



Spitzenmedizin...  
... nah am Menschen  
**Klinikum**  
**LANDSHUT**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München

# Erwartungen an die Krankenhausreform aus Sicht eines Krankenhauses Klinikum Landshut gGmbH

# Erwartungen an die Krankenhausreform aus Sicht eines Krankenhauses

- **Haben Sie noch wirkliche Erwartungen an unsere Gesundheitspolitik?**
- **Ist es nicht so, dass wir uns als KH's ständig von Reform zu Reform „retten“?**
- **Wann hatten wir die letzte echte Reform?**
- **Anforderungen an eine Reform sind häufig und viel formuliert, zuletzt in der Bund-Länder-Arbeitskommission**
- **Was ist davon auf den Weg gebracht worden?**

# Erwartungen an die Krankenhausreform aus Sicht eines Krankenhauses

## Ansatzpunkte des KHSG-Entwurfs

1. Qualität
2. Qualität
3. Qualität.....
4. Finanzierung (Betriebskosten)  
- **Fixkostendegressionsabschlag**
5. Investitionen (Duale Finanzierung?)
6. Diverse Punkte

# Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSKG)

**Bundeskabinett** hat Entwurf am 10. Juni verabschiedet:

- Jetzt Beratungen in Bundestag und Bundesrat sowie Ausschüssen
- Gesetzgebungsverfahren läuft bis Herbst 2015
- Inkrafttreten zum 01.01.2016

**Inhalte des Entwurfs:**

- Enthält viele kleine Elemente unter der Überschrift „Qualität“
- Die großen Wirkungen gehen aber von Finanzregelungen aus

**Bewertung der Krankenhäuser:**

- Ein Gesetz gegen Patienten, Mitarbeiter und Krankenhäuser

# Ausgangslage der Krankenhäuser

- Seit GKV-Finanzierungsgesetz 2010 (GKV-FinG) Verschlechterung der Lage der Krankenhäuser (ca. 2.000)
  - Anteile der Krankenhäuser mit „roten Zahlen“ (Quelle: DKI)
    - 2010: 21%
    - 2011: 31% GKV-FinG: Vergütungskürzung bei Mehrleistungen: Landesebene wird ergänzt um Krankenhausebene
    - 2012: 51%
    - 2013: 42% Beitragsschuldengesetz: KH-Hilfen (ab 01.08.)
    - 2014: 35% Allgemeinkrankenhäuser insgesamt
      - 50% Grundversorger bis 250 Betten
      - 43% Maximalversorger über 800 Betten
- (Quelle 2014: VKD; DKI-Zahlen erst im Nov. 2015)

# Brennpunkt 1: Einschränkung des Finanzrahmens ab 2017 durch KHSG

- + Bisherige Kürzung Land soll entfallen, dafür aber ...
- neue Tatbestände Land (ambulantes Potenzial, Fehlbelegungspotenzial, Produktivität) führen zur **Absenkung Landespreis (LBFW)**
- **Mehrleistungsabschlag KH soll von 3 auf 5 Jahre verlängert ...**
- **Abschlagshöhe soll weit über 25% pro Jahr erhöht werden**
- **Wegfall von Ausnahmetatbeständen** (z.B. keine KH- planerische Maßnahme mehr!!!)
- **Wegfall KH-Hilfen 0,5 Mrd. Euro p. a. („Versorgungszuschlag“)**

