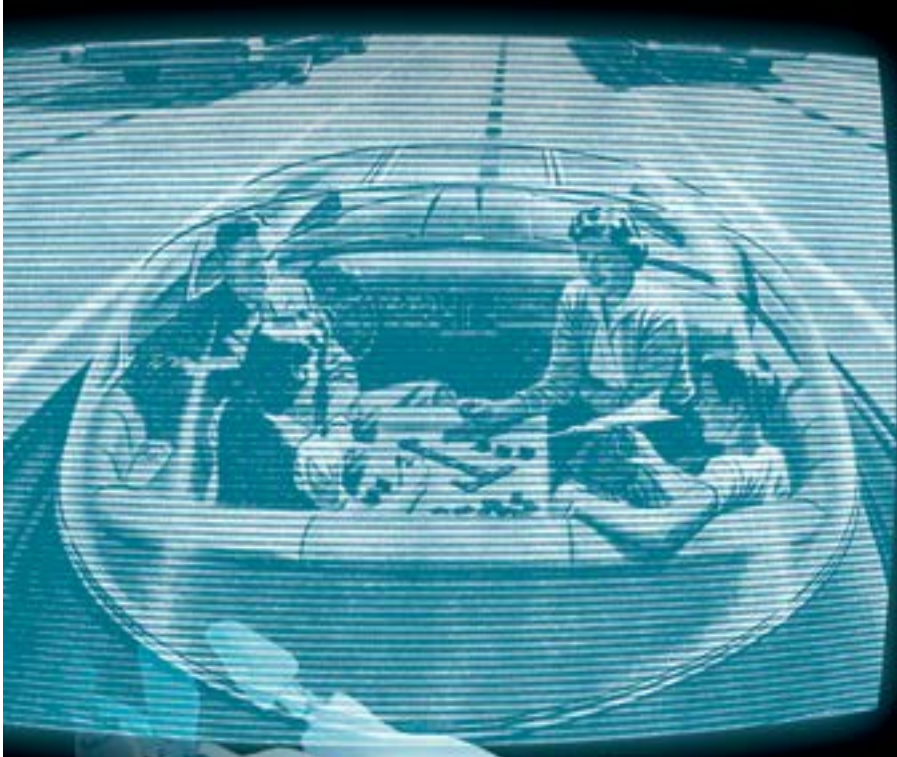


Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen



Automotive Health

■ MORBI-RSA

Der technische Kern der solidarischen Krankenversicherung soll nicht Strategien überlassen werden, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

■ ROLLING PHONES

Das Auto neu denken und zum Ort für Telemedizin machen. Die Audi BKK als strategischer Partner der AUDI AG.

KRANKENHAUSREFORM

STRUKTUREN NEU DENKEN

Von Christian Busch, Benjamin Finger, Versorgungsmanagement

Der gesundheitspolitische Elan hat auch knapp ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl nicht nachgelassen. Während der Gesetzgeber im Jahr 2016 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen auf den Weg gebracht hat, haben die Vertragspartner auf Bundesebene alle Hände voll zu tun, um die mit den großen Reformgesetzen aus dem Jahr 2015, dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) und dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), formulierten Aufgaben umzusetzen.

» Die Neuregelung des Entlassmanagements ist ein wichtiger Schritt, eine Lücke in der kritischen Phase der nachstationären Versorgung zu schließen. «

Im Rahmen der Fachtagung Krankenhaus Anfang November 2016 in Berlin warf der BKK Dachverband gemeinsam mit Experten aus dem Bereich Krankenhaus einen Blick auf das Reformtableau mit seinen zahlreichen Einzelaufträgen und den vielfach engen Fristen. Es wird vor allem eins deutlich: der Gesetzgeber möchte die in großen Teilen von Bund und Ländern gemeinsam erarbeitete Krankenhausreform möglichst zügig realisiert wissen. Dabei erfolgt die Abarbeitung der einzelnen Themen nach außen hin zwar relativ geräuschlos – wie erwartet aber alles andere als konfliktfrei.

