-Plan 2016 Entwurf Sep15

## Strukturelle und personelle Qualitätsanforderungen gem. Entwurf Krankenhausplan Berlin 2016

- Auswahl von wesentlichen, differenzierten und erstmals im KH-Plan formulierten Anforderungen

### 5.3 Qualitative bzw. quantitative Festlegung von Abteilungen (S 20/21 Entwurf KH-Plan)

- Unterschreiten der Planbetten nur mit Zustimmung der Planungsbehörde
- Zitat : „ Bei allen Krankenhäusern, die mit Kapazitäten der Hauptdisziplinen Chirurgie bzw. Innere Medizin in den Plan aufgenommen sind, vereinbaren die Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen bei entsprechendem Bedarf und gegebenen Eignungsvoraussetzungen Leistungen, die gem. Weiterbildungsordnung diesen nicht ausgewiesenen Subdisziplinen zuzuordnen sind. Grundsätzlich ist dabei Voraussetzung, dass das Krankenhaus eine Abteilung dieser Subdisziplin führt, die die Anforderungen des Krankenhausplans erfüllt. Soweit eine solche Abteilung neu hinzutritt (mit der Folge, dass neue Leistungen vereinbart werden sollen) und in der Hauptdisziplin mehr bedarfsgerechte Betten im Land Berlin vorgehalten werden als bedarfsnotwendig sind, ist ggf. im Rahmen einer Auswahlentscheidung zu prüfen, ob diese Abteilung im Krankenhausplan verbleiben kann.“ (Unterschreitungen nur hier)

Dieser Absatz erscheint völlig widersprüchlich. Sollen hier die Kostenträger einen Bedarf prüfen? Was sind mehr bedarfsgerechte Betten als bedarfsnotwendig sind? Wer soll dies für Berlin in diesem Fall feststellen? Diese Abteilungen sind von vornherein nicht im KH-Plan ausgewiesen (Subdisziplinen) also wieso soll deren Verbleib zu prüfen sein? Wer soll dies prüfen?

### 6. Qualitätssicherung – Allgemein

#### Facharztbesetzung einer Fachabteilung (Seite 24)

- Chefarzt, stv. Chefarzt, 2 weitere Fachärzte mit Facharztweiterbildung des jeweiligen Fachgebietes
- Führen der Fachabteilungen in denen gem. Weiterbildungsordnung Leistungen erbracht werden (wahrscheinlich nicht pro Subdisziplin gemeint, mutmaßlich unschädlich).
- Der Hauptteil der ärztlichen Leistung wird von überwiegend im KH angestellten Ärzten erbracht

#### Pflegepersonal auf Intensivstationen (S. 24/25)

- 1 Pflegekraft pro Schicht für 2 Behandlungsplätze
- Erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu 1:1 bei speziellen Situationen

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Notfallversorgung	Ja	Ja	Nein
Geriatric	Ja	Ja	Nein
Kardiologie	Ja	Ja	Nein
Schlaganfallversorgung	Ja	Ja	Nein
Beatmungs-Entwöhnung	Ja	Ja	Nein

## Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

**§8 Abs. (1a)** „Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß **unzureichende Qualität** aufweisen, **dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.**“\*

**§8 Abs (1b)** „Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß **unzureichende Qualität aufweisen** oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausstrukturgesetzes erhoben wurden, **sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.**“\*\*

**§6 Abs (1a)** „Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“\*\*\*

Quelle: \*, \*\*, \*\*\*Krankenhausstrukturgesetz, Bundesgesetzblatt 2015, Teil I, Nr.51, S.-2229

Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren sind der Schlüssel für eine erfolgreiche Einführung von Qualitätsorientierter Vergütung

- Messergebnisse sollten keine Zweifel zulassen und manipulationssicher sein
- Es sollten keine unnötigen Belastungen durch zusätzliche Datenerhebungen entstehen
- Messergebnisse müssen durch Risikoadjustierung vergleichbar gemacht werden, da der Behandlungserfolg durch die Risikoprofile der betrachteten Patientenpopulationen massiv beeinflusst wird.
- Rosinenpicken kann nur durch sinnvolle Risikoadjustierung verhindert werden. Keine gezielte Abweisung von Patienten mit erhöhten Mortalitätsrisiken.

„Es ist nicht sichergestellt, dass die zur Qualitätsmessung notwendigen Indikatoren zeitnah, wissenschaftlich fundiert und in rechtssicherer Form vorgegeben werden können.“\*

Quelle: \* Herrn Prof- Dr. Hans-Fred Weiser, 38 Deutscher Krankenhaustag das Krankenhaus, 12.2015, S.1188

Alle Indikatorsysteme verfügen noch nicht über eine ausreichende Risikoadjustierung

AQUA Indikatoren  
der gesetzlichen  
Qualitätssicherung

- Meldedaten der Krankenhäuser
- Hoher Erhebungsaufwand
- Manipulationsanfällig
- Schlechte Vergleichbarkeit

