

NIEDERSCHRIFT

über die **5.** Sitzung
des Krankenhausausschusses
(XVI. Wahlperiode)

öffentlicher Teil

Tag der Sitzung: **14.09.2015**
Ort der Sitzung: Kreiskrankenhaus Dormagen
- Schulungsraum -
Beginn der Sitzung: 17:00 Uhr
Ende der Sitzung: 20:30 Uhr
Den Vorsitz führte: Dr. Christian Will

Sitzungsteilnehmer:

• CDU-Fraktion

1. Herr Dr. Gert Ammermann
2. Frau Barbara Brand
3. Herr Karl-Heinz Ehms
4. Herr Prof. h.c. (BG) Dr. med. Klaus Goder
5. Herr Johann-Andreas Werhahn
6. Herr Dr. Christian Will

• SPD-Fraktion

7. Herr Horst-Heinrich Gerbrand
8. Frau Frederike Küpper
9. Herr Reinhard Rehse

• Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

10. Frau Susanne Stephan-Gellrich

• FDP-Fraktion

11. Herr Simon Kell

• Die Linke-Fraktion

12. Frau Bianca Frömgen

• **Fraktion UWG Rhein-Kreis Neuss/Aktive Bürgergemeinschaft - Die Aktive**

13. Frau Anna Maria Müller

• **Verwaltung**

- 14. Herr Dezernent Ingolf Graul
- 15. Herr Ltd. Kreisrechtsdirektor Stefan Heithoff
- 16. Herr Verwaltungsdirektor Rudolf Hohmann
- 17. Herr Ärztlicher Direktor Dr. F. W. Korsten
- 18. Herr Stv. Verwaltungsdirektor Klaus Mais
- 19. Herr Krankenhausdirektor Ralf Nennhaus
- 20. Herr Ärztlicher Direktor Dr. Karl Günter Noè
- 21. Herr Ärztlichen Direktor Dr. Wolfgang Thier
- 22. Frau Pflegedirektorin Birgit van den Bergh
- 23. Herr Pflegedirektor Thomas Weyers

INHALTSVERZEICHNIS

Punkt	Inhalt	Seite
1.	Informationen über gesundheitspolitische Vorhaben sowie aktuelle Gesetzgebungsverfahren im Bereich der Gesundheitspolitik Vorlage: 540/0807/XVI/2015.....	3
2.	Fortbildung in den Rhein-Kreis Neuss Kliniken Vorlage: 540/0808/XVI/2015	3
3.	Notfallpraxis am Kreiskrankenhaus Dormagen	4
4.	Mitteilungen	4
5.	Anfragen	4

1. Informationen über gesundheitspolitische Vorhaben sowie aktuelle Gesetzgebungsverfahren im Bereich der Gesundheitspolitik Vorlage: 540/0807/XVI/2015

Protokoll:

Herr RA Blum trug anhand der als Anlage 1 beigefügten Präsentation zum aktuellen Beratungsstand verschiedener Gesetzgebungsvorhaben auf Bundes- und Landesebene vor, soweit diese Auswirkungen auf den stationären Versorgungsbereich haben können.

Im Anschluss an den Vortrag erkundigte sich Vorsitzender Dr. Will zu den Möglichkeiten, die dargestellten Auswirkungen der Gesetzgebungsvorhaben noch abzufedern. Herr Blum wies diesbezüglich auf die Beeinflussung der laufenden parlamentarischen Beratungsprozesse, den durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft koordinierten Aktionstag am 23.09.2015 in Berlin sowie die ebenfalls seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft initiierten „Sommergespräche“ hin.

KrhA/20150914/Ö1

Beschluss:

Die Mitglieder des Krankenhausausschusses nahmen die Ausführungen zur Kenntnis.

2. Fortbildung in den Rhein-Kreis Neuss Kliniken Vorlage: 540/0808/XVI/2015

Protokoll:

Vorsitzender Dr. Will dankte der Verwaltung für den umfassenden schriftlichen Bericht, welcher der Einladung zur heutigen Sitzung beigefügt war. Es ergaben sich keine weiteren Fragen.

3. Notfallpraxis am Kreiskrankenhaus Dormagen

Protokoll:

Krankenhausdirektor Nennhaus berichtete anhand der als Anlage 2 beigefügten Präsentation zum aktuell erkennbaren Sachstand.

4. Mitteilungen

Protokoll:

Krankenhausdirektor Nennhaus trug anhand der als Anlage 3 beigefügten Folie zur Einbindung der Rhein-Kreis Neuss Kliniken in die Versorgung der an den Rhein-Kreis Neuss zugewiesenen Flüchtlinge sowie die aufgrund der Brandereignisse im Seniorenhaus Lindenhof, Grevenbroich seit 08.09.2015 im Kreiskrankenhaus Grevenbroich untergebrachten Heimbewohner vor.

5. Anfragen

Protokoll:

KTA Küpper erkundigte sich nach den konkreten Hilfestellungen für die im Kreiskrankenhaus Grevenbroich untergebrachten Heimbewohner des Lindenhofes. PD Weyers berichtete, dass am 08. und 09. September 2015 durch Pflegekräfte des Kreiskrankenhauses Grevenbroich eine Unterstützung gegeben werden konnte. Mit Beginn des Frühdienstes am 10.09.2015 wurde die pflegerische Verantwortung wieder auf die personellen Strukturen des Lindenhofes übertragen.

Da keine weiteren Wortmeldungen vorlagen, schloss Vorsitzende/r Dr. Christian Will um 18:40 Uhr den öffentlichen Teil der Sitzung.

