



# Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

20. Gesundheitspolitisches Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt  
am 15./16.11.2018 in Magdeburg

## Mengenbegrenzungen für Krankenhäuser Sind Zugeständnisse Teufelszeug?

Dr. Gösta Heelemann  
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft  
Sachsen-Anhalt

( 1 )





## Mengenbegrenzungen für Krankenhäuser: Sind Zugeständnisse Teufelszeug?

ZUGESTÄNDNISSE?

TEUFELSZEUG?

VON WEM?



AN WEN?

FÜR WEN?

## Mengenbegrenzungen

Um AUSGABEN zu BEGRENZEN, werden

MENGENBEGRENZUNGEN

eingeführt.

Sind diese sinnvoll?

# Mengenbegrenzungen

Im Gesundheitswesen gibt es viele Mengenbegrenzungen:

Für den ambulanten Bereich:

- EBM (Fallzahlbegrenzungen, Budgetbegrenzungen)
- GOÄ

Der Arzt kann aber reagieren und ggf. seine Sprechstunden reduzieren.

# Mengenbegrenzungen

## Für den stationären Bereich:

- Bis 2005 waren es zu viele Pflage tage und zu lange Verweildauern.
- Mit der DRG-Einführung sind es zu viele Fälle.
- Stetige Erhöhung der Leistungsmenge führt zu steigenden Ausgaben.

Der Gesetzgeber hat deshalb Maßnahmen zur Begrenzung der Leistungsmenge ergriffen.



# Mengenbegrenzungen für Krankenhäuser



## Begrenzung der Leistungsmenge durch:

- Mehrleistungsabschlag/Fixkostendegressionsabschlag
- Mehrerlösausgleich
- Mindestmengen/G-BA – Richtlinien
- OPS-Komplex-Codes

# Mengenbegrenzung Mehrleistungsabschlag

## § 4 Abs. 2a KHEntgG - Mehrleistungsabschlag (MLA)

Mehrleistungsabschlag ... auf der örtlichen Ebene, neben dem Abzug beim Landesbasisfallwert (doppelte Degression)							
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
30 %	Keine Vorgabe  Verhandlung auf der örtlichen Ebene (30 % / 35 %)	25 %	25 %  + Mehrleistungs- abschlag von 2013 gilt weiter	25 %  + Mehrleistungs- abschlag von 2013 gilt ein drittes Jahr weiter!	25 %  für ML in 2014 2015 2016	25 %  für ML in 2015 2016 2017	25 %  für ML in 2016 2017 2018

Achtung:  
3-Jährigkeit bleibt!

auch  
FDA

# Mengenbegrenzung Mehrleistungsabschlag

## Mehrleistungsabschlag

- Läuft bis 2018!
- seit 2017 der sog. Fixkostendegressionsabschlag

Für zusätzlich vereinbarte Leistungen wird grundsätzlich drei Jahre lang ein Abschlag (FDA) fällig. Das Klinikum erhält somit mind. drei Jahre lang für die zusätzlich vereinbarten Leistungen nicht den vollen Erlös, sondern lediglich einen Anteil des Erlöses. Der FDA soll so hoch sein, dass nur die variablen Kostenanteile der zusätzlich auf Landesebene vereinbarten Leistungen finanziert werden.

- 2017/2018: Festlegung des FDA durch das BMG auf 35 – 50 %
- Mit dem Pflegestärkungsgesetz wird der FDA vom Gesetzgeber dauerhaft auf 35 % festgesetzt.
- Ähnlich wie beim Mehrleistungsabschlag gibt es beim FDA Ausnahmetatbestände (abschlagsfreie Leistungen - § 4 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 1a)-e) KHEntgG und Leistungen mit hälftigem FDA - § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 2 KHEntgG)



# Mengenbegrenzung Mehrleistungsabschlag

Haben die Abschläge die Leistung beeinflusst?

(Auswertung der BEV Unterlagen der KH)

Zusammenhang zwischen  
Mengenentwicklung und Mehrleistungsabschlag  
kann nicht nachgewiesen werden!

# Mengenbegrenzung Mehrerlösausgleich

## Mehrerlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG

- Leistungen, die zusätzlich erbracht, aber vorher nicht in einer Budgetverhandlung vereinbart wurden, werden mit nur 35 % des regulären Erlöses vergütet.
- Wird das vereinbarte Budget nicht überschritten, so wird kein Ausgleich fällig.
- Seit mehr als 10 Jahren gültig, wird unverändert fortgeführt

D.h. die Krankenhäuser zahlen 65 % der Mehrerlöse  
an die Kassen zurück!

Dieses Verfahren wäre in der Privatwirtschaft undenkbar!

# Mengenbegrenzung Mindestmengen

## Mindestmengen

Gesetzliche Grundlage: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

- G-BA benennt planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht.
- G-BA legt auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse jährliche Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest.
- In den Mindestmengenregelungen ist definiert, in welchem Fall ein Krankenhaus die Leistungen, zu denen Mindestmengen festgelegt sind, erbringen darf: Wenn die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird.
- Ausnahmeregelungen: Erstmalige oder erneute Leistungserbringung / Ausnahmetatbestand „Hohe Qualität“ (G-BA) / leistungsspezifische Ausnahmetatbestände können festgelegt werden.

Wenn die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden!

# Mengenbegrenzung Mindestmengen

## § 136b SGB V – Nachweispflichten lt. G-BA-Richtlinien

von der Mindestmengenregelung erfasste Leistungen

Leistungsbereich	jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus
1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
5. Stammzelltransplantation	25
6. Kniegelenk Totalendoprothesen (je Betriebsstätte)	50
7. Koronarchirurgische Eingriffe	bisher nicht festgelegt
8. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 g und ausgewiesenem Level 1	14

➔ Meldung zu der Mindestmengerfüllung musste bereits im Vorjahr erfolgen (Prognose lt. § 136b Abs. 4 Satz 3 bis 5 SGB V) --- Ist diese Prognosemeldung bei der Budgetverhandlung anzugeben?

G-BA-RL (bisher)

a	Konformitätserklärung Bauchortenaneurysma	liegt vor:			
b	Anlage III ACI Kniegelenk	liegt vor:			➔ gilt noch
c	Richtlinie zur Kinderonkologie	liegt vor:			
d*	Qualitätsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen (NICU)	liegt vor:			
e	Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappenintervention (MHI-RL)	liegt vor:			für
e	Qualitätskriterien lt. Richtlinie herzchirurgische Versorgung bei Kindern	liegt vor:			

\* A=LEVEL 1; B=LEVEL 2; C=perinataler Schwerpunkt

G-BA-RL (neu)

f	Positronenemissionstomographie (PET) in KH bei Indikationen Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	liegt vor:		
---	--	------------	--	--

# Mengenbegrenzung OPS Komplex Codes

## OPS-Komplex-Codes

### Checklisten

- Krankenkassen fordern Übersicht der vorzulegenden Checklisten zu den betreffenden OPS-Komplex-Codes

Bei Nichtvorlage wird die entsprechende Leistung nicht vereinbart! Damit auch nicht vergütet!

- KGSAN lehnt das ab.

Problem:

- Welche Checklisten? Kasseneigene Checklisten mit Angabe von Namen! Datenschutz?
- Keine rechtliche Grundlage! Lieferung ist freiwillig.



# OPS-Komplex-Codes

Anlage 3b Komplex-OPS		Anlage Komplex-OPS 2017	
Musterkrankenhaus 1			
Nachfolgend aufgeführte Checklisten (CL) wurden vom Krankenhaus (KH) vorgelegt. Mit Vorlage der CL bestätigt das KH das Vorliegen der geforderten Mindestvoraussetzungen. Für den Fall das unterjährige Veränderungen in den Mindestmengen eintreten oder Mindestmerkmale in ihrer erforderlichen Gesamtheit nicht mehr vorliegen, verpflichtet sich das KH, dies unverzüglich den Pflegesatzparteien anzuzeigen.			
OPS	Bezeichnung	SEG 4 Checkliste vorgelegt am:	Bemerkung
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation		
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation		
8-918	Multimodale Schmerztherapie		
8-972	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie		
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung		
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung		
8-975.3	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung		
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems		
8-97a	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen		
8-97c	Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation		
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson		
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung		
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung		
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]		
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung		
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]		
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand		
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung		
8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit/ohne Anwendung eines Telekonsildienstes		
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter [Basisprozedur]		
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung		
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
9-402	Psychosomatische Therapie		

Strukturprüfungen -  
Forderung der  
Kassen

**Ablehnung KGSAN!**

9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-641	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern
9-66	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

{ 14 }



# Mengenbegrenzungen für Krankenhäuser

MENGENBEGRENZUNGEN  
führen in den Budgetverhandlungen zu  
STREITIGKEITEN!



Budgetabschlüsse erfolgen oft erst  
nach Einschätzung der tatsächlichen Leistungen (IST) ---> Krankenhaus will  
unnötige FDA-Abschläge (35 %, 3 Jahre) vermeiden!

Was ist die IST-Leistung?

KGSAN: tatsächlich abgerechnete Leistung per 31.12. d. jeweiligen Jahres

KK: tatsächlich abgerechnete Leistung per 31.12. d. jeweiligen Jahres

abzgl. fiktive MDK-Prüfquote!



Nicht abgeschlossene MDK-Prüfungen werden im  
Erlösausgleich (bis 4 Jahre später) berücksichtigt. !

## § 4 Abs. 2b KHEntgG – Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

### Ausnahmetatbestände vom FKDA:

1. a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,  
b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln  
c) Zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,  
d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie  
e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde,
2. Häufig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.

Für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, ist der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen.

#### Bemerkungen

- ⇒ Liste wurde vom InEK veröffentlicht
- ⇒ Problem: Auswirkungen der Krankenhausplanung als Ausnahmetatbestand gibt es nicht mehr
- ⇒ Bundesschiedsstelle festgelegt
- ⇒ Vereinbart auf Bundesebene
- ⇒ Einzugsgebietsdefinition auf Bundesebene erfolgt: überwiegend Anteil der Patienten im eigenen Krankenhaus > 70 %
- ⇒ Nachweis sehr schwierig!

hohes Streitpotential





## FAZIT

### Herausforderungen der demografischen Entwicklung

- steigende Morbidität (= Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe)
- sinkende Mortalität (= Sterberate)
- demografischer Effekt:

Steigender Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil jüngerer ---> mit der Anzahl älterer Menschen steigt auch der Anteil kranker Menschen.



Müssen im Gesundheitswesen versorgt werden!

Leistungsanspruch!

# FAZIT

## Bestrafung des Leistungserbringers Krankenhaus



### Sanktionen bei Mehrleistungen

- > 35 % FDA
- > 65 % Rückzahlung der Mehrerlöse



### Kontingentierung, die mit Qualitätsmerkmalen begründet wird

- > Mindestmengen
- > G-BA Richtlinien
- > OPS Codes

## FAZIT

Herausforderungen  
der demografischen Entwicklung



WIE GEHT DAS ZUSAMMEN?!

Bestrafung  
des Leistungserbringers KRANKENHAUS  
durch Sanktionen/Kontingentierung

## FAZIT

Und  
müssen die Krankenhäuser  
auch unter den  
„Daumenschrauben“  
nicht schließlich doch  
alles leisten?



**DRUCK** #40130517

## FAZIT

Was ist nun TEUFELSZEUG?



## Aus aktuellem Anlass

### „Teufelszeug“ BSG-Urteile

- BSG-Urteil vom 19.07.2018 – B 1 KR 39/17: neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- BSG-Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 19/17 R: geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung



#### Hauptkonflikte:

- Abrechnungsschwierigkeiten ab Urteilsdatum bzw. Klagen
  - Keine Vergütung mehr (Barmer)
  - Vergütung unter Vorbehalt (Barmer, teilweise AOK)
- Klagen, rückwirkende Verrechnung bzw. Verjährungsverzicht (Barmer)

#### Aktuelle Lösungsansätze PpSG:

- Klarstellungen zu den OPS-Kodes
- Rückwirkende Verkürzung der Verjährungsfristen

## Aus aktuellem Anlass

### Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

- Rückwirkende Klarstellung zu den medizinischen Klassifikationen

Das DIMDI kann Klarstellungen zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen!



Reaktion auf BSG-Rechtsprechung zum Schlaganfall (Transportentfernung), Rechtssicherheit für abgeschlossene Abrechnungsfälle!

## Aus aktuellem Anlass

### Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

- Zweijährige Verjährungsfrist für Ansprüche GKV  
Erstattungsansprüche der GKV verjähren nach zwei Jahren

#### → Neue Verjährungsregelung

- Gesetzliche Ausschlussfrist für die KK auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 01.01.2017 entstanden sind
- diese mussten bis zum Tag der 2./3. Lesung im BT (09.11.18) geltend gemacht werden, eine spätere Geltendmachung wurde ausgeschlossen.



## Aus aktuellem Anlass

Rückforderungen der Krankenkassen  
Klageerhebungen mit Stichtag 09.11.2018

- ↳ Forderung nach Rückzahlung der bereits geleisteten Vergütungen für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und die neurologische Komplexbehandlung

War das wirklich nötig ?



Folge:

Erhebliche Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser!





Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!