DKG: Insgesamt ca. 1 Mrd. Euro weniger pro Jahr ab 2017

**Anteile Krankenhäuser mit „roten Zahlen“ werden weiter ansteigen**

# Zukünftige Mengensteuerung

**Bis 2016**

Etablierung  
Zweitmeinungsverfahren

Schaffung der Voraussetzung für  
qualitätsorientierte Zu- und  
Abschläge

Mehrleistungsabschläge und  
Versorgungszuschlag laufen  
unverändert weiter

**Ab 2017**

Mengensteuerung wird von  
Landes- auf Krankensebene  
verlagert

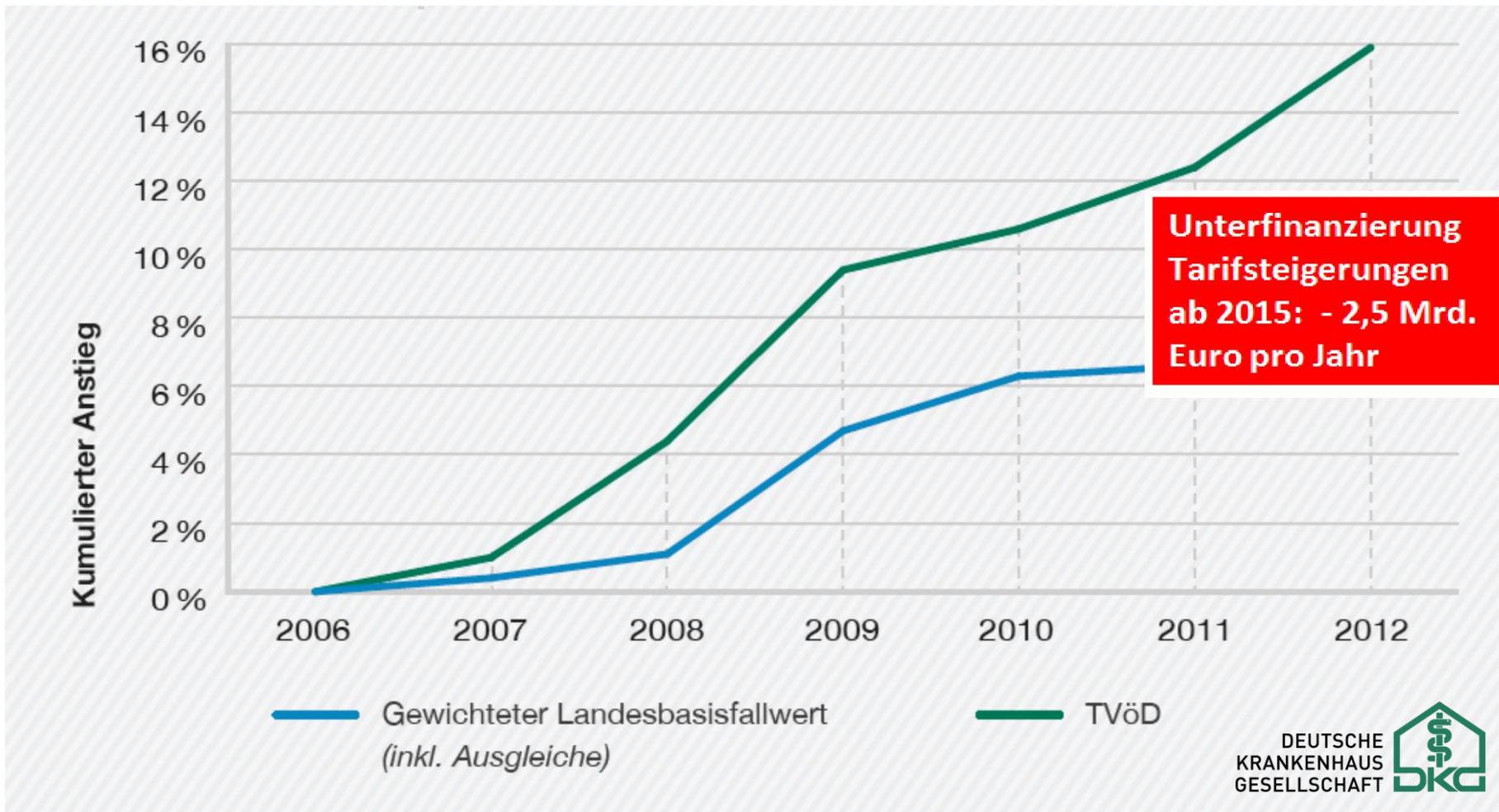
Abgesenkte Bewertungsrelationen  
für Leistungen mit wirtschaftlich  
begründeten Fallzahlsteigerungen