Umso beachtenswerter ist es, dass es den Vertragsparteien immerhin gelungen ist, die im KHSG vorgesehenen Anpassungen des DRG-Systems rechtzeitig zu vereinbaren, um die notwendigen Voraussetzungen zur Erstellung des DRG-Fallpauschalen-Kataloges für das Jahr 2017 zu schaffen.

So wurden mit Vereinbarung vom 24. August 2016 die DRG-Sachkostenanteile zugunsten der Personalkostenanteile in Teilen korrigiert. Grundlage der Vereinbarung ist ein Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Dabei erfolgen die aus dem InEK-Konzept resultierenden Korrekturen der Bewertungsrelationen im DRG-System 2017 vereinbarungsgemäß zu 50 % und im DRG-System 2018 zu 60 %. Auch wenn damit die adressierte systematische Übervergütung der Sachkostenanteile vorerst nur hälftig abgebaut

wird, bleibt dennoch zu hoffen, dass bisherigen Fehlanreize zumindest reduziert werden.

Die gezielte Absenkung der Bewertung von Leistungen mit Anhaltspunkten für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen konnte verspätet – und auch erst am Rande einer bereits einberufenen Schiedsstelle –, aber einvernehmlich vereinbart werden. Diese Absenkung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, erkaufte wird dies jedoch mit einem normativen Eingriff in das sonst streng regelgebundene DRG-System. Glücklicherweise sind weder Krankenhäuser noch Krankenkassen mit dem per Gesetz verordneten Eingriff in das DRG-System. Vonseiten der Krankenhäuser muss mit der Absenkung einzelner DRG für Eingriffe an der Wirbelsäule und im Bereich der Endoprothetik (Hüfte) sowie der Abstufung für konservative Wirbelsäulen-DRG mehr oder weniger eingestanden werden, dass es wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt. Die Krankenkassen hadern dagegen insbesondere mit den für die benannten Leistungen resultierenden Ausnahmen vom Fixkostendeckungsabschlag und mit ganz praktischen Umsetzungsproblemen im Rahmen der Krankenhausabrechnung, insbesondere für die abgestuften DRG.

Deutlich vor Fristablauf zum Jahresende verständigten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) darauf, die Kalkulationsstichprobe für das DRG-System repräsentativer zu gestalten. Getragen wird die Vereinbarung einerseits von einem InEK-Konzept

zur Auswahl zusätzlicher Kalkulationskrankenhäuser durch Losverfahren und andererseits durch Sanktionsregelungen für Krankenhäuser, die sich der Pflichtkalkulation ganz verweigern oder nur ungenügend verwertbare Daten zur Verfügung stellen. Wie hoch die Bereitschaft der 40 verpflichteten Krankenhäuser zur Datenlieferung sein wird, bleibt abzuwarten. Vom Ergebnis der erstmaligen Auslosung hat man sich jedoch sicherlich mehr versprochen. Hier bleibt der Erklärungsbeitrag der zusätzlichen Krankenhäuser hinter dem vom InEK erhofften Umfang zurück.

Weniger einvernehmlich liefen die Verhandlungen zur Vereinbarung über das Nähere zu den Zuschlägen für besondere Aufgaben (Zentrumszuschläge). Die Vorstellungen der GKV, neben der konkreten Benennung zuschlagsfähiger besonderer Aufgaben auch potenzielle Zentrumskandidaten anhand ihrer Aufgabenwahrnehmung, Vorhaltung und Struktur einzugrenzen, waren mit denen der DKG, insbesondere zahlreiche zuschlagsfähige Leistungen festzuschreiben, nicht vereinbarungsfähig. In der Konsequenz hat nun die Schiedsstelle darüber entschieden. Das Ergebnis ist aus Sicht der GKV ernüchternd. Die festgesetzte Vereinbarung lässt die eingebrachten notwendigen Konkretisierungen vermissen und wird damit das bisher hohe Konfliktpotenzial auf Ortsebene nicht mindern.

Auch in den Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu den Themen Sicherstellungszuschläge und

Notfallversorgung konkurrierten die jeweiligen Vorstellungen von GKV und DKG an vielen Stellen unvereinbar miteinander. Während das Plenum des G-BA noch vor dem Jahresende über die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen entschieden hat, hat der Gesetzgeber mit dem PsychVVG die Fristen für die Bestimmung des Notfallstufensystems sowie für die Erarbeitung der darauf aufbauenden Vergütungsvereinbarung um jeweils ein Jahr verlängert. Nach dem bisherigen Entwurf ist vonseiten der GKV ein dreistufiges System aus Basisnotfallversorgung, erweiterter und umfassender Notfallversorgung vorgesehen. Dieses soll um einzelne Module spezieller Notfallversorgung ergänzt werden. Zugunsten einer Folgenabschätzung für die Konzepte von GKV und DKG wurde nun seitens des Gesetzgebers die einjährige Fristverlängerung bewirkt.

Eines der Kernstücke des KHSG – die Qualitätsoffensive steckt noch weitestgehend in den Kinderschuhen. Die Umsetzungsfristen sind im Gegensatz zu den weiteren Maßnahmen des KHSG langfristig gesetzt. So müssen Qualitätszu- und -abschläge sowie Qualitätsverträge spätestens bis Mitte 2018 umgesetzt werden. Beide Einzelmaßnahmen umfassen jeweils einen Beschluss des G-BA für entsprechende Leistungsbereiche. Zudem müssen sich die Vertragspartner auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag über die konkrete Gestaltung einigen. Einzig bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren lief zum Ende



des Jahres 2016 die Frist ab. Hier hat der G-BA in seiner letzten Sitzung 2016 die Erstfassung mit den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie beschlossen. Die Entscheidung wurde auf Basis der Vorarbeit des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß des gesetzlichen Auftrags getroffen. Auf Basis der Daten der externen stationären Qualitätssicherung wurden Leistungsbereiche vorgeschlagen. Das IQTIG zieht mit dem Kriterium der Patientengefährdung eine Baseline in die Leistungsbereiche ein, damit auf dieser Basis den Ländern relevante Informationen für die Krankenhausplanung zur Verfügung stehen. In der Konsequenz können, müssen aber nicht, Fachabteilungen oder sogar ganze Krankenhäuser bei unzureichender Qualität aus dem Krankenhausplan genommen werden. Die erste Runde mit einrichtungsbezogenen Ergebnissen ist für September 2018 angekündigt.

Zur wirksamen Umsetzung einer qualitätsorientierten Ausrichtung des stationären Sektors wurden im KHSG Konsequenzen für eine unzureichende Erfüllung der Anforderungen vorgesehen. Einerseits werden dem MDK weitere Möglichkeiten zur Überprüfung der Qualitätsanforderungen in den Krankenhäusern eingeräumt, andererseits werden in einer Richtlinie konkrete Konsequenzen festgehalten, die bei Nichteinhaltung von Anforderungen greifen, beispielsweise Vergütungsabschläge oder die Information Dritter über Verstöße. Bisher hat der G-BA zwar seine

Beratungen aufgenommen, konkrete Eckpunkte, die über den gesetzlichen Auftrag hinausgehen, sind noch nicht bekannt.

Der Paukenschlag für Krankenhäuser und Krankenkassen war sicherlich der Schiedsspruch zum Entlassmanagement. Die Relevanz zeigt sich an den Verlautbarungen der Krankenhäuser: Der Schiedsspruch wird als bürokratischer Super-GAU bezeichnet. Zum Hintergrund: Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde nicht zum ersten Mal das Problem der sektorenübergreifenden Versorgung beim Entlassmanagement auf ein neues Fundament gestellt.

Zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, KBV und GKV-SV) sollte zur konkreten Ausgestaltung des Entlassmanagement ein Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2015 geschlossen werden. Die ursprüngliche Frist konnte nicht gehalten werden, zu groß war der Dissens für eine Einigung. Kernstreitpunkte waren u. a. die lebenslange Arztnummer, die Frage des Geltungsbereichs und eine Beteiligung der GKV an den Kosten. Nach dem Erklären des Scheiterns der Verhandlungen wurde das erweiterte Bundesschiedsamt angerufen. Dies legte einen Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs.1a Satz 9 SGBV am 13. Oktober 2016 fest. Zudem sah das Gesetz neben dem Rahmenvertrag Beschlüsse des G-BA vor, die umgesetzt werden konnten. Krankenhäuser sind nun ermächtigt, bis zu sieben Tage ambulante Leistungen

wie Arzneimittel und Heilmittel zu verordnen. Darüber hinaus dürfen sie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Dabei liegt die Verantwortung für das Entlassmanagement nach dem Rahmenvertrag primär weiterhin bei den Krankenhäusern, die Kranken- und Pflegekassen sollen jedoch unterstützend tätig werden. Für die interne Organisation haben die Krankenhäuser einen Entlassplan zu führen, zur Information der nachversorgenden Leistungserbringer ist ein Entlassbrief zu erstellen. Grundsätzlich muss für ein Entlassmanagement die Einwilligung der Patienten vorliegen. Insgesamt treten die Regelungen nun zum 1. Juli 2017 in Kraft.

Die Neuregelung des Entlassmanagements ist ein weiterer Schritt zur Schließung der Versorgungslücke; zu durchwachsen ist nach wie vor die Versorgung in der kritischen Phase der nachstationären Versorgung. Trotzdem gilt es nun die getroffenen Regelungen mit Leben zu füllen und um konkrete Instrumente zu ergänzen. Dort setzt das BKK Innovationsfondsprojekt „Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ an. Dieses wurde gemeinsam vom BKK Dachverband und dem AQUA-Institut beim Innovationsfonds beantragt und zwischenzeitlich positiv beschieden. Während der Rahmenvertrag Entlassmanagement standardisierte Abläufe im Krankenhaus mit multidisziplinärer Zusammenarbeit vorschreibt, sollen im Projekt konkrete Aufgabenbeschreibungen mit der Festlegung von Verantwortlichkeiten entwickelt werden. Dies betrifft

ebenso Krankenkassen wie nachversorgende Leistungserbringer. Außerdem wird ein Algorithmus entwickelt, der im Krankenhaus unter Zuhilfenahme von Routinedaten der Krankenkassen das Assessment der Krankenhäuser unterstützen soll und den spezifischen Bedarf an Entlassmanagement bestimmt. Damit greift das Projekt die im Rahmenvertrag vereinbarten Pflichten auf und entwickelt für die am Entlassmanagement Beteiligten konkrete Instrumente zur Umsetzung.

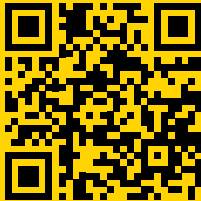
Der Umsetzungsdruck war im Jahr 2016 deutlich zu verspüren und zeigte sich auch durch eine enge Begleitung der Verhandlungen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die gesetzlichen Aufträge zur Umsetzung der Krankenhausreform fordern die Selbstverwaltung stark, wurden und werden aber für Außenstehende weitestgehend geräuschlos umgesetzt. Zwischen den Vertragspartnern bleiben die Konfliktlinien weitgehend unverändert. Die Streitpunkte, die sich durch die Verhandlungen ziehen, sind alte Bekannte im Gesundheitswesen, sie treten nur in neuen Gewändern auf: Zielgenauigkeit der Vergütungssystematik, Transparenz, Verbesserung der Qualität und die Überwindung der sektoralen Trennung. Mit dem GKV-VSG und dem KHSG, so der Eindruck, sollte auch ein Wandel in den Köpfen stattfinden, Strukturen neu zu denken. Bisher ist dies noch nicht tiefgreifend geschehen. Allerdings lässt sich der Wandel auch nicht erzwingen, er braucht schlicht Zeit. ■

BETRIEBSKRANKENKASSEN

SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform www.bkk-dachverband.de finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:

www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt

Stefan Lummer

stefan.lummer@bkk-dv.de

+49 30 2700 406 303