Dr. Christian Will
Vorsitz

Stv. Verwaltungsdirektor Klaus Mais
Schriftführung

Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) – Baumängel in der Krankenhausreform

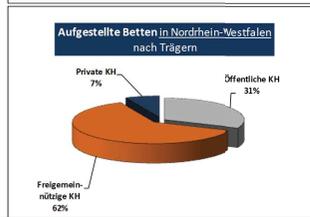
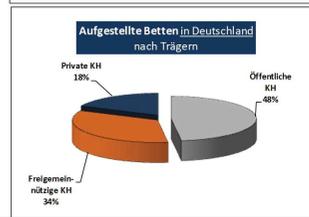
Matthias Blum, Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



5/26

Krankenhäuser und Betten 2013 nach Trägern

Land	Krankenhäuser insgesamt		öffentlich		nach Trägerschaft freigemeinnützig		privat	
	KH	Betten	KH	Betten	KH	Betten	KH	Betten
Deutschland	1.996	500.671	596	240.632	706	170.086	694	89.953
Nordrhein-Westfalen	370	120.247	81	37.707	247	74.445	42	8.095



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2013

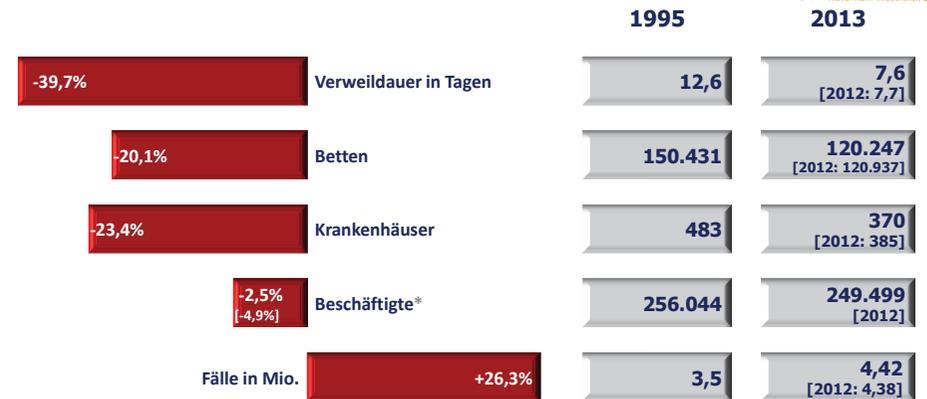
Agenda

- I. Bestandsaufnahme
- II. Krankenhausreform – Anspruch und Wirklichkeit



NDR-Fernsehen: 31.03.2014 „Der Bauunternehmer hat hier Müll hingestellt“

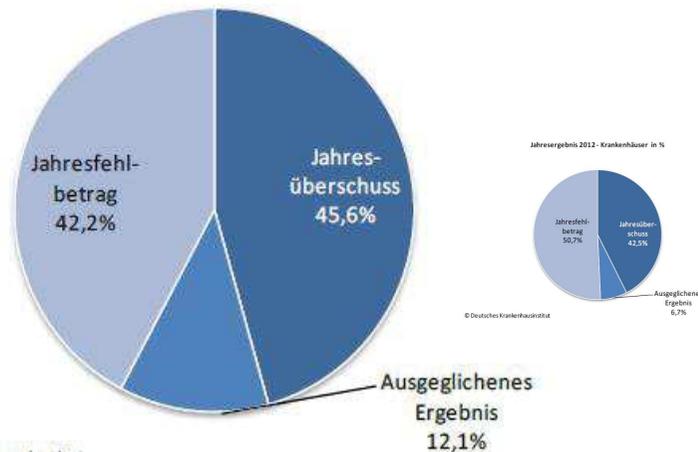
Herausforderung: Kapazitätsentwicklung NRW



Quelle: Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW, IT.NRW, Jg.1995, 2011 und 2012; Krankenhausstatistik 2013, IT.NRW

Seit 2003 wurden in NRW insgesamt 22 Krankenhäuser und 10 Betriebsstätten mit ca. 3.308 Betten aus dem Krankenhausplan herausgenommen. Fünf dieser Häuser (16%) mussten durch Insolvenz des Krankenträgers ihren Krankenhausbetrieb einstellen

Jahresergebnis 2013 – Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhaus-Barometer, 2014 (2013)

6/26

Argumentationspapier des Bundesgesundheitsministers zum KHSg-E



- Argumentationspapier: Fallzahlzunahme 23,7% von 1993 bis 2013
 - DKG: \emptyset 1,2 % p.a. durch demografische Entwicklung und med.-tech. Fortschritt begründet
- Argumentationspapier: Ausgabensteigerung für GKV+ PKV von 45 Mrd. Euro (1993) auf 82,3 Mrd. Euro (2013)
 - DKG: Wert für 2013 stammt aus Gesundheitsausgabenberechnung StatBA mit sämtlichen verfügbaren Ausgaben (auch öffentl. Haushalte, RV, UV etc.); GKV und PKV 2013 bei 71,19 Mrd. Euro
 - Seit 2004 (Einführung der DRG) KH-Behandlung konstant bei 36 % der GKV-Ausgaben

Aktuelle Situation in der Finanzierung



- 2011 bis 2015: Refinanzierungslücke von rund 4,5 %
- Unterfinanzierung des tarifbedingten Personalkostenzuwachses in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro für 2015

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	Summe
Anstieg Tariflöhne (TVöD)	1,80 %	3,50 %	2,80 %	4,07 %	2,50 %	14,67 %
Anstieg Landesbasisfallwerte*	0,32 %	2,07 %	2,66 %	3,06 %	2,07 %	10,18 %
Refinanzierungslücke	-1,48 %	-1,43 %	-0,14 %	-1,01 %	-0,43 %	-4,49 %

*Einschließlich Versorgungszuschlag und Tarifräte.