Abschaffung der doppelten  
Degression

Quelle: Universitätsklinikum Münster

# Brennpunkt 2:

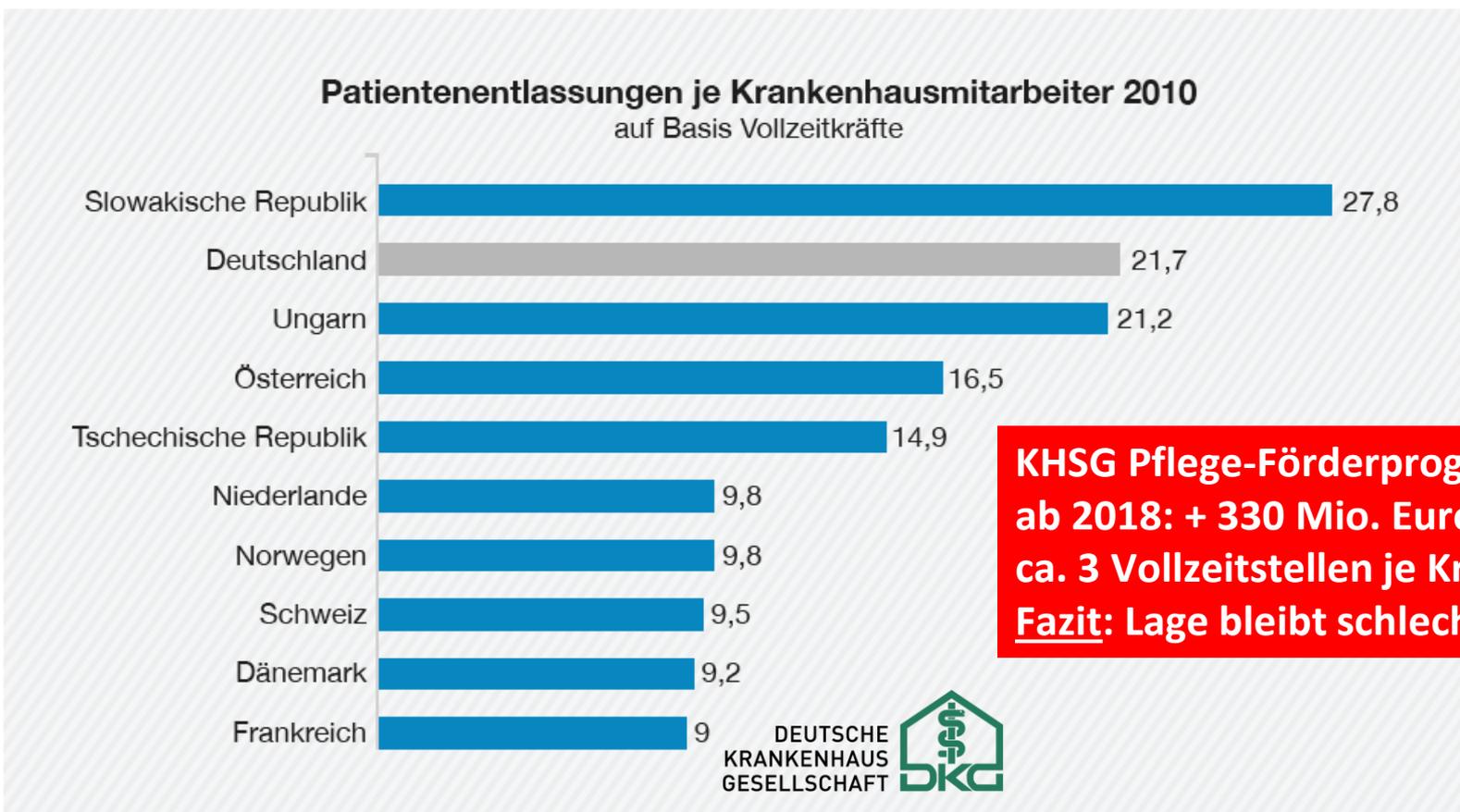
## Preis-Tarif-Schere bleibt ungelöst



Quellen: TVöD-Verhandlungsergebnisse 2006–2012, eigene Berechnungen

## Brennpunkt 2:

# Unterfinanzierung von