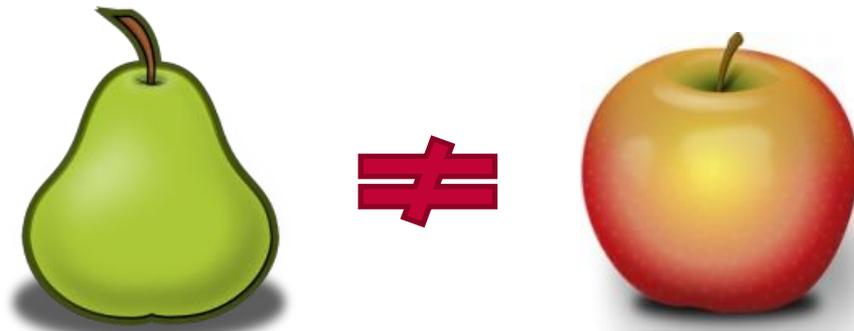
G-IQI (German  
Inpatient Quality  
Indicators)

- Sozialdaten der Krankenhäuser
- Geringer Zusatzaufwand bei vollständiger Datenverfügbarkeit
- Keine komplette Abbildung des Versorgungsablaufs

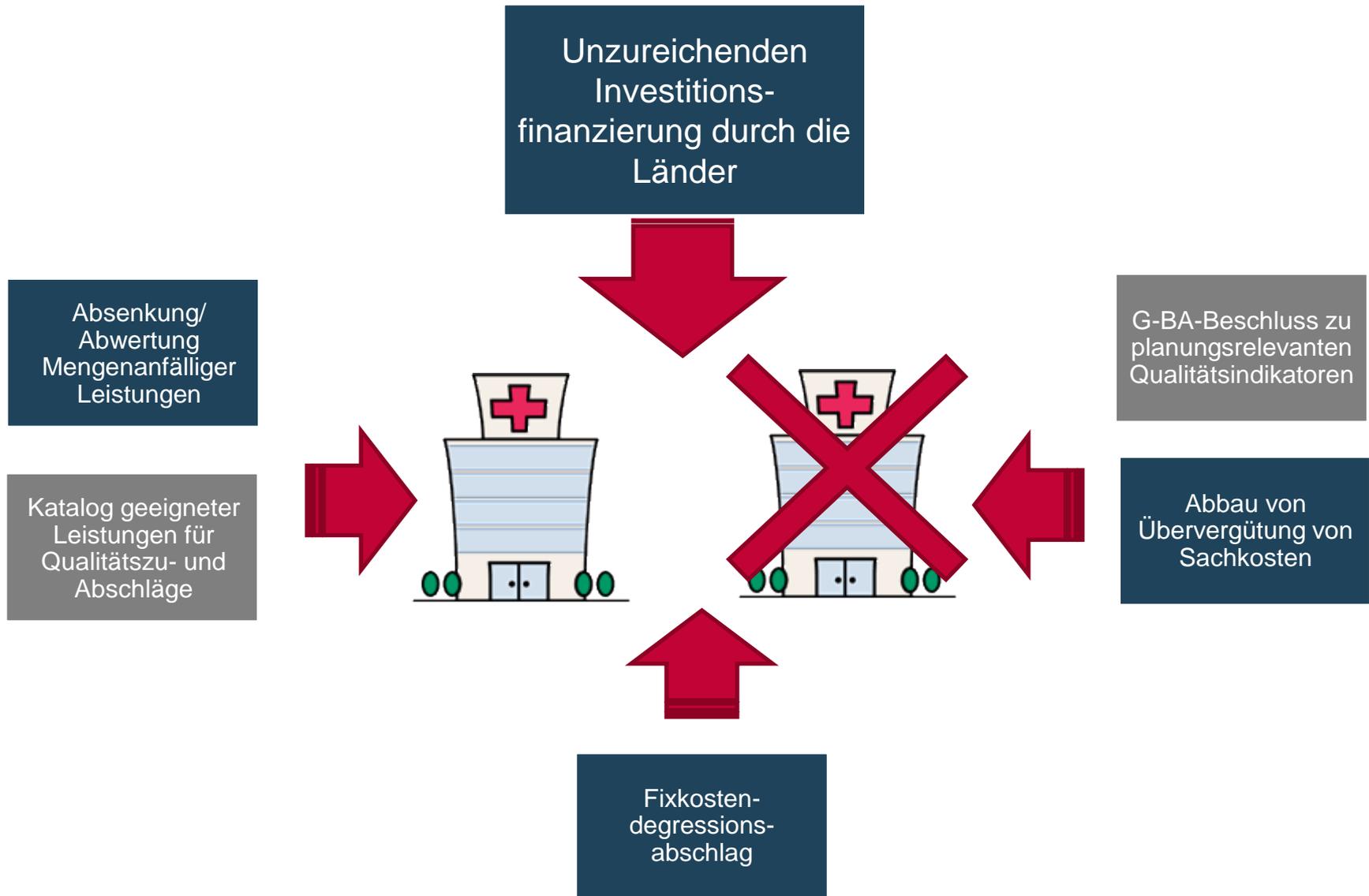
QSR-Indikatoren  
(Qualitätssicherung  
mit Sozialdaten)

- Nachverfolgung der Patienten möglich
- Krankenhausübergreifende Qualitätsbewertung möglich

# Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren



# Trotz Nachbesserungen bei der KHSG stehen die Krankenhäuser weiterhin massiv unter Druck...





Leistungsmengenwachstum  
erschweren und begrenzen



„Marktbereinigung“ bei den  
Krankenhäusern erreichen

... ohne Ausnahmen für wachsende Regionen

... ohne (wesentliche) Berücksichtigung der Krankenhauspläne der Länder

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Eberhard Thombansen  
Ressortleiter Medizin- und Qualitätsmanagement  
Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH