

## Ausgabe 1/2018

### Inhaltsübersicht

- ✓ Editorial
- ✓ CDU, CSU und SPD einigen sich auf Koalitionsvertrag
- ✓ Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst
- ✓ Zukunft der Notfallversorgung
- ✓ Vereinbarung des Landesbasisfallwertes für 2018
- ✓ Pflegepersonaluntergrenzen
- ✓ Mindestmengenregelungen des G-BA
- ✓ Fachprogramm Zentren und Schwerpunkte

### Editorial



Herzlich Willkommen zur ersten Ausgabe von „am Puls“, den Informationen der BKG über die neuesten Entwicklungen in Politik und Selbstverwaltung rund um das Thema Krankenhausversorgung

Seit über fünf Monaten stehen die Mühlen der Gesetzgebung im politischen Berlin still. Doch nach dem SPD-Mitgliederentscheid vom letzten Wochenende wird mit einem **Blick in den Koalitionsvertrag** die Richtung erkennbar, wohin die gesundheitspolitische Reise in dieser Legislaturperiode gehen wird. Wir dürfen gespannt sein, wie unser Gesundheitsminister in spe, Jens Spahn, das Papier mit Leben füllen wird. Währenddessen ist die Selbstverwaltung weiterhin emsig bemüht, die Aufträge des Gesetzgebers abzuarbeiten: Mit einem der letzten gesundheitspolitischen Gesetze der vergangenen Legislaturperiode beschloss der Deutsche Bundestag die Einführung von **Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen**. Die Verhandlungen hierzu laufen weiterhin, auch wenn die Zeit langsam knapp wird: Frist für den Beschluss ist der 30.06.2018.

Wie soll die Notfallversorgung von morgen aussehen? Welche Häuser erfüllen künftig die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung? Darüber berät derzeit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Für uns stellt sich vor allem die Frage, inwieweit das **Konzept der Notfallstufen** die Versorgungssituation in Bayern verändern wird.

Ein weiterer offener Auftrag des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ist die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen vor, was Bayern daraus gemacht hat: Das **Fachprogramm Zentren und Schwerpunkte in der stationären Gesundheitsversorgung**.

Der G-BA ist, wie wir alle wissen, höchst produktiv im Formulieren von Vorgaben. Allein im vergangenen Jahr fällte das Gremium über 400 Beschlüsse. Rechnerisch also mehr als einen täglich. Einer dieser Beschlüsse war die Überarbeitung der **Mindestmengenregelung**, die festlegt, wie viele Leistungen ein Krankenhaus erbringen muss, damit diese Leistung angeboten werden darf.



Alle Jahre wieder ... waren sich Krankenkassenverbände und BKG uneins über die künftige Höhe des **Landesbasisfallwerts (LBFW)**. Nach zähen Verhandlungen schaffte man doch noch eine Einigung, mit der wir zwar nicht unbedingt glücklich sind, mit der die bayerischen Krankenhäuser aber Planungssicherheit für 2018 haben.

In den nächsten Wochen steht für die BKG die künftige Umsetzung des Koalitionsvertrags im Fokus. Es wird darauf ankommen, dass im Hinblick auf die spätere Formulierung im Gesetz entsprechende Klarstellungen und Konkretisierungen erfolgen. Wir werden uns für eine Ausgestaltung einsetzen, die sowohl der Verantwortung der bayerischen Krankenhäuser als Säule der Gesundheitsversorgung entspricht als auch deren berechnigte Interessen berücksichtigt.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre!

Mit besten Grüßen

Ihr

Siegfried Hasenbein  
Geschäftsführer

## CDU, CSU und SPD einigen sich auf Koalitionsvertrag

Am 07.02.2018 einigten sich CDU, CSU und SPD auf ihren Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode. Nach dem positiven Mitgliedervotum der SPD steht damit die wesentliche politische Agenda der kommenden Jahre fest.

In dem 179 Seiten starken Vertrag räumen die Koalitionäre dem Kapitel „Gesundheit und Pflege“ acht Seiten ein, das Kapitel ist damit eines der umfangreichsten. Auch wenn sich die SPD bekanntlich nicht mit ihrer Forderung nach einer Bürgerversicherung durchsetzen konnte, verständigten sich die drei Parteien auf eine ganze Reihe gesundheitspolitischer Maßnahmen. Einen deutlichen Schwerpunkt legen die Koalitionäre auf das Thema Pflege, sowohl in Pflegeheimen als auch im Krankenhaus.