Tarifsteigerungen bleibt ... Fortsetzung der Ausdünnung der Personaldecke bleibt



Quelle: OECD Health Data 2012

## Brennpunkt 3:

# Unterfinanzierung der ambulanten Notfälle im Krankenhaus nicht gelöst

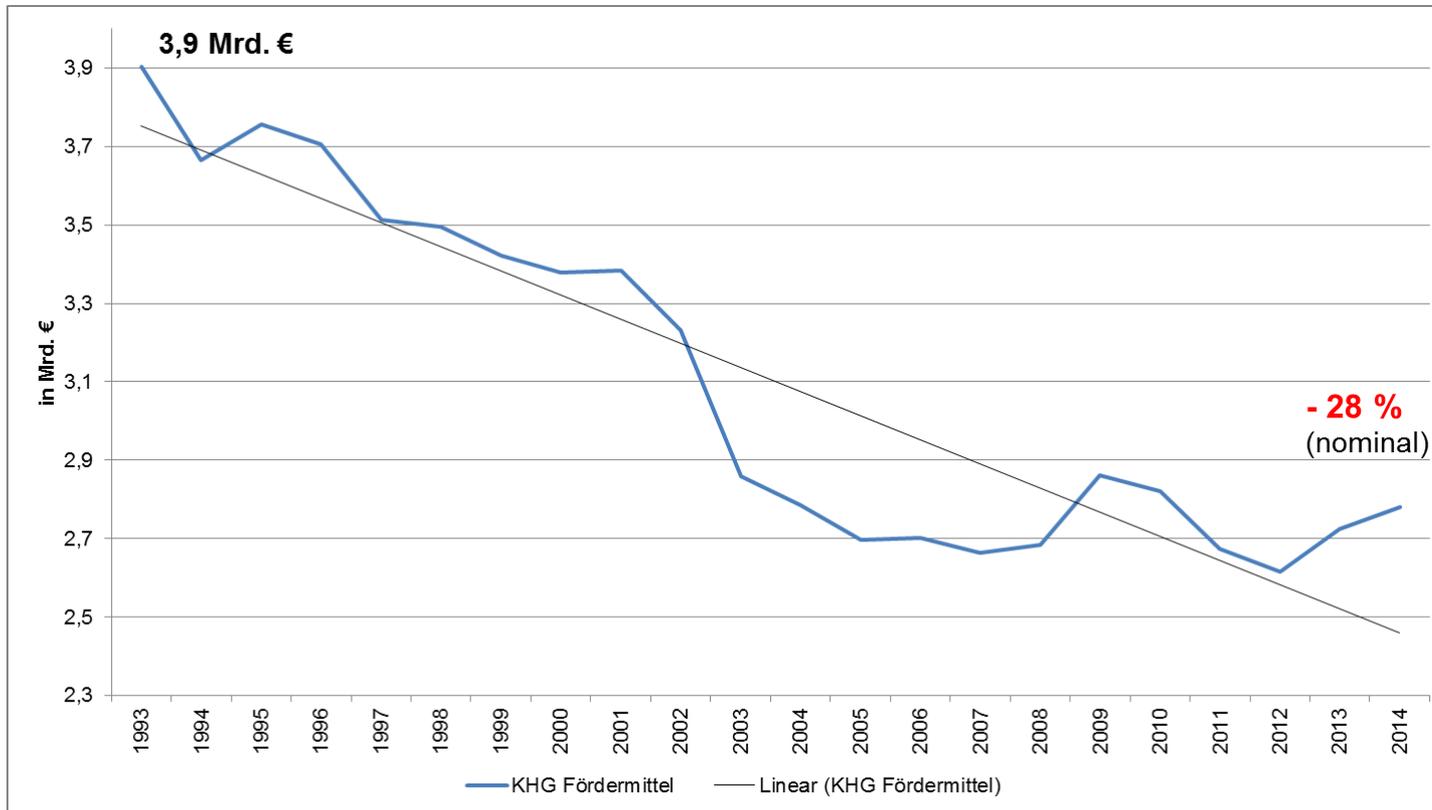
(laut Koalitionsvertrag vom Dez. 2013 jedoch vorgesehen)

Kennzahlen (jeweils pro ambulantem Notfall im Krankenhaus)	
Durchschnittliche Kosten	120 Euro
Durchschnittliche Erlöse	32 Euro
Durchschnittlicher Fehlbetrag	<b>- 88 Euro</b>

- Unterfinanzierung bei 10 Mio. Fällen ca. 1 Mrd. Euro pro Jahr.
- Krankenhäuser behandeln mittlerweile mehr ambulante Notfälle als niedergelassene Ärzte (Quelle DKG)

# Brennpunkt 4:

## Unterfinanzierung der Investitionen (Länderaufgabe)



**Gesamtbedarf an Investitionen von 6 Mrd. Euro ist mittlerweile unstrittig.**

**Investitionsbedarf entzieht Mittel aus der laufenden Betriebskostenfinanzierung.**

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014
Investitionsförderung in Mrd. €	2,83	2,67	2,61	2,72	2,78
Investitionsbedarf in Mrd. €	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Investitionslücke in Mrd. €	<b>- 3,17</b>	<b>- 3,33</b>	<b>- 3,39</b>	<b>- 3,28</b>	<b>- 3,22</b>

Quelle:

# Brennpunkt 5:

## Wuchernde Bürokratie ohne Ende durch KHSG

- Erweiterte Kontrolltatbestände des MDK
- Vor-Ort-Kontrollen des MDK
- Neue und erweiterte Aufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)
- Kalkulation, Vereinbarung und Umsetzung sämtlicher Zuschlagstatbestände
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

# Klinikum Landshut - Unsere Fachabteilungen

- Klinik für Allgemein-, Viszeral- & Thoraxchirurgie (50 B.)
  - Klinik für Gefäßchirurgie (27 Betten)
  - Klinik für Neurochirurgie (12 Betten)
  - Klinik für Geburtshilfe & Gynäkologie (40 Betten)
  - Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (65 Betten)
  - Klinik für Urologie (45 Betten)
  - Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
  - Medizinische Klinik I für Gastroenterologie, Diabetologie, Nephrologie, Dialyse (74 Betten)
  - Medizinische Klinik II für Kardiologie, Pneumologie & Schlaflabor (91 Betten und 8 Schlaflaborplätze)
  - Medizinische Klinik III für Onkologie & Hämatologie (34 B.)
  - Medizinische Klinik IV für Geriatrie & Frührehabilitation (20 Betten)
  - Klinik für Neurologie/Stroke Unit (42 Betten)
  - Klinik für Nuklearmedizin (6 Betten)
  - Klinik für Radioonkologie & Strahlentherapie\*
  - Institut für Radiologie\*
  - Institut für Pathologie\*
- Gesamt: 520 Betten**

\*keine bettenführende Abteilung

**Gesamt: 562 Betten/ Plätze**

## Belegabteilungen

- Augenheilkunde (6 B.)
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (6 B.)
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (2 Betten)

## Tageskliniken

- Tagesklinik für Schmerztherapie (8 Plätze)
- Onkologische Tagesklinik (20 Plätze)
- Tagesklinik für Dialyse und Nierenheilkunde (14 Plätze)

**Gesamt 42 Plätze**

# Auswirkungen auf das Klinikum Landshut

## Eckpunkte für eine Rechenbeispiel

### Krankenhausstrukturgesetz

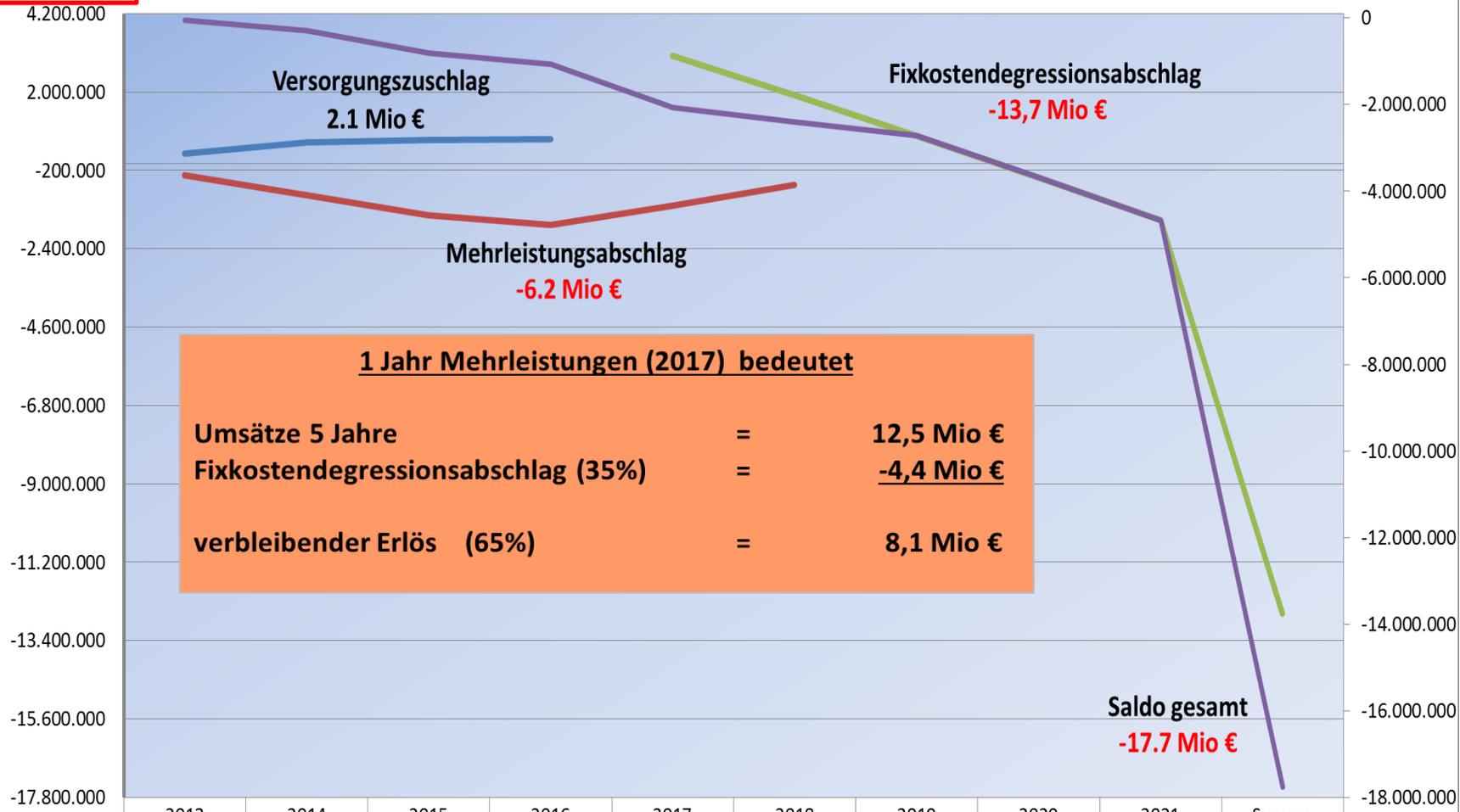
<b>Annahmen:</b>		
<b>1.</b>	<b>CM-Vereinbart 2012</b>	<b>21.700</b>
<b>2.</b>	<b>CM-Vereinbart 2013</b>	<b>22.250</b>
<b>3.</b>	<b>Angenommene lineare CM-Steigerung ab 2016 in %</b>	<b>3,00%</b>
<b>4.</b>	<b>LBFW vereinfacht gleichbleibend ab 2015</b>	<b>3.255,50 €</b>
<b>5.</b>	<b>Mehrleistungsabschlag bis 2016</b>	<b>25,00%</b>
<b>6.</b>	<b>Fixkostendegressionsabschlag, angenommen ab 2017</b>	<b>35,00%</b>
<b>7.</b>	<b>nicht berechnet werden ergänzende Abschlagsregelungen vor Ort</b>	

# Rechenbeispiel Klinikum Krankenhausstrukturgesetz 2016

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Vereinbarter CM	22.250	23.300	25.000	25.750	26.523	27.319	28.139	28.983	29.852		
Steigerung CM zum VJ	428	700	700	750	773	796	820	844	869		
Budget CM x LBFW T€	68.753	74.280	81.388	83.829	86.346	88.937	91.607	94.354	97.183		
Mehrleistungsbetrag T€	1.323	2.232	2.279	2.442	2.517	2.591	2.670	2.748	2.829		
Versorgungszuschlag (2013 0,4 % ab 2014 0,8%)	275 €	594 €	651 €	671 €	VE Mehrmenge 2017 führt zu folgendem Fixkostendegressionsabschlag						
<b>MLA 2013</b>	-331	-331	-331								
<b>MLA 2014</b>		-558	-558	-558							
<b>MLA 2015</b>			-570	-570	-570						
<b>MLA 2016</b>				-611	-611	-611					
<b>FKDA 2017</b>					-881	-881	-881	-881	-881	-4.405	
<b>FKDA 2018</b>						-907	-907	-907	-907		
<b>FKDA 2019</b>							-935	-935	-935		
<b>FKDA 2020</b>								-962	-962		
<b>FKDA 2021</b>									-990		
<b>Saldo</b>	-56	-295	-808	-1.068	-2.062	-2.399	-2.723	-3.685	-4.675	-17.771	
				-2.227					-15.544		
<b>Gesamtabschlag über 5 Jahre, ab 2017: -175%</b>											

# Krankenhausstrukturgesetz 2016

**3% Mehrleistung p.a.**



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Summe
Versorgungszuschlag	275.010 €	594.243 €	651.100 €	670.633 €						2.190.986 €
Mehrleistungsabschlag	-330.630 €	-888.530 €	-1.458.243 €	-1.738.019 €	-1.180.119 €	-610.406 €				-6.205.947 €
Fixkostendegressionsabschlag					-880.776 €	-1.787.758 €	-2.722.087 €	-3.683.762 €	-4.673.923 €	-13.748.306 €
Saldo gesamt	-55.620 €	-294.287 €	-807.143 €	-1.067.386 €	-2.060.895 €	-2.398.164 €	-2.722.087 €	-3.683.762 €	-4.673.923 €	-17.763.267 €

# Mengendegressive Preismodelle

## Aktueller Stand § 17b KHG

- Absenkung oder Abstufungen der Bewertungsrelationen von Leistungen mit „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“
- Erstmal bis Ende Mai 2016 Vorgabe der Selbstverwaltung auf Bundesebene
- Berücksichtigung der Vorgabe für das DRG-System des Folgejahres

# Mögliche Umsetzungswege

## Aktueller Stand § 17b KHG

- a. Bewertungsrelation einer DRG variieren abhängig von der Fallzahl
- b. DRGs werden nur in KHs mit größeren Leistungsmengen durchgängig abgesenkt
- c. DRGs werden bundesweit unabhängig von der Leistungsmenge eines Krankenhauses durchgängig abgesenkt

# Mehrleistungsvergütung ab 2017

## Bewertung Kabinettsentwurf KH Strukturgesetz

- **Abschaffung der doppelten Degression wird zu höheren Abschlägen führen**
- **Mindestabschlag führt zu unsachgemäßen Abschlägen**
  - Höhere Fixkostendegression soll zu höheren Abschlägen führen
  - > das setzt das Prinzip der Mittelwertbildung außer Kraft
  - Besondere Benachteiligung für Kliniken mit im Durchschnitt höherem Sachkostenanteil
- **Keine klaren gesetzlichen Vorgaben für Ausnahmen würden zu Umsetzungsproblemen führen / weniger Ausnahmen?**
- **Mindestabschlagsdauer lässt Vertragspartnern keine Möglichkeiten kürzere Zeiten zu vereinbaren.**
- **Technische Umsetzung lässt sich nicht eindeutig aus dem Gesetz ableiten, d.h. Nachbesserung notwendig!**

# Ab 2017 Gewinner und Verlierer

- **Kliniken mit höheren Sachkostenanteilen könnten deutliche Erlöseinbußen erleben:**
  - FDA bei Leistungssteigerungen
  - Abgestufte Bewertungsrelationen
  - Abwertung Sachkostenanteil
- **(personalintensive) Kliniken mit geringen Sachkostenanteilen sind mögliche Profiteure durch Umverteilung**
- **Innerhalb von Kliniken könnte die wirtschaftliche Bewertung (Deckungsbeiträge) sich deutlich verschieben**
- **Kliniken mit großen Fallzahlen in selektiven Leistungsbereichen (mit wirtschaftlich bedingten Fallzahlsteigerungen) werden u. U. deutliche Einbußen haben**

# Rationierung?

- Wenn Fixkostendegressionsabschläge/ abgestufte DRG-Bewertungen keine Deckungsbeiträge bei Mehrleistungen ermöglichen, fehlt der ökonomische Anreiz noch mehr zu leisten
  - Krankenhäuser könnten auf wirtschaftlich attraktivere Leistungen fokussieren und andere Leistungen reduzieren
- **Wartelisten und Vermeidung des Einsatzes von Innovationen könnten das Ergebnis sein.**

# Anforderungen an eine echte Reform

## Forderungen zur Nachbesserung

- **Fixkostendegression vs. Sprungfixekosten**
- **Leistungssteigerungen von mehr als 2 % bedingen mehr Personal**
- **Fixkostendegressionsabschlagsfreiheit bei Leistungssteigerungen von mehr als z.B. 2 % da hier sprungfixe Personalkosten entstehen**

# Empfehlung der Ausschüsse an den Bundesrat zur Sitzung am 10. Juli

- Mehrleistungsabschlag (MLA) 2014 soll nur 2 Jahre und der MLA 2015 nur 1 Jahr gelten
  - im Kontext der Fortwirkung der doppelten Degression im LBFW ab 2017
  - Ziel keine Überlappung von MLA und FDA 2017/2018
- Eröffnung der Möglichkeit FDAs unter der von der Landesebene Abschlagshöhe und kürzere Geltungsdauer zu vereinbaren
- Leistungsverlagerung sollen nicht durch FDA belastet werden, Gesetzliche Vorgaben zum „Einzugsgebiet“ soll nicht aufrechterhalten werden, alternativ sollen Länder per Rechtsverordnung Einzugsgebiet definieren
- Gesetzliche Vorgaben zur Ausnahme vom FDA:
  - Entgelte mit Sachkostenanteil von mehr als 2/3, Transplantationen, Polytraumata, Frühgeborenenversorgung, zusätzliche Kapazitäten bedingt durch KH Plan oder des Investitionsprogramms des Landes.
- Klarstellung, dass vereinbarte Leistungsrückgänge bei der Ermittlung des FDA zu berücksichtigen sind

# Forderungen an eine krankenhauserorientierte Reform

- 1. Echte Qualitätsoffensive für alle Sektoren (auch den KV-Bereich)**
- 2. Auflösung Investitionsstau durch Mindestinvestitionsquote (20 % vom Umsatz)**
- 3. Volle Bezahlung der Mengenentwicklung (0 Abschlag)**
- 4. Preisanpassung: Ausfinanzierung der Tarifsteigerung über den LBFW**
- 5. Mindestgröße für Krankenhäuser (mindestens 200 bis 250 Betten)**
- 6. Mindestmenge für Geburten pro KH ( mind. 400 Geb.)**
- 7. Kostendeckende Notfallversorgung mit Investitionszuschlag**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**