Landesbasisfallwert: Landespreis eines durchschnittlichen DRG-Falles (Fallpauschale) mit dem Schweregrad 1,0

Agenda



- I. Bestandsaufnahme
- II. Krankenhausreform – Anspruch und Wirklichkeit

Anspruch:

„Die Krankenhäuser müssen von der Politik in die Lage versetzt werden, ohne die Erbringung von Mehrleistungen tariflich gebundene Gehälter an ihre Beschäftigten zahlen zu können, ohne negative Jahresabschlüsse hinnehmen zu müssen.“

Bund und Ländern
BEKANNT

„Die Mehrheit der Krankenhäuser hat in den vergangenen Jahren ihre Betriebsabläufe gestrafft und Rationalisierungsreserven auch im Personalbereich gehoben. Der **weiter bestehende Kostendruck** führt daher nicht mehr zur Effizienzsteigerung und besserer Organisation, sondern zu **weiterer Arbeitsverdichtung und Verschlechterungen im Ablauf des Krankenhausbetriebs, insbesondere in der Pflege.**“

Berechtigte
Erwartungshaltung

7/26

„Krankenhäuser müssen daher in der Lage sein, **unabweisbare Kostensteigerungen (zum Beispiel durch Tariflohnerhöhungen)**, Kostensteigerungen im Bereich der Hygiene durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, stark steigende Prämien für die Haftpflichtversicherungen und die steigenden Umlagen aus dem Erneuerbare-Energien-Gesetz) **ohne Mehrleistungen und ohne Personalabbau zu finanzieren.** Geschieht dies nicht, drohen aus allein wirtschaftlichen Gründen weitere Mengen- und Personalentlassungen.“

Berechtigte
Erwartungshaltung

„Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein. [...] Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird.“

Auszug: Koalitionsvertrag der großen
Koalition 2013

DEUTSCHLANDS ZUKUNFT
GESTALTEN

KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU UND SPD

1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

9/26

Ambulante Notfallbehandlung

- Ø Kosten: 120 Euro je Notfall
 - Ø Erlös (KV-Vergütung): 32 Euro je Notfall
- jährliches Defizit: 1.000.000.000 Euro

➔ Anspruch: 1 Mrd. Euro



Ambulante Notfallbehandlung

- Ø Kosten: 120 Euro je Notfall
 - Ø Erlös (KV-Vergütung): 32 Euro je Notfall
- ➔ jährliches Defizit: 1.000.000.000 Euro

- KHSg-E: Reduzierung des Investitionskostenabschlags für KH (aufgrund der Landesförderung) auf 5 %
➔ jährliche Erlössteigerung 40.000.000 Euro (4 % des jährlichen Defizits)



- I. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
- II. **Versorgungszuschlag**
- III. Landesbasisfallwert
- IV. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
- V. Investitionsfinanzierung
- VI. MDK-Kontrollen
- VII. Weitere „Verbesserungen“
- VIII. Fazit



http://www.google.de/logos/2013/first_day_of_summer_2013-1536005-hp.gif (Abruf Google-Startseite, 21.06.2013; „Sommersonnenwende 2013. Illustration von Christoph Niemann.“)

10/26

Der Versorgungszuschlag muss erhalten bleiben!



Pflegeförderprogramm? – Urteilen Sie bitte selbst

Zur Verdeutlichung: Aktueller Entwurf

+ 110 Mio. €	2017	- 500 Mio. €
+ 220 Mio. €	2018	- 500 Mio. €
+ 330 Mio. €	2019	- 500 Mio. €
+ 660 Mio. €		- 1,5 Mrd. €

Zur Verdeutlichung: Überlegung der SPD

+ 220 Mio. €	2017	- 500 Mio. €
+ 440 Mio. €	2018	- 500 Mio. €
+ 660 Mio. €	2019	- 500 Mio. €
+ 1,32 Mrd. €		- 1,5 Mrd. €





1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

11/26

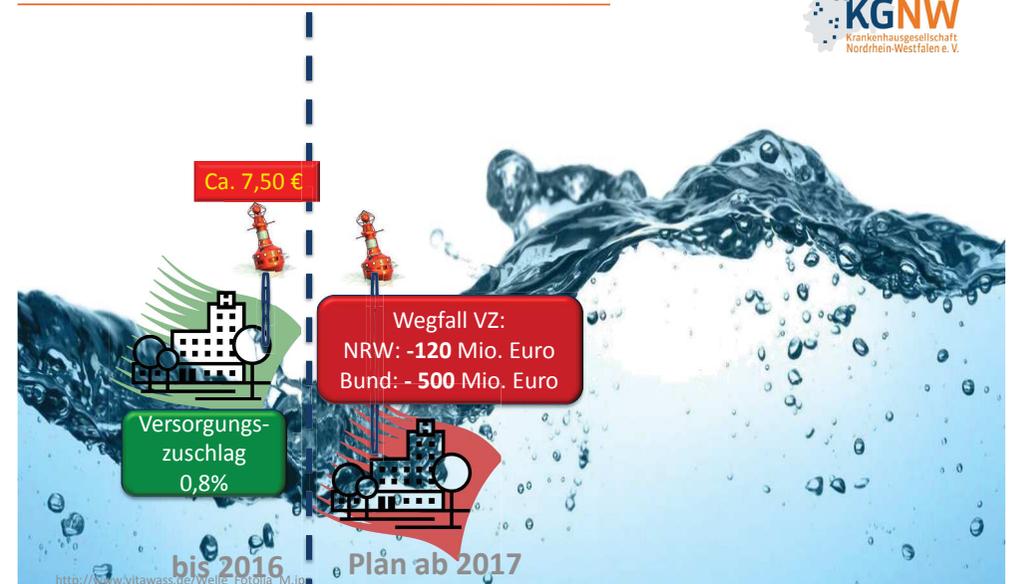
Betriebskostenfinanzierung/
Mengenentwicklung und –steuerung

Landesbasisfallwert ab 2016

BBFW: Korridorgrenzen ab 2016!: -1,02 % und +2,5 %

Folge für NRW: ca. 7,50 €

Anhebung der unteren Korridorgrenze ab 2016



Landesbasisfallwert ab 2017



Wirtschaftlichkeitsreserven

- Produktivität
- Fehlbelegungen
- Verlagerungspotential
ambulant



„Die Bedeutung der landesbezogenen Verhandlung
wird gestärkt“ ab 2020 → 2021



Agenda II Krankenhausreform – Anspruch und Wirklichkeit

1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-
Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

Absenkungstatbestand ab 2021



Fixkostendegressionsabschlag

- Landesebene: Vereinbarung der Höhe (Ausgabenneutralität!)
 - Grundsätzlich 5 Jahre
- Ortsebene: „Fixkostendegression +“ höher + länger für Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“
- Ausnahmen:
 - „Verlagerungs-Leistungen“: Wenn nachweislich keine Mengensteigerung im Einzugsgebiet, dann nur 50 %Abschlag
 - Auf der Bundesebene abgestaffelte Leistungen: Keine zusätzlichen Kürzungen auf Ortsebene
 - Bundesebene verhandelt „engen Katalog“ weiterer Ausnahmen bis 30.09.2016

MLA, Fixkostendegression und „Fixkostendegression +“!

2013	2014	2015	2016	2017	2018
VZ	VZ	VZ	VZ	■	■
MLA 2013	MLA 2013	MLA 2013			
	MLA 2014	MLA 2014	MLA 2014		
		MLA 2015	MLA 2015	MLA 2015	
			MLA 2016	MLA 2016	MLA 2016



Versorgungszuschlag
0,8%

Wegfall VZ:
NRW: -120 Mio. Euro
Bund: - 500 Mio. Euro

bis 2016 | Plan ab 2017

http://www.vitawass.de/Welle_Fotonia_M.jp

14.09.2015 Krankenhausausschuss der Rhein-Kreis Neuss Kliniken | Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) – Baumängel in der Krankenhausreform | M. Blum © KGNW 2015 33

MLA, Fixkostendegression und „Fixkostendegression +“!

2013	2014	2015	2016	2017	2018
VZ	VZ	VZ	VZ	■	■
MLA 2013	MLA 2013	MLA 2013			
	MLA 2014	MLA 2014	MLA 2014		
		MLA 2015	MLA 2015	MLA 2015	
			MLA 2016	MLA 2016	MLA 2016
				FKDA 2017	FKDA 2017
				FKDA + ?	FKDA 2018
					FKDA + ?



Versorgungszuschlag
0,8%

Wegfall VZ:
NRW: -120 Mio. Euro
Bund: - 500 Mio. Euro

Bundesbasisfallwert als
„Summe“ der LBFW

bis 2016 | Plan ab 2017 2018 2019 2020 2021

http://www.vitawass.de/Welle_Fotonia_M.jp

14.09.2015 Krankenhausausschuss der Rhein-Kreis Neuss Kliniken | Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) – Baumängel in der Krankenhausreform | M. Blum © KGNW 2015 34

13/26

Zwischenfazit: Doppelte Degression verdoppelt

1. DRG-Katalog Degressions-Komponente (Mengenstaffelungen)
2. Leistungsmenge degressiert weiterhin beim LBFW (nur Teilabbau)
3. „Fixkostendegression“ Abschlag höher und länger als MLA
4. Zusätzliche Orts-Fixkostendegression - „Fixkostendegression +“

4 x Degression = Leistungsverhinderung pur

Zukünftiger med. Versorgungsbedarf absolut unterfinanziert und am Ende...

rationiert? priorisiert?

Eckpunkte – Präambel: „Dies ist ein Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist. [...]“

Und was heißt das jetzt für Sie...

Auswirkungen für ein einzelnes Krankenhaus ?



Auswirkungen für NRW ?



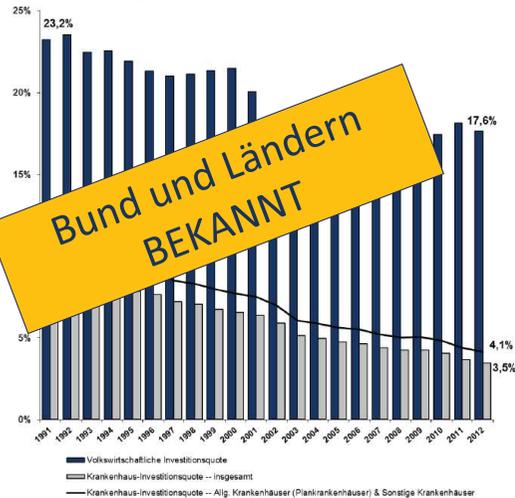
Mangelhafte Investitionsförderung

➔ Anspruch:

„Mit 2,72 Milliarden Euro verharrt die Investitionsmittelbereitstellung der Länder im Bereich des absoluten Tiefpunktes (...). Notwendig wären nach Einschätzung aller Experten mindestens 6 Milliarden Euro. Jedes Jahr fehlen somit weit über 3 Milliarden Euro.“

(DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhaus-Investitionsförderung durch die Länder, **Kliniken fehlen über 3 Milliarden Euro jährlich**, PM 31.01.2014)

Investitionsquoten



Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK

„Die Bundesländer müssen endlich ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen und die Infrastruktur in den Kliniken stärken.“ Da es immer weniger Landesmittel für die Kliniken gibt, müssten die Häuser inzwischen auf die durch die GKV finanzierten laufenden Betriebsmittel zurückgreifen, um Investitionen zu finanzieren.

Seiner Ansicht nach wäre eine Investitionsquote von acht bis zehn Prozent erforderlich, derzeit läge die Quote aber bei etwa vier Prozent. In Zahlen ausgedrückt: Die Kliniken in Deutschland benötigen nach Kassenangaben etwa 5,3 Milliarden Euro für Investitionen, die Länder stellen dafür derzeit rund 2,7 Milliarden bereit. Einige Länder vergeben angesichts knapper Haushalte nur noch Bürgschaften für nötige Investitionen.

Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64012/Kasse-zur-Klinikreform-Laender-in-der-Pflicht>



Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK

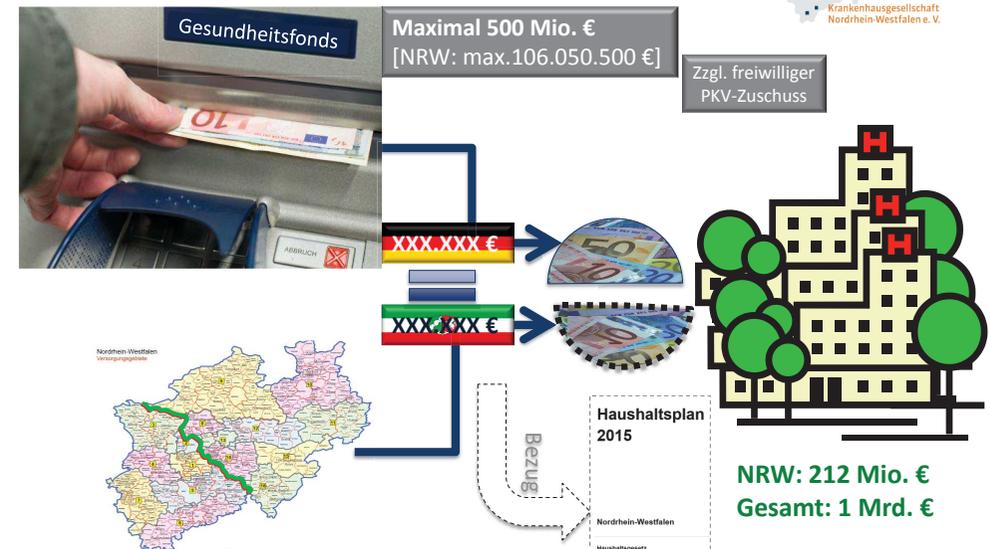
„Der Fonds kann dazu beitragen, die Versorgung der Patienten qualitativ zu verbessern, das eigentliche Problem in der Investitionsfinanzierung durch die Länder löst er aber nicht“

15/26

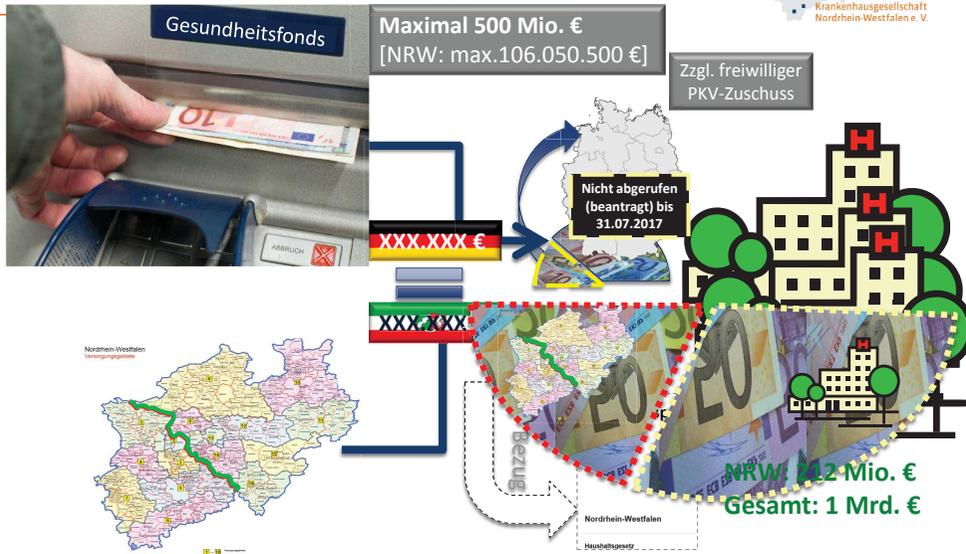
Strukturfonds, §§ 12- 14 neu KHG

- Ziel: Verbesserung der Versorgungsstrukturen
 - Abbau von Überkapazitäten
 - Konzentration stationärer Versorgungsangebote und Standorte
 - Umwandlung in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen
 - Förderung palliativer Versorgungsstrukturen

Strukturfonds - geplante Umsetzung



Strukturfonds - geplante Umsetzung! Aber nur, wenn die KH sich beteiligen!



Agenda II Krankenhausreform – Anspruch und Wirklichkeit

1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

16/26

Die Wirklichkeit des Gesetzentwurfs (Kabinett vom 10.06.2015)

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

A. Problem und Ziel

Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie sichern eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der über eine Million Beschäftigten in den Krankenhäusern ermöglicht wird. Vor dem Hintergrund u. a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung Eckpunkte zur Krankenhausreform vorgelegt, die mit diesem Gesetz umgesetzt werden. Damit setzen sich Bund und Länder für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

B. Lösung

Ausgehend von einem hohen Qualitätsniveau der Krankenhausversorgung werden mit dem Gesetz die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt, so dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Schwerpunkte des Gesetzes:

Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt.

In § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird das Zielkriterium einer

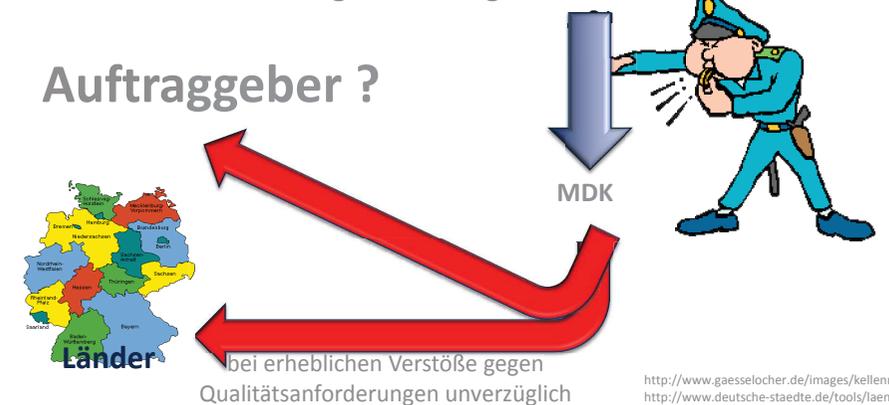


<http://www.synergetik-therapie.de/synergetische-therapie/bilder/lasten.JPG>

MDK- Aufgabenerweiterung

G-BA Qualitätsvorgaben, ESQS, Landesregelungen
zur Qualität – Prüfung Einhaltung/“Kontrolle“

Auftraggeber ?



<http://www.gaesselocher.de/images/kellenmann.gif>
<http://www.deutsche-staedte.de/tools/laender4.gif>

MDK:
Aufwand des
Krankenhauses bisher

MDK:
Aufwand des
Krankenhauses zukünftig



http://de.toonpool.com/user/64/files/opfer_der_eigenen_gier_54825.jpg

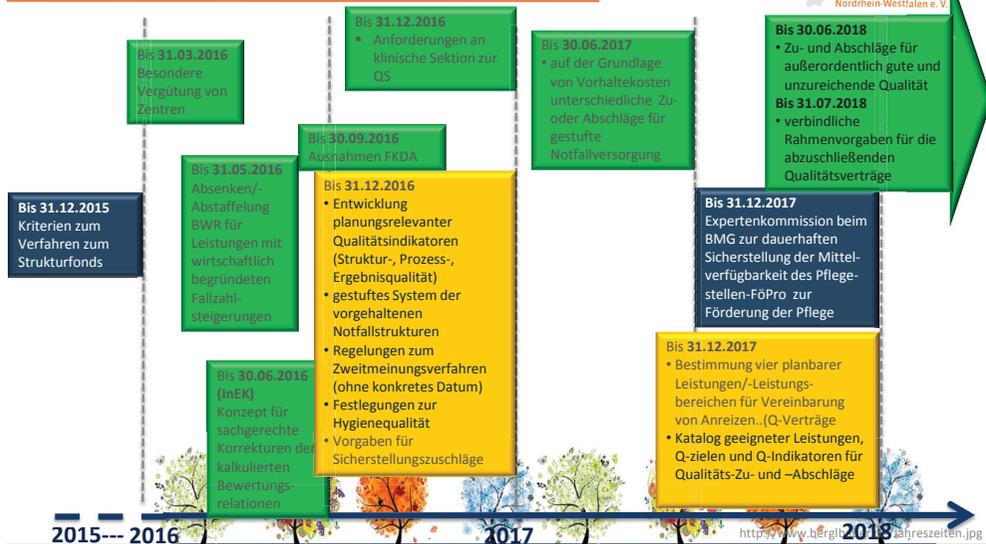
<http://www.adhibeo.de/wp-content/uploads/2013/12/Gesundheitspolitik2.jpg>

1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

17/26

G-BA und Selbstverwaltung: Auftragslage
Kabinettsentwurf KHSG

G-BA
Selbstverwaltung



1. Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung
2. Versorgungszuschlag
3. Landesbasisfallwert
4. Finanzierung des steigenden Bedarfs an KH-Leistungen
5. Investitionsfinanzierung
6. MDK-Kontrollen
7. Weitere „Verbesserungen“
8. Fazit

Wahljahr 2017: Kürzungsjahr

Kürzungseffekte für Krankenhäuser	- 1.050 Mio.
Wegfall des Versorgungszuschlags	- 500 Mio.
Umstellung Landesbasisfallwert (Teilabbau Mengendegression vs. Produktivität neu)	+/- 0
Fixkostendegression auf Ortsebene neu	- 250 Mio.
Nachwirkung Mehrleistungsabschlag 2015, 2016	- 300 Mio.
Mehrausgaben durch Reform	420 Mio.
Pflegestellenförderprogramm (gegen Mehrkosten)	165 Mio.
KH Sicherstellungszuschläge für einzelne KH	10 Mio.
Qualitätszuschläge / - abschläge für einzelne KH	+/- 0
GBA-Zuschläge für einzelne KH (gegen Mehrkosten)	100 Mio.
Zentrumszuschläge für einzelne KH (zusätzlich)	20 Mio.
Senkung Investitionskostenabschlag Ambulanz auf 5 %	40 Mio.
Anhebung unterer Korridor Landesbasisfallwert	85 Mio.

Quelle: DKG

Stellungnahme des Bundesrates am 10.07.2015 im 1. Durchgang



Quelle: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2012-09/bundesrat-frauenquote-gesetzesinitiative>

18/26

Stellungnahme des Bundesrates am 10.07.2015 in 1. Durchgang

Mit der

- Überführung des Versorgungszuschlages in die Landesbasisfallwerte,
 - Verkürzung des FKDA auf 3 Jahre
 - Beendigung der Mehrleistungsabschläge (MLA) Ende 2016
 - Freistellung der LBFW-Verhandlung von den neu vorgesehenen Kürzungskomponenten
 - Verdopplung der Mittel für das Pflegeförderprogramm einschließlich Einbeziehung der Intensivpflegeplätze,
- werden wesentliche Forderungen der KH von der Mehrheit der Länder getragen. Sie unterstreichen damit die Richtigkeit und Berechtigung der massiven Kritik an dem Regierungsentwurf.

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zum KHSG

Prüfzusage! der Bundesregierung insbesondere zu folgenden Forderungen der Länder:

- Basiswirksame Überführung des Versorgungszuschlages in Höhe von 0,8 % in die Landesbasisfallwerte
- Verkürzung des FKDA auf drei Jahre und Reduzierung des FKDA bei Rückgang der vereinbarten Leistungen
- Streichung der Absenkungstatbestände Produktivität, Fehlbelegung und Verlagerungspotenzial im Landesbasisfallwert
- Ausweitung des Pflegestellenförderprogramms auf Intensivpflegepersonal sowie Verdopplung des Volumens

Ablehnung u. a.:

- Abschaffung der MLA zum Ende des Jahres 2015 (ca. – 300 Mio.€)
- Zustimmungspflicht des Gesetzentwurfes

Worauf wir Sie bitten möchten zu achten!
Stellungnahme des Bundesrates mit **Prüfzusage** der Regierung



- Basiswirksame Überführung des Versorgungszuschlages in Höhe von 0,8 % in die Landesbasisfallwerte
- Verkürzung des FKDA (**bitte noch ergänzen: feste Abschlagshöhe im Gesetz**) und Reduzierung des FKDA bei Rückgang der vereinbarten Leistungen
- „FKDA +“: Abschläge auf der Ortsebene
 - **höhere Kürzungsquoten bei besonders personalintensiven Leistungen (z.B. Innere Medizin, Neurologie und Geriatrie = ca. 40 – 50% der Patienten!)**
 - **Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen vorliegen sollen → paradoxe Regelung**
- Streichung der Absenkungstatbestände Produktivität, Fehlbelegung und Verlagerungspotenzial im Landesbasisfallwert
- Ausweitung des Pflegestellenförderprogramms auf Intensivpflegepersonal sowie Verdopplung des Volumens

Worauf wir Sie bitten möchten zu achten!
Stellungnahme des Bundesrates mit **Prüfzusage** der Regierung



- Vollständige Aufhebung des Fixkostendegressionsabschlages (FKDA) bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern
- Gesetzliche Festlegung der unverzichtbaren Ausnahmen vom FKDA
- Verzicht auf die Definition des Einzugsgebietes durch die Selbstverwaltungspartner
- Keine Absenkung im Landesbasisfallwert für Zusatzentgelte für ersetzende und innovative Leistungen zur Behandlung von neuen Patientengruppen
- Klarstellung, dass zur Ermittlung des Orientierungswertes die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser herangezogen werden

19/26

Worauf wir Sie bitten möchten zu achten!
Stellungnahme des Bundesrates mit **Ablehnung** der Regierung



- **Abschaffung der Mehrleistungsabschläge zum Ende des Jahres 2015 (Ansonsten zusätzliche Belastung der Krankenhäuser mit ca. 300 Mio.€ je Jahr und faktisch die Fortführung der doppelten Degression bis 2018)**
- **Vor dem Abschluss von Qualitätsverträgen soll Einvernehmen mit der Landesbehörde hergestellt werden (Ansonsten wird die Krankenhausplanung unterlaufen und 2 Patienten in einem Zimmer werden ggf. unterschiedlich versorgt)**

Worauf wir Sie bitten möchten zu achten!
Zur Zeit noch nicht im Focus der politischen Diskussion!



Ab 2020 (für das Budgetjahr 2021) soll die regelmäßig niedrigere durchschnittliche Vereinbarungsrate für die Landesbasisfallwerte der Maßstab des Bundesbasisfallwertes sein.

Ein solcher Eingriff hätte eine jährliche Kürzung im deutlich dreistelligen Millionenbereich zur Folge!

Diese Regelung sollte dringend gestrichen werden!

KHSG Weiterer (voraussichtlicher) Zeitplan

- 02.10.2015 Bund-Länder AG
- 15./16.10.2015 2./3. Lesung Bundestag
- 06.11.2015 2. Durchgang Bundesrat
- 01.01.2016 Inkrafttreten (einzelne Teile sollen bereits zum Zeitpunkt der 2./3. Lesung in Kraft treten)

20/26

Resolution der KGNW in der Mitgliederversammlung am 06.12.2012

→ Anspruch:

„Die Krankenhäuser müssen von der Politik in die Lage versetzt werden, ohne die Erbringung von Mehrleistungen tariflich gebundene Gehälter an ihre Beschäftigten zahlen zu können, ohne negative Jahresabschlüsse hinnehmen zu müssen.“

MLA, Fixkostendegression und „Fixkostendegression +“!

2013	2014	2015	2016	2017	2018
VZ	VZ	VZ	VZ		
MLA 2013	MLA 2013	MLA 2013			
	MLA 2014	MLA 2014	MLA 2014		
		MLA 2015	MLA 2015	MLA 2015	
			MLA 2016	MLA 2016	MLA 2016
				FKDA 2017	FKDA 2017
				FKDA + ?	FKDA 2018
Quelle: DKG					*FKDA +* ?



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), Inkrafttreten zum 23.07.2015

Auswahl

- § 27b SGB V: Zweitmeinungsverfahren
- § 39 SGB V: Verordnungsmöglichkeiten in begrenztem Umfang, aber zunächst G-BA und dreiseitiger Rahmenvertrag
- § 60 SGB V: Vorabgenehmigungspflicht (Krankenkassen) von Krankentransporten zu einer ambulanten Behandlung
- § 116b SGB V
 - Streichung schwere Verlaufsformen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
 - Verlängerung des Bestandschutzes nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses auf drei Jahre (vorher zwei Jahre)
- § 117 SGB V: Verbesserungen für die Hochschulambulanzen



IHRE
KRANKENHÄUSER
ihre-krankenhaeuser.de



Vielen Dank
für Ihr Interesse!





RHEIN-KREIS NEUSS
Kliniken

KV-Notdienstpraxis am Kreiskrankenhaus Dormagen

- Die **Vertreterversammlung** der KVNO hat am 11.02.2015 eine **Neustrukturierung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes** beschlossen. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Schließung der Notdienstpraxis in Dormagen diskutiert.
- Am 26.06.2015 hat die **Vertreterversammlung** beschlossen, die im Februar 2015 gefassten Beschlüsse zu ergänzen. Dazu gehört u. a. der Beschluss, im allgemeinen ärztlichen Notdienst in Teilen eine **Kooperation mit Krankenhäusern** zu ermöglichen. Dazu soll der Vorstand der KVNO einen Rahmenvertrag mit der KGNW verhandeln.
- Bisher liegt seitens der KVNO die Erlaubnis für den ärztlichen Notdienst vor, mit seinen Räumlichkeiten in das Krankenhaus umzuziehen.

Rhein-Kreis Neuss Kliniken · 14. September 2015 · Sitzung Krankenhausausschuss · Geschäftsleitung



RHEIN-KREIS NEUSS
Kliniken

KV-Notdienstpraxis am Kreiskrankenhaus Dormagen

- Für den Standort Dormagen konnte bisher mit dem Praxisnetz Dormagen ein **Raumkonzept** zum Umzug der Notdienstpraxis in die zentrale Notaufnahme des Krankenhauses **abgestimmt** werden.
- Die **baulichen Voraussetzungen** können nach ersten Schätzungen zum Ende des **ersten Quartals 2016** hergestellt werden.
- Im Weiteren ist es erforderlich, mit der **KVNO** Einvernehmen zum Abschluss eines entsprechenden **Mietvertrages** herzustellen.
- Mit den diensthabenden Ärzten vor Ort sind die **medizinischen Abläufe** und Schnittstellen **abzustimmen**.
- Mit den v. g. Themen sind aktuell **sektorübergreifende Arbeitsgruppen** befasst.

Rhein-Kreis Neuss Kliniken · 14. September 2015 · Sitzung Krankenhausausschuss · Geschäftsleitung

**Mitteilungen**

- Nach dem Brand des Seniorenzentrums Lindenhof sind 8 Bewohner des Hauses als Patienten in den beiden Kreiskrankenhäusern versorgt worden. Insgesamt 20 Bewohner werden für eine längere Zeit ihren Wohnbereich auf der (ehemaligen) Station ED finden.
- Die Station ED wird bereits seit Ende 2012 nicht mehr für die Patientenversorgung genutzt. Vergangenen Dienstag wurden innerhalb eines halben Tages die „Interimsnutzungen“ verschoben und die Station wieder hergerichtet.
- Seit dem Wochenende haben sich die versorgenden Bereiche, die Ambulanz und ab heute auch die Radiologie auf den zusätzlichen Flüchtlingsstrom (300), der dem Kreis zugewiesen wurde, eingestellt.
- Die Stadt Grevenbroich wird bereits seit Wochen mit Verpflegung für die ihr zugewiesenen Flüchtlinge unterstützt, genauso, wie beide Standorte mit medizinischen Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Sitzungsdokumente	
Niederschrift Ö	1
Anlage 1 zu TOP 1	5
Anlage 2 zu TOP 2	23
Anlage 3 zu TOP 3	25
Inhaltsverzeichnis	27