### Positive Maßnahmen geplant

Die Mehrzahl der im Krankenhausbereich geplanten Maßnahmen bewertet die BKG grundsätzlich positiv. Aus dem Vertrag wird deutlich, dass die Große Koalition die Appelle der Krankenhäuser speziell zur Notwendigkeit der Personalsicherung vernommen hat und nun darauf reagiert. Anders als vor vier Jahren kündigen die Parteien keine Kosten- oder Leistungsdämpfungsmaßnahmen an, stattdessen kann die Kliniklandschaft in Deutschland auf mehr Finanzmittel für gezielte Maßnahmen hoffen. Als Beispiele sind die bessere Refinanzierung von Tarifikostensteigerungen, die Wiederaufnahme des Pflegestellenförderprogramms, die Neuaufnahme des Strukturfonds sowie die Ankündigung einer Digitalisierungsoffensive zu nennen.

Folgende Themen des Koalitionsvertrags sehen wir als besonders gewichtig, ihre gesetzgeberische Umsetzung werden wir engmaschig begleiten:

### „Konzertierte Aktion Pflege“ nicht auf Altenpflege beschränken

Die „Konzertierte Aktion Pflege“ zur Verbesserung der Situation in der Pflege ist in aller Munde. Im Rahmen der konzertierten Aktion plant die künftige Bundesregierung unter anderem eine Ausbildungsoffensive. Leider beschränkt sich der Koalitionsvertrag in seinen Ausführungen dabei jedoch auf die Altenpflege. Durch die künftige Generalisierung der Pflegeberufe wird die Kranken- und Kinderkrankenpflege davon eingeschlossen sein, ein Bekenntnis zur dringend notwendigen Nachwuchssicherung auch in den Krankenhäusern lässt der Vertrag jedoch missen.



Für die BKG hat dieser Punkt eine zentrale Bedeutung. Deshalb arbeiten wir daran, dass wir möglichst noch in diesem Jahr bundesweit gemeinsam mit Partnern aus Gesellschaft, Medien und Politik eine Ausbildungsoffensive auf den Weg bringen, um junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen.

### **Herausnahme Pflegekosten aus DRG-System und Ausweitung Pflegepersonaluntergrenzen**

Die Koalitionäre planen, die Pflegekosten aus dem DRG-System herauszunehmen und die Pflegepersonalkosten krankenhausesindividuell zu vergüten. Dieser Schritt ist grundsätzlich positiv zu bewerten: Er ist dazu geeignet, eine bessere Finanzierung der Personalkosten insgesamt, sowohl der Tariflohnentwicklung als auch einer Stellenmehrung, zu gewährleisten. Gleichzeitig ist eine Ausweitung der Personaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen vorgesehen – über Personaluntergrenzen in sog. pflegesensitiven Bereichen verhandeln derzeit GKV-Spitzenverband, DKG und PKV-Verband (vgl. Artikel zum Thema auf Seite 4). Bei einer unsachgemäßen Verbindung beider Instrumente befürchten wir, dass diese nicht zu mehr Personal in den Kliniken führen, sondern sich sogar negativ auf die Versorgungssituation auswirken könnten. Bei der konkreten Ausgestaltung in einem Gesetz wird darauf zu achten sein, dass der krankenhausesindividuelle Pflegepersonalbedarf Grundlage für die Vergütung ist.

### **Refinanzierung Tarifkostensteigerungen muss für alle Berufsgruppen gelten**

Wir appellieren mit Nachdruck dafür, dass die Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen sich auf sämtliche Berufsgruppen bezieht und nicht allein auf die Pflege. Hier ist der Koalitionsvertrag nicht eindeutig. Die Politik muss ihre Versprechen einlösen und erkennen, dass die Personalsicherung insgesamt die Krankenhäuser vor eine enorme Herausforderung stellt. Die Dimension wird angesichts der aktuell laufenden Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst von Bund und Kommunen deutlich, bei denen die Gewerkschaft ver.di eine lineare Erhöhung der Tabellenentgelte um 6,0 %, mindestens aber eine Entgeltsteigerung von 200 Euro monatlich fordert.

### **Bekennnis zur Entbürokratisierung im Krankenhaus fehlt**

Schließlich hätten wir uns im Koalitionsvertrag einen stärkeren Fokus auf das Thema Entbürokratisierung erhofft. Die angekündigte Fortsetzung der Qualitätsoffensive verbinden wir mit der Sorge, dass damit weitere Kontroll- und Dokumentationspflichten für die Krankenhäuser einhergehen. Das Klinikpersonal von bürokratischen Pflichten zu entlasten, wäre dringend notwendig – der G-BA fällte im vergangenen Jahr mehr als 400 Beschlüsse, von denen eine Vielzahl den Krankenhausbereich betrifft. Jeder Beschluss bedeutet für die Mitarbeiter mehr Bürokratie und weniger Zeit für die Arbeit am Patienten.

Weitere krankenhausespolitische Punkte des Koalitionsvertrages kurz zusammengefasst:

- Gemeinsame Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch Kassenärztliche Vereinigung und Landeskrankenhausesgesellschaft mit gemeinsamer Finanzierungsverantwortung: Wir begrüßen die gleichberechtigte Einbeziehung der Krankenhausesseite, sehen jedoch verschiedene Hürden bei der Umsetzung.
- Als zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung im ländlichen Raum sollen Krankenhäuser ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge vorhalten: Dies bietet die Chance für patientenorientierte Versorgungsangebote über die akutstationäre Versorgung hinaus.
- Strukturfonds in Höhe von 1 Mrd. Euro jährlich wird um vier Jahre fortgesetzt: Die weitere Möglichkeit, dass Krankenhausträger eine Finanzierung von Investitionen zur Optimierung der Krankenhauseslandschaft erhalten, ist zu begrüßen.





- Unabhängigkeit des MDK gewährleisten und bundesweit einheitliche und verbindliche Regeln für dessen Aufgabenwahrnehmung: Da der MDK von den Krankenhäusern oftmals als „verlängerter Arm der Krankenkassen“ wahrgenommen wird, halten wir es für wichtig, seine Unabhängigkeit zu gewährleisten.
- Das Hygienesonderprogramm wird verlängert und evaluiert: Damit wird eine positive Maßnahme weitergeführt.
- Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu justieren und Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung übertragen: Dieser Punkt ist aus unserer Sicht enorm wichtig, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern.

## Pflegepersonaluntergrenzen

Wie im Leitartikel dargestellt sind die Themen Pflege und insbesondere die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte die beherrschenden Themen des Kapitels Gesundheit im Koalitionsvertrag. Eine der angestrebten Maßnahmen ist die Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen (PPU) auf sämtliche bettenführenden Abteilungen im Krankenhaus. Bevor es dazu kommt, sollen nach einer Vorschrift aus der letzten Legislaturperiode die PPU nur für bestimmte Bereiche eingeführt werden. Darüber verhandelt die Selbstverwaltung auf der Bundesebene seit Monaten intensiv.

### Beratungen über Beschluss aus der vergangenen Legislaturperiode

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode beschloss der Deutsche Bundestag, Personaluntergrenzen einzuführen, diese sollten jedoch nur für sog. pflegesensitive Bereiche gelten. Welche Abteilungen im Krankenhaus als pflegesensitive Bereiche gelten und wie die Verhältniszahlen aussehen, darüber beraten derzeit GKV-Spitzenverband, DKG und PKV-Verband.

Der Beschluss des Bundestages geht zurück auf die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Die Experten sahen kurzfristigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung. Nach Auffassung von CDU, CSU und SPD haben sich Personalmindeststandards international zur Entlastung des Pflegepersonals bewährt – ein solches Instrument soll nun auch in deutschen Krankenhäusern eingeführt werden.

Bis zum 30.06.2018 hat die Selbstverwaltung noch Zeit, zu einem Ergebnis zu kommen. Als „pflegesensitiv“ gelten dabei jene Bereiche, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegekräften und dem Vorkommen sog. unerwünschter Ereignisse evident ist. Die Untergrenzen sollen das Mindestverhältnis Pflegekraft pro Patient widerspiegeln und ab 01.01.2019 in Kraft treten. Hält sich ein Krankenhaus nicht an die vereinbarten Personalzahlen und liegt kein Ausnahmetatbestand vor, drohen Vergütungsabschläge.



### Stand der Verhandlungen

Trotz mehrerer Verhandlungsrunden bestehen weiterhin viele offene Fragen. Beispielsweise ist ungeklärt, wie die Verhältniszahlen nach ihrer Einführung praxistauglich im Klinikalltag erfasst werden können. Während die Krankenseite auf ein praktikables Verfahren ohne überzogene Dokumentationspflichten drängt, verlangen die Krankenkassen eine umfangreiche detaillierte Aufzeichnung. Kommt zwischen den Verhandlungspartnern keine Einigung zustande, trifft das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Ersatzvornahme die o. g. Festlegungen. Auch wenn die Koalitionäre eine Ausweitung der PPU auf alle bettenführenden Abteilungen planen, drängt das BMG darauf, dass zunächst der aktuelle gesetzliche Auftrag zu erfüllen ist.



## Zukunft der Notfallversorgung

Umfassende  
Notfallversorgung

erweiterte  
Notfallversorgung

Basis-  
Notfallversorgung

Das Krankenhausstrukturgesetz, das 2015 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde, brachte für die Selbstverwaltung eine Vielzahl an Aufträgen mit sich. Laut einem dieser Aufträge soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein gestuftes System an Notfallstrukturen, einschließlich Anforderungen an die Krankenhäuser zur Teilnahme beschließen. Ziel der Regelung ist, dass Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen künftig bessergestellt werden als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang. Dazu sollen gestufte Vergütungszuschläge festgelegt und Krankenhäuser, die die Anforderungen einer Basisnotfallversorgung nicht erfüllen, mit Vergütungsabschlägen versehen werden. Ursprünglich sollte das Konzept des G-BA, das die Kliniken den Stufen Basisnotfallversorgung, erweiterte oder umfassende Notfallversorgung zuordnet, bis zum 31.12.2016 vorliegen. Nachdem die Krankenhäuser wiederholt auf die möglichen Auswirkungen des Beschlusses auf die Situation der Notfallversorgung hingewiesen hatten, entschloss sich Bundesgesundheitsminister Gröhe, die Frist zu verlängern. Der G-BA sollte zunächst die Folgen des Konzepts in einer Studie untersuchen.

### Studie bestätigt Befürchtungen der Krankenhäuser

Nun liegen die Ergebnisse der Studie vor. Diese bestätigen die Befürchtungen der Krankenhäuser: Folgt der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Herr Prof. Hecken, dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, würde deutschlandweit ein Drittel der Kliniken, insbesondere kleinere Häuser, künftig die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nicht erfüllen. In Bayern würde in vielen Regionen kein Krankenhaus zur Verfügung stehen, das innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten eine Notfallversorgung nach Maßgabe des GKV-Spitzenverbandes erfüllt. GKV-Spitzenverband und G-BA betonen, dass die Nichtteilnahme nur im „entgeltrechtlichen“ Sinne zu verstehen sei und die Kliniken zwar Vergütungsabschläge hinnehmen, aber an der Notfallversorgung dennoch teilnehmen müssten. Die BKG hält diese These jedoch für wirklichkeitsfremd.

### Status von Häusern als „Nichtteilnehmer“ – mögliche Szenarien

Aus Sicht der BKG kämen für Krankenhäuser, die eine derartige offizielle Einstufung durch den G-BA erhalten und zudem Vergütungsabschläge hinnehmen müssen, zwei Szenarien in Betracht. Entweder sie ziehen sich aus der Notfallversorgung zumindest teilweise zurück (z. B. durch „Abmelden“ zu ungünstigen Zeiten) oder sie „rüsten auf“, um die Anforderungen zumindest der Basisnotfallversorgung zu erfüllen. Dies betrifft u. a. die Vorgabe (lt. GKV-Spitzenverband), dass mindestens sechs Beatmungsplätze in der Intensivbehandlung vorgehalten werden müssen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) legte dem G-BA einen alternativen Vorschlag vor, der zwar auch Qualitätskriterien für die Teilnahme der Krankenhäuser definiert, jedoch weitaus moderatere Auswirkungen auf die Versorgung hätte.

### Kompromissvorschlag der BKG

Die BKG brachte ihre Bedenken über die DKG und gegenüber dem bayerischen Gesundheitsministerium zum Ausdruck, legte einen eigenen Kompromissvorschlag vor und forderte, die Entscheidung zu vertagen. Nachdem ursprünglich der Beschluss des G-BA noch Anfang März fallen sollte, kündigte der unparteiische Vorsitzende zwischenzeitlich an, diesen auf Anfang April zu vertagen. Auch wenn die Fristverlängerung nur vier Wochen beträgt, werten wir dies als Signal des G-BA, die Bedenken der Krankenhäuser möglicherweise doch zu berücksichtigen und die Auswirkungen des Beschlusses auf die Versorgungssituation nicht gänzlich außer Acht zu lassen. Über die weiteren Entwicklungen werden wir Sie in unserer nächsten Ausgabe informieren.





## Fachprogramm Zentren und Schwerpunkte in der stationären Versorgung

Was ist unter einem Zentrum zu verstehen und welche Häuser können von entsprechenden Zuschlägen profitieren? Bisher war dies von Land zu Land unterschiedlich geregelt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die bisherigen Vereinbarungen zu den Zentrumszuschlägen bundeseinheitlich neu geregelt. Die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten setzen demnach deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde voraus. Zudem können die besonderen Aufgaben nur Leistungen umfassen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen oder anderweitige Regelungen vergütet werden, wie z. B. Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildungsangebote oder das Führen von bestimmten Registern. Tumor- oder Traumazentren nehmen „klassische“ Zentrumsaufgaben wahr.

In Bayern verhandelten im vergangenen Jahr BKG, Krankenkassen sowie die zuständigen Ministerien (Gesundheit und Pflege sowie Bildung, Kultus und Wissenschaft), unter welchen Voraussetzungen eine Klinik im Krankenhausplan als Zentrum ausgewiesen werden kann. Am Ende der Verhandlungen im Krankenhausplanungsausschuss stand das „Fachprogramm Zentren und Schwerpunkte in der stationären Versorgung“.

### Der Weg zum Zentrumszuschlag

Das Fachprogramm weist den Krankenhäusern den Weg zum Zentrumszuschlag der Krankenkassen (siehe Übersicht links).

Sollte im Vorgespräch keine Einigung mit den örtlichen Krankenkassenvertretern erfolgen, kann dennoch ein Antrag beim jeweils zuständigen Ministerium gestellt werden. Grundsätzlich wäre es auch denkbar, auf diesen Schritt zu verzichten, insbesondere, da die Terminvereinbarung mit den Krankenkassen schleppend verläuft.

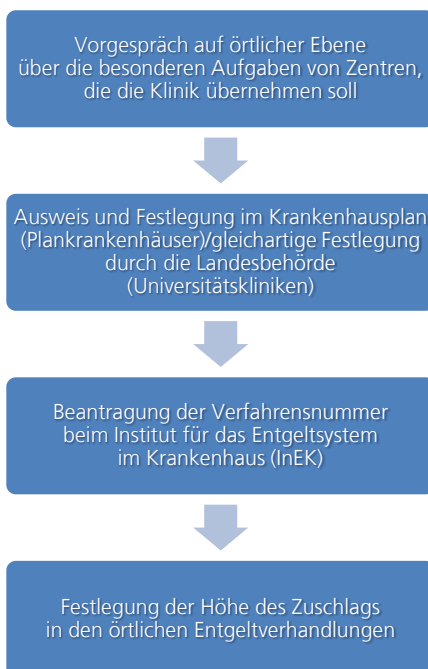
### Welche Häuser qualifizieren sich für das Fachprogramm?

Das Fachprogramm geht davon aus, dass sich primär Maximalversorger für eine Zentrumsbildung qualifizieren. Doch auch Häuser der Versorgungsstufe II und Fachkrankenhäuser können unter bestimmten Voraussetzungen Zentrumsaufgaben wahrnehmen und Zuschläge vereinbaren. Voraussetzungen ist u. a., dass das Haus über mehr als 250 Betten (Fachkrankenhaus) bzw. mehr als 500 Betten (Versorgungsstufe II) verfügt und kein Haus der Maximalversorgung in der Region (gem. Landesentwicklungsplan) die Zentrumsaufgabe anbietet. Über die Zahl der Patienten aus anderen Planungsregionen muss zudem nachgewiesen werden, dass die Klinik ein überregionales Einzugsgebiet hat. Häuser der Versorgungsstufe I sind nach dem Fachprogramm grundsätzlich von Zuschlägen für die besonderen Aufgaben von Zentren ausgenommen.

### Fachprogramm orientiert sich an klassischen Dimensionen der Krankenhausplanung

Das Fachprogramm orientiert sich damit primär an den klassischen Dimensionen der Krankenhausplanung – Versorgungsstufen und Gesamtbetten. Diese Kriterien sind nach Ansicht der BKG ungeeignet, um zu beurteilen, ob besondere Aufgaben von einer Klinik wahrgenommen werden. Dennoch empfehlen wir allen Kliniken, die einen Zuschlag für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten anstreben, sich mit ihrem örtlichen Verhandlungspartner über die besonderen Aufgaben abzustimmen und anschließend einen Antrag beim jeweils zuständigen Ministerium einzureichen.

Mehrere Krankenhäuser in Bayern, die bisher Zentrumsaufgaben wahrgenommen und einen entsprechenden Zuschlag mit den Krankenkassen vereinbart haben, erfüllen die neu definierten Voraussetzungen nicht. Insbesondere die starren Bettenzahlengrenzen sowie die stark unterschiedliche Ausgangsposition beim Nachweis des überregionalen Einzugsgebietes stoßen auf Kritik. Nachdem der Krankenhausplanungsausschuss Nachbesserungen beim Fachprogramm nicht ausschloss, ist zu hoffen, dass die Kriterien nicht als final anzusehen sind.





## Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Für komplexe, planbare Leistungen müssen Krankenhäuser bestimmte Fallzahlen vorweisen, um sie erbringen zu dürfen. Dies gilt für jene Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Ziel der sog. Mindestmengenregelung (Mm-R) ist es, eine gute Behandlungsqualität zu gewährleisten. Bisher definierte der G-BA für sieben Leistungsbereiche Mindestmengen (s. u.), nach einer grundlegenden Überarbeitung der Mm-R im November 2017 dürften nun weitere Leistungsbereiche folgen.

### Schwelle zur Festlegung neuer Mindestmengen deutlich abgesenkt

Die Überarbeitung der Richtlinie geht zurück auf das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Der Gesetzgeber beauftragte damit den G-BA, das Nähere zur Auswahl einer planbaren Leistung sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge zu regeln. Auch wenn bei der Entscheidung über die Mindestmengenfähigkeit einer Leistung die Güte und der Evidenzgrad der zugrunde gelegten Informationen (wissenschaftliche Literatur, ergänzende Informationen aus bspw. Qualitätssicherungsdaten) berücksichtigt werden müssen, wurde die Schwelle zur Festlegung neuer Mindestmengen mit dem KHSG deutlich abgesenkt. Es ist zu erwarten, dass durch die am 01.01.2018 in Kraft getretene geänderte Richtlinie kurz- bis mittelfristig weitere neue Leistungsbereiche mindestmengenpflichtig werden und die Mindestmengen in bestehenden Leistungsbereichen erhöht werden.

### Bereits ab diesem Jahr gültige Änderungen

Neben diesen zukünftigen Entwicklungen ist aber besonders zu beachten, dass bereits ab diesem Jahr die geforderten Mindestmengen nicht mehr pro Krankenhaus, sondern pro Standort gelten. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen, dass der Standort die erforderliche Mindestmenge im nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen wird (Prognose).

### Bisheriger Mindestmengen-Katalog

Der bisherige Mindestmengen-Katalog umfasst folgende Leistungen: Lebertransplantationen (vorgegebene Mindestmenge pro Krankenhaus-Standort: 20), Nierentransplantation (25), komplexe Eingriffe am Ösophagus (10), komplexe Eingriffe am Pankreas (10), Stammzelltransplantation (25), Kniegelenk-Totalendoprothesen (50), koronarchirurgische Eingriffe (noch ohne konkrete Mindestmenge), Versorgung von Früh- und Reifgeborenen < 1.250 g (14).





## Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2018

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) einigten sich Ende Januar über die Vergütung der Krankenhausbehandlungen im Jahr 2018. Danach steigt der sog. landesweite Basisfallwert, die zentrale Größe für die Vergütung der stationären Krankenhausleistungen, von bislang 3.365 Euro auf 3.450,43 Euro. Ausgehend von diesem neuen Basisbetrag sind noch Ausgleichs aus zurückliegenden Jahren zu berücksichtigen. Danach ergibt sich für die Kliniken für das Jahr 2018 ein abrechenbarer Betrag von 3.442,48 Euro (2017: 3.350,50 Euro).

### Elf Milliarden Euro für stationäre Behandlungen

Nach dem Basisfallwert rechnen in Bayern rd. 330 Kliniken ab. Für die Behandlung von über drei Millionen Patienten in den Kliniken Bayerns stehen in 2018 knapp 11 Mrd. Euro zur Verfügung. Die Kliniken müssen nun vor Ort mit den Krankenkassen vereinbaren, welche und wie viele stationäre Behandlungen sie im Jahr 2018 erbringen und mit dem landesweiten Basisfallwert abrechnen werden.

### Basisfallwert als entscheidende Stellschraube

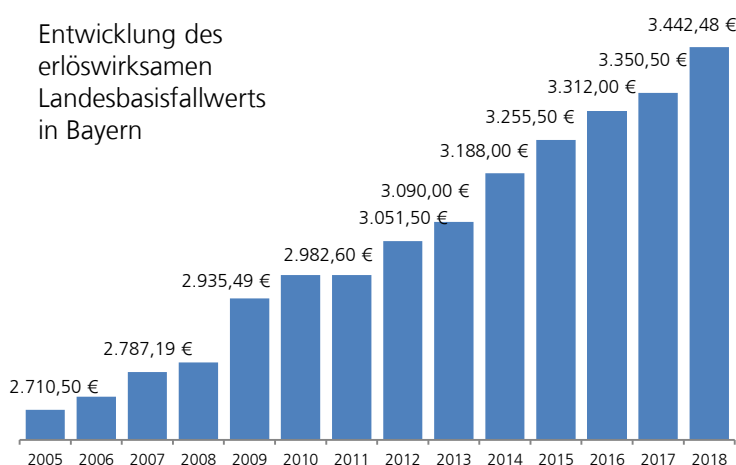
Der landesweite Basisfallwert ist die entscheidende Stellschraube für den größten Ausgabeposten der Krankenkassen. Für die Kliniken bestimmt er den wesentlichen Teil ihrer Erlöse. Im DRG-Vergütungssystem gibt er den Preis für eine Krankenhausbehandlung mit durchschnittlichem Aufwand an.

Je nach Schwierigkeitsgrad der Behandlung wird der Wert 3.442,48 Euro mit einem Faktor multipliziert, der dann den Rechnungsbetrag ergibt. So beträgt z. B. der Faktor für die komplikationslose Entbindung rund 0,5. Für einen schwerstverletzten Patienten mit wochenlanger Intensivbehandlung und Beatmung kann dieser Wert bis zum 60-fachen betragen.

### Abschaffung der „doppelten Degression“ entfaltet noch keine volle Wirkung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz schaffte der Gesetzgeber ab 2018 die „doppelte Degression“ ab, damit führt die Vereinbarung von Leistungssteigerungen nicht länger zu einer Absenkung des Landesbasisfallwerts. Aufgrund von Verrechnungen aus den vergangenen Jahren wird diese Gesetzesänderung jedoch erst ab kommendem Jahr ihre volle Wirkung entfalten.

Entwicklung des  
erlöswirksamen  
Landesbasisfallwerts  
in Bayern



### Impressum

Herausgeber: Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.  
Vorsitzender Oberbürgermeister a. D. Franz Stumpf, Geschäftsführer Siegfried Hasenbein  
Redaktion: Christina Leinhos, Referentin der Geschäftsführung,  
Eduard Fuchshuber, Stabsstelle für Kommunikation, Presse und Öffentlichkeitsarbeit  
Anschrift: Radlsteg 1, 80331 München, T: 089 290830-0, F: 089 290830-99, mail@bkg-online.de, www.bkg-online.de  
Druck: Mühlbauer Druck, Puchheim  
Erscheinungsweise: 4 x jährlich, einmal im Quartal  
Fotos: S. 4 und S. 7 Pixabay sowie S. 5: 677848\_original\_R\_K\_B\_by\_bergeist007\_pixelio.de

