

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

– aus Sicht der GKV

SEG 4–Jahrestagung 2019
29. Januar 2019
Mövenpick Hotel Stuttgart Airport

Dr. Claas Bentlage
Referat Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser
GKV–Spitzenverband



OPS-Komplexkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Die Krise: Seit Ende 2017 große Empörungswelle



Spitzenverband

Michael Phielor

OPS-Komplexkodes sind verfassungswidrig

Die heutigen OPS-Komplexkodes mit ihren zunehmenden Merkmalen der Qualitätssicherung verstoßen gegen Verfassungsrecht. Der Autor, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, begründet seine These in folgender Weise: Derzeitige Verfahren fehlerhaft, bestehend aus Wesentlichkeitstheorie...

Prof. Dr. Norbert Roeder, Martin Heumann, Dr. Holger Bunzemeier

BSG-Urteile Stroke-Unit und Geriatrische Komplexbehandlung

Die Urteile des 1. Senats des Bundessozialgerichtes (BSG) zur geriatrischen und zur neurologischen Komplexbehandlung schockieren die Krankenhäuser. Krankenkassen beginnen aktuell, unter Hinweis auf diese Urteile die Abrechnung der neurologischen Komplexbehandlung auf Stroke Units sowie die Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung auf Stroke Units zu verweigern. Dies führt zu erheblichen Versorgungsengpässen. Entsprechend...



Dr. med. Heinz-Georg Kayzers, Dr. med. Andreas Stockmanns, Dr. Jürgen Freitag

BSG-Urteil zur halbstündigen Transportentfernung

Katastrophale Folgen für die neurologische Versorgung in Deutschland



Notruf aus allen Krankenhäusern an die Politik

Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus

Eine systemische Erkrankung?

Inakzeptable Kürzungen der Vergütungen für erbrachte Leistungen – eine Denkschrift

BSG-Urteil zur Schlaganfallversorgung

Die Krankenhäuser trifft der Schlag

Premium

f&w / Politik / 25.07.2018



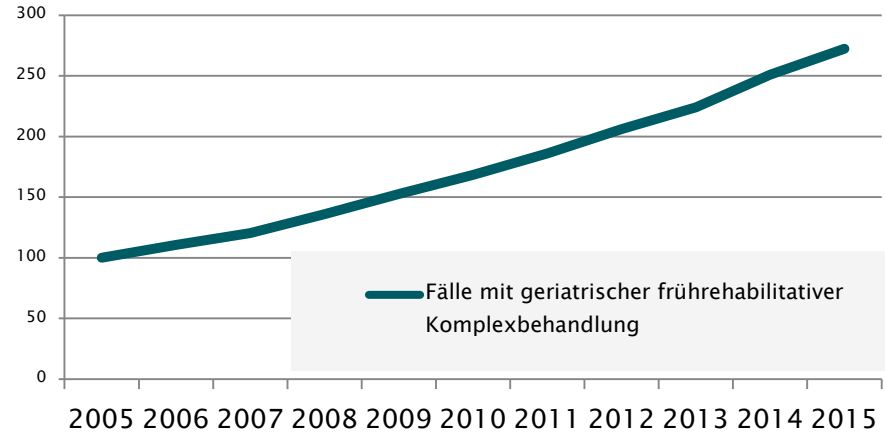
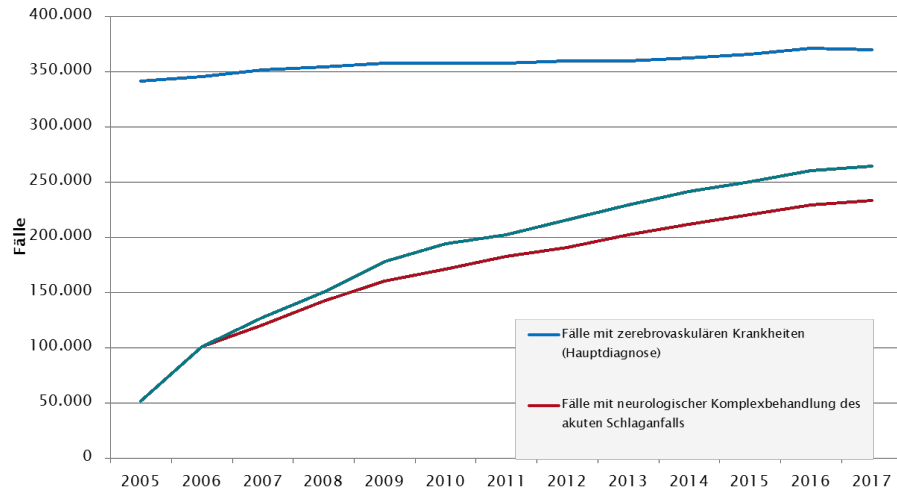
f&w

OPS-Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktr​chtig?

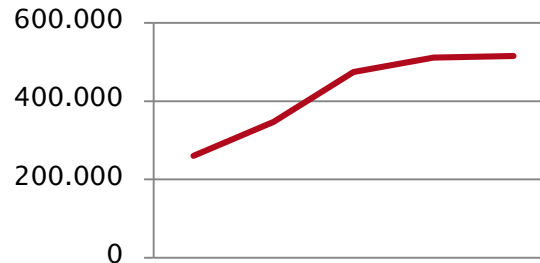
Krise: Am Anfang des Konfliktes steht immer die Mengenentwicklung



Spitzenverband



Entwicklung Fallzahlen „Super-SAPS“ 2013 – 2017



Quelle: Krankenkassendaten

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Warum entstehen OPS–Komplexbehandlungen

OPS– Komplexcodes sind Geldverteilungsmechanismen.

Sie werden geschaffen um u.a. folgende Ziele zu erreichen:

- ▶ Mehr Geld für arme Fächer (Neurologie, Geriatrie)
- ▶ Verdrängung der Konkurrenz (Stroke unit)
- ▶ Behandlung in die Fläche bringen (Palliativ, Geriatrie)
- ▶ Um politischen Zwängen zu genügen (Palliativdienst)
- ▶ Um eigene Behandlung darzustellen (Ernährungsmedizin)
- ▶ Vorhaltekosten abbilden (intensivmedizinische Komplexbehandlung)



OPS-Kodes: Entstehung, Krise, Ausblick

Wie entsteht ein OPS-Kode: Zeitstrang



Spitzenverband



Einflussfenster der GKV ist sehr klein und nur beratend

Quelle: dimdi.de

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Die Fachgesellschaften und das BMG entscheiden was kommt

- ▶ Die AG OPS im DIMDI ist kein Abstimmungsgremium (wie z. B. der G–BA).
- ▶ Jeder kann Vorschläge einbringen.
- ▶ Aber die Fachgesellschaften bestimmen wesentlich was beraten wird.
- ▶ Am Ende entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als übergeordnete Behörde.
- ▶ DKG, GKV, AWMF, BG, KBV, PKV usw. können alle nur beraten.

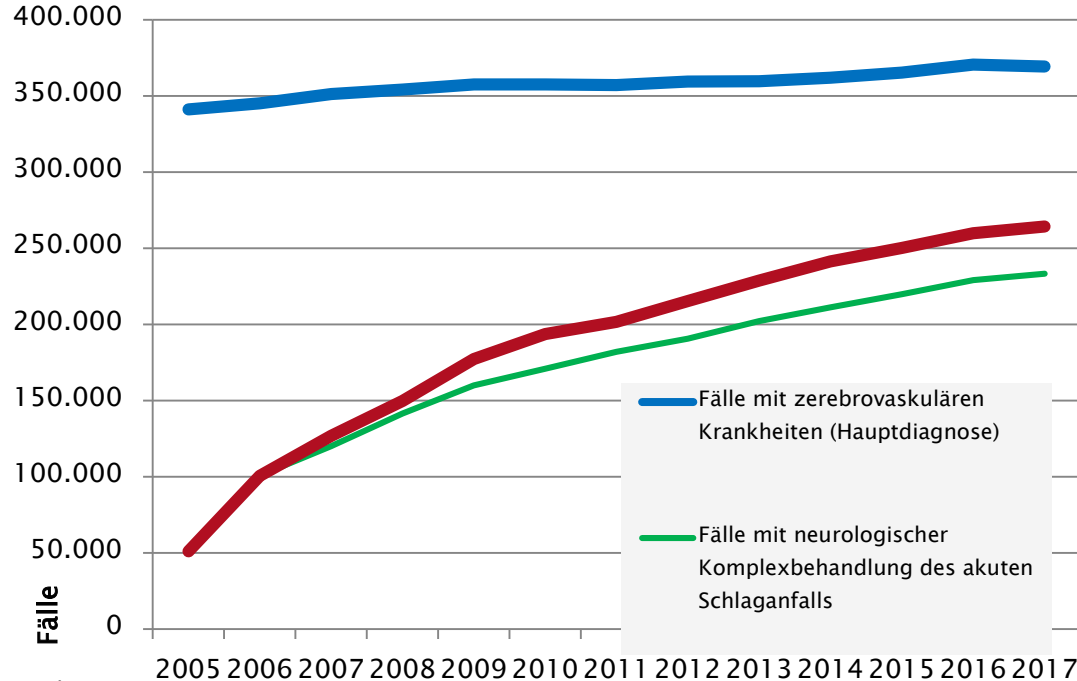
Botschaft: Gegen die Fachgesellschaften geht nichts!

OPS-Komplexkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Geldverteilungsmechanismus: Es wird geliefert was bestellt wird



- ▶ Trotz besserer Diagnostik **allenfalls 8 %** Zunahme der Schlaganfälle
- ▶ **Massive Zunahme der Komplexbehandlungen**
- ▶ **260.000 Fälle an 450 Standorten**
- ▶ Erlösvolumen ca. 1,6 Mrd. Euro
- ▶ Im **Durchschnitt** macht die Stroke Unit **7 %** des Erlösvolumens des jeweiligen Krankenhauses aus (Spannweite 51 – 0.1 %)



Quelle: Krankenkassendaten



OPS-Komplexkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Geliefert wie bestellt: Stroke unit hinter jeder Milchkanne

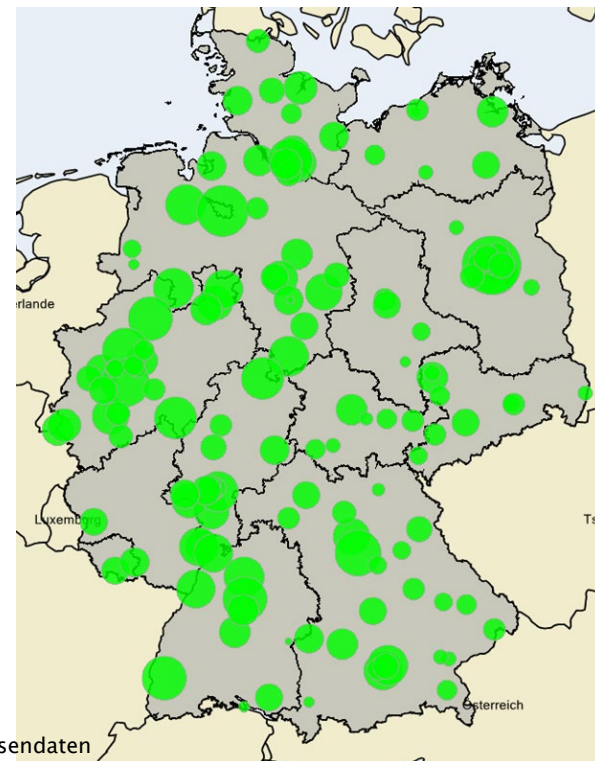
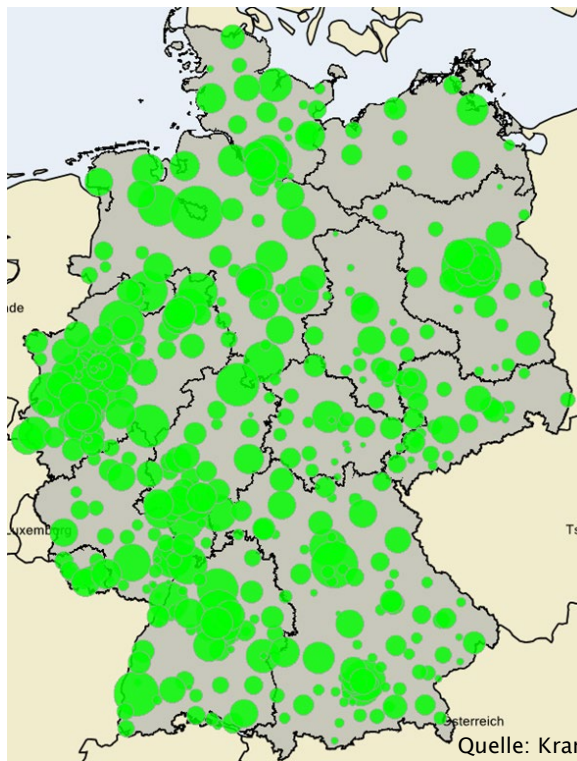


Spitzenverband

Stroke Units heute
(Fallzahl als Kreis)

Stroke Units mit Neurochirurgie und Neuroradiologie
(Fallzahl als Kreis)

- ▶ Die Empörung aus Rheinland-Pfalz ist erklärbar. Aber ist sie berechtigt?
- ▶ Vorwiegend kleine Kliniken betroffen – eigentlich sinnvoll.
- ▶ Durchsetzung der BSG-Kriterien führt zur **Verlängerung der durchschnittlichen Pkw-Fahrtzeit für Patienten um 2,4 min!** (22,1 auf 23,5; 80 %-Perzentil von 29,1 auf 28,1)



Quelle: Krankenkassendaten

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

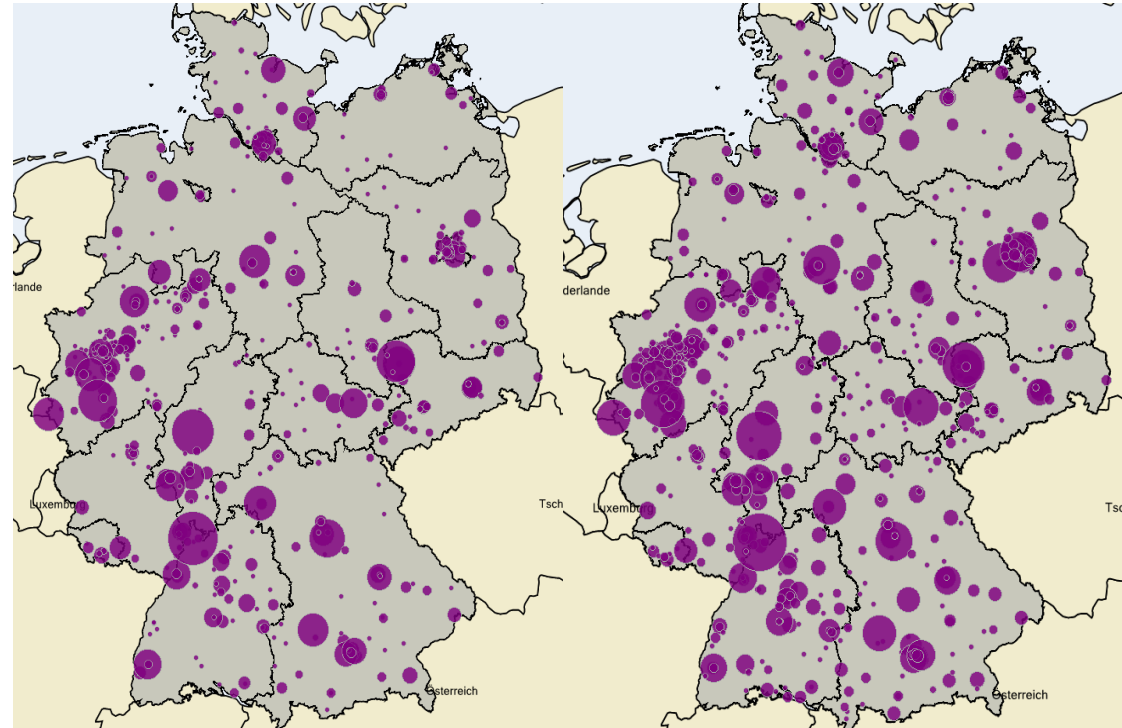
Geliefert wie bestellt: Ein Maximalversorger hinter jeder Milchkanne



Spitzenverband

2014

2016



- ▶ Die Größe der Kreise entspricht der Menge der abgerechneten aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen.
- ▶ Viele Krankenhäuser. Viel Konkurrenz. Viel Super-SAPS.
- ▶ „Oppositionelles Wachstum“

Quelle: Abrechnungsdaten der Krankenkassen

OPS-Kodes: Entstehung, Krise, Ausblick

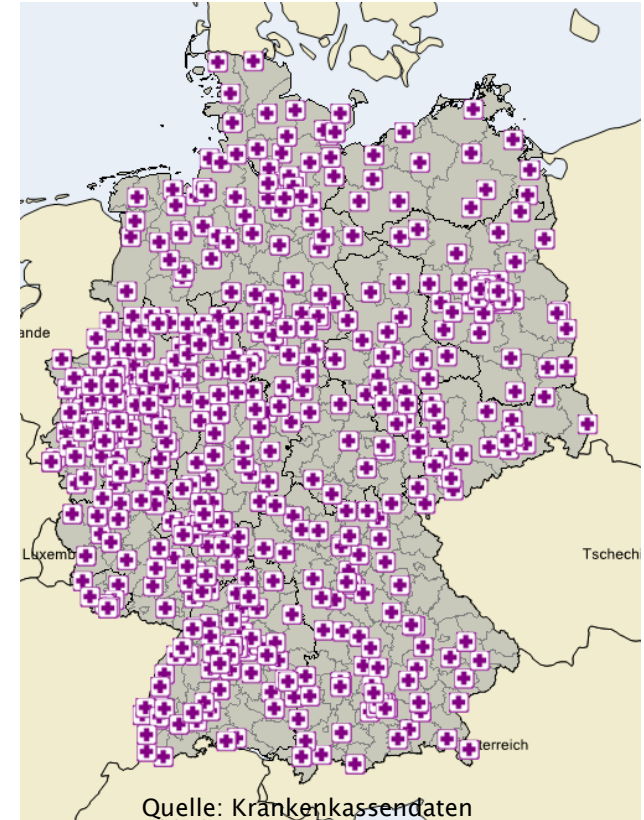
Geliefert wie bestellt?: Viel Geriatrie für die Städter



Spitzenverband

Viele Geriatrien und hohe Kosten

- ▶ 585 Abteilungen rechnen mehr als 50 Fälle mit geriatrischer fruhrehabilitativer Komplexbehandlung ab (Karte rechts)
- ▶ 3 Mrd. Euro Ausgaben bei 410.000 Fällen
- ▶ Durchschnittliche Pkw-Fahrzeit zu einer geriatrischen Einrichtung 20 min aber weiße Flecken im ländlichen Raum
- ▶ Viele fallzahlstarke Häuser, bei denen die geriatrische Komplexbehandlung über 90 % des Erlosvolumens ausmacht



Quelle: Krankenkassendaten

OPS-Komplexkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

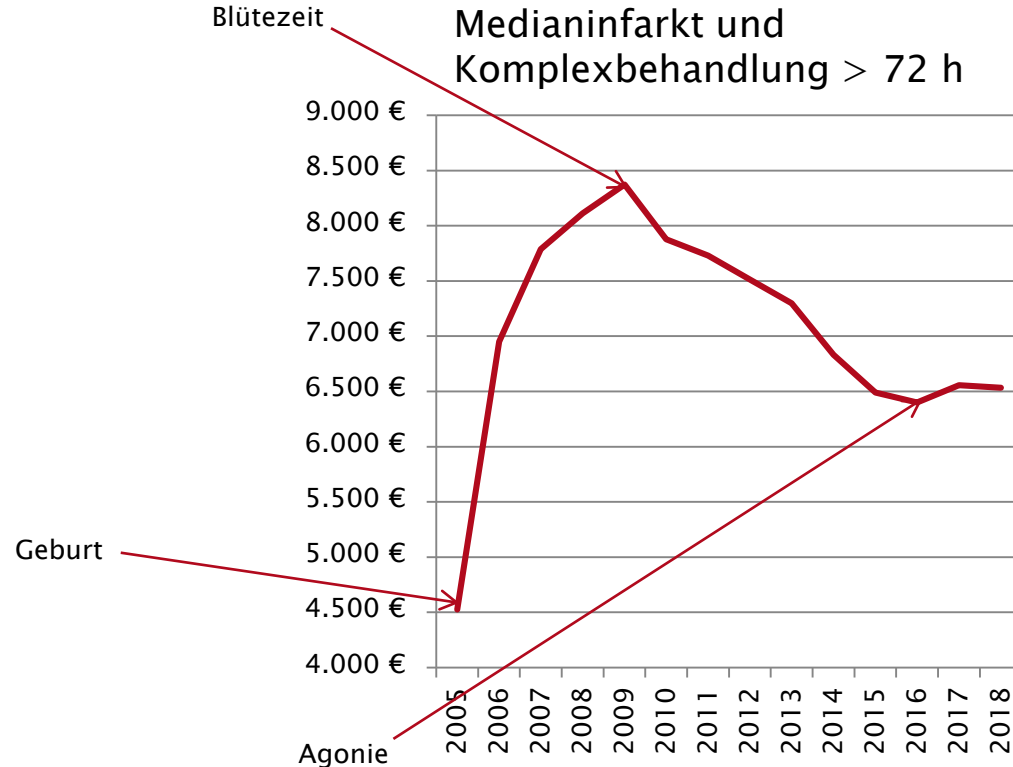
Geldverteilungsmechanismus Teil 2: Steigt die Menge sinkt der Preis



Spitzenverband

- ▶ Ablaufoptimierung der Prozesse führt zur Mengensteigerung. Die Mengensteigerung führt in die Erlösminderung.
- ▶ Die Erlösminderung heizt die Mengentwicklung an („Flucht in die Menge“).
- ▶ Erlösminderung führt zur erneuten Ablaufoptimierung (Verweildaueroptimierung und Monosortimentierer).

Erlösverfall bei Hauptdiagnose Medianinfarkt und Komplexbehandlung > 72 h



OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Geriatric: Wenn man nur einen Hammer hat, ist alles ein Nagel.



Spitzenverband

Resultat 3: Monosortimentierer

- ▶ Eine Anzahl Krankenhäuser lebt nur noch von der geriatrischen Komplexbehandlung.
- ▶ Die Ausrichtung der wirtschaftlichen Lage an einem Kode führt zu Schwierigkeiten bei Veränderungen dieses Kodes.
- ▶ Wenn man nur eine Behandlung anbietet, bekommt der Patient auch nur diese eine Behandlung.
- ▶ Frage: Ist das die Spezialisierung, die wir wollen ?

| Krankenhaustandort | Fallzahl | Anteil der Geriatrischen Komplexbehandlung am Gesamterlös des Krankenhauses |
|--------------------|----------|---|
| A | 829 | 99,3% |
| B | 1.678 | 98,9% |
| C | 620 | 98,6% |
| D | 1.165 | 98,5% |
| E | 1.099 | 98,0% |
| F | 1.947 | 97,9% |
| G | 636 | 97,9% |
| H | 1.594 | 97,8% |
| I | 2.606 | 97,7% |
| J | 2.625 | 97,6% |
| K | 1.021 | 97,5% |
| L | 596 | 97,3% |
| M | 1.930 | 96,9% |
| N | 775 | 96,5% |

Quelle: Krankenkassendaten

OPS-Kodes: Entstehung, Krise, Ausblick



Spitzenverband

Geriatric: Über 70 liegt man 14 oder 21 Tage und kriegt eine Frühreha.

Resultat 3:

- ▶ Die Maßgaben des OPS-Kodes beeinflussen massiv die Dauer (14 oder 21 Tage) und die Art der Behandlung.
- ▶ Ist das die Behandlung, die wir wollen?
- ▶ Geriatrie = Frührehabilitation?

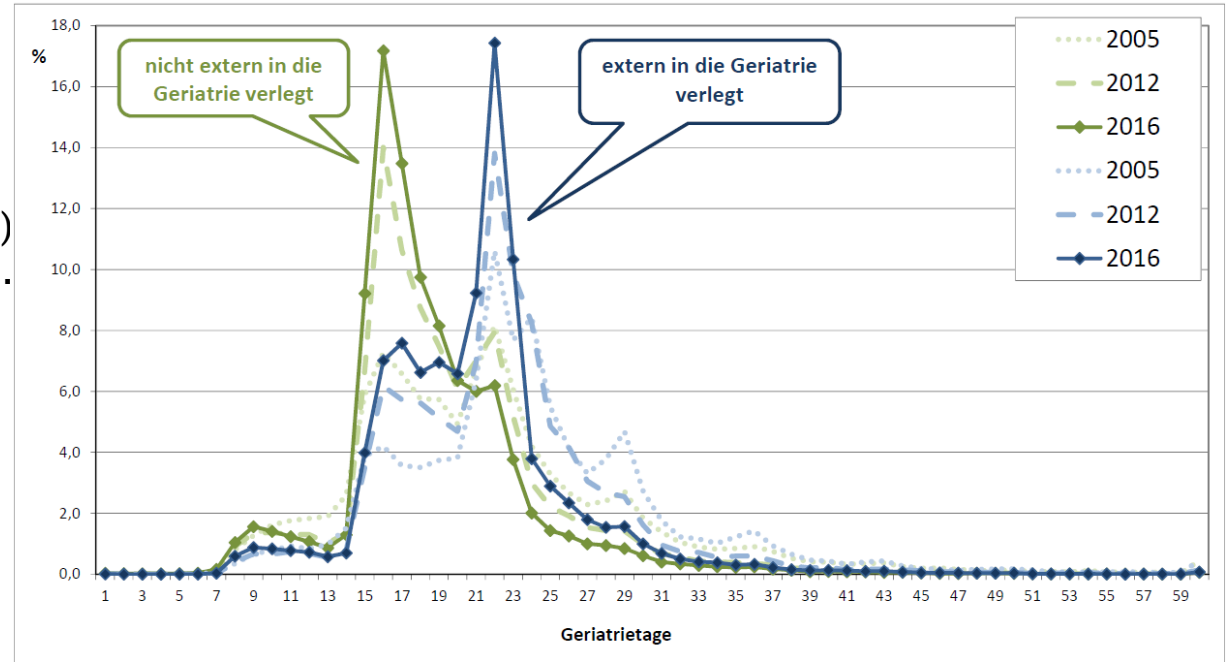


Abbildung 4 Geriatrie Behandlungsdauer nach GFK-Abrechnung – Vergleich der Aufnahmeptide 2005, 2012 und 2016

(Quelle: KC Geriatrie)

OPS-Kodes: Entstehung, Krise, Ausblick

Die unbequeme Wahrheit Teil: Zentralisation ist billiger und besser – egal wo.



Impact of centralising acute stroke services in English metropolitan areas on mortality and length of hospital stay: difference-in-differences analysis

BMJ 2014 ; 349 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4757> (Published 05 August 2014)

Cite this as: BMJ 2014;349:g4757

Original Investigation

September 4, 2018

Modeling Stroke Patient Transport for All Patients With Suspected Large-Vessel Occlusion

Jessalyn K. Holodinsky, MSc^{1,2}; Tyler S. Williamson, PhD^{1,3}; Andrew M. Demchuk, MD^{2,4,5}; et al

> [Author Affiliations](#)

JAMA Neurol. Published online September 4, 2018. doi:10.1001/jamaneuro.2018.2424



Health Policy

Volume 119, Issue 8, August 2015, Pages 1005-1010



health reform monitor

Centralising acute stroke care and moving care to the community in a Danish health region: Challenges in implementing a stroke care reform ☆

Carla Douw * Camilla Palmhoj Nielsen * Camilla Riis Pedersen *

“Conclusions: A centralised model of acute stroke care, in which hyperacute care is provided to all patients with stroke across an entire metropolitan area, can reduce mortality and length of hospital stay.”

“Meaning : Regional centralization of stroke triage to endovascular therapy centers will increase positive outcomes after ischemic stroke treatment; immediate alteplase treatment followed by transfer to the endovascular center requires fast treatment and is most relevant for longer transport times.”

- ▶ “Analysis of implementation of stroke care reform including hospital and municipal care sector.
- ▶ Reform concentrated acute stroke care and moved rehabilitation care to the community.
- ▶ Costs were saved and quality of acute care improved.
- ▶ Top-down approach to implementation does not secure a coordinated care pathway.”

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktrchtig?

Der Kern der Frage: Wer soll es machen (Teil 1)

Streit unter Krankenhäusern: Welches Krankenhaus soll von den Rettungswagen angefahren werden.

„Das UKSH vertritt die Meinung, dass sich die **Versorgung von Schlaganfallpatienten durch den Mitbewerber teilweise verschlechtert**, denn bei Schlaganfällen gelte: Zeit ist Gehirn.“

- ▶ Die eigentliche (aber oft versteckte) Konkurrenz um die Patienten (und damit um die Fallpauschale) besteht zwischen den Krankenhäusern.
- ▶ Dies ist die Folie bei der die Krankenhäuser in sich gehen und für die Existenz des MDK dankbar sind

Quelle: <https://www.shz.de/7522321> ©2018



SANA-KLINIK GEGEN UKSH

Klinik-Streit um Schlaganfall-Patienten



Zustndigkeitswirrwarr bei Schlaganfallpatienten in Lübeck: Müssen die Patienten ins UKSH gebracht werden?

Der Tod einer Patientin hat in Lübeck die Diskussion um die bestmögliche Schlaganfallversorgung neu entfacht. UKSH-Sprecher Griebe nennt die Entwicklung „russisches Roulette auf Kosten der Patienten“.



Quelle: SHZ

OPS-Komplexkodes: Sinnvoll oder nur konfliktrichtig?

Der Kern der Frage: Wer soll es machen



Spitzenverband

Charité: 2.000 Schlaganfälle

Daun (Eifel): 200 Schlaganfälle; nachts kein Hubschrauber (klagende Klinik beim BSG)

Pirna: 100 Schlaganfälle

Nach unten keine Grenze bei der Abrechnung von 8-981 und 8-98b !

- ▶ Ist es angesichts der vorliegenden Studien noch vertretbar, ein- bis zweimal in der Woche einen Schlaganfall zu behandeln?
- ▶ Soll man Schlaganfallbehandlungen anbieten im Wissen, dass **Kleinhirnininfarkte** (80 % tödlich bei Hirnstammkompression) und **maligene Mediainfarkte** (Mortalität 80 % -> 32 % durch Chirurgie) **nachts einklemmen?** (Quelle: Hacke et al. Arch Neurol 53:309-15, 1996)
- ▶ Soll man systemische Lyse anbieten, wenn man nachts die **Komplikationen** (Risiko Blutung 6,4 % - 8,8 %) nicht behandeln kann? (Quelle: NINDS und ECASS II)
- ▶ Ist es sinnvoll, Schlaganfälle zu behandeln, wenn der entgleiste Blutzucker oder der Herzinfarkt zur Sekundärverlegung führen muss?

The screenshot shows the Charité website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Google: Durchsuchen Sie diese Website'. Below the search bar, there are navigation links: 'Startseite', 'Leistungen', 'Klinische Schwerpunkte', and 'Schlaganfall'. The main content area displays the title 'Schlaganfall und Gefäßmissbildungen des Gehirns' and a sub-header 'Das Spektrum umfasst alle neurovaskulären Erkrankungen wie'. Below this, there is a green banner with the title 'Diagnostik und Therapie des akuten Schlaganfalls'. The article text begins with 'Kopfschmerzen, Schwindel, plötzliche Sprachprobleme, das können ernste Anzeichen für einen Schlaganfall sein. Es gilt: Jeder Schlaganfall ist ein Notfall, der so schnell wie möglich medizinisch versorgt werden sollte, um dauerhafte Schäden zu minimieren. Rufen Sie bei Verdacht auf einen Schlaganfall sofort den Rettungsdienst unter 112 an.' Below the article text, there is a section titled 'Schlaganfall-Diagnostik' which lists diagnostic methods: 'CT/MRT ggf. mit Gefäßdarstellung', 'Duplexsonografie', 'kardiologische Diagnostik inkl. Schluck-Echo (TEE) und Event-Rekorder', and 'ggf. auch EEG und Lumbalpunktion'. The article concludes with 'Unsere Spezialisten tun alles, um durch präzise Diagnostik die Ursache des Schlaganfalls zu ermitteln und weitere Ereignisse zu verhindern.'

OPS–Komplekkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Herausforderung 2019: Klare, prüfbare Kriterien die den Patienten nützen

- ▶ Die bisherige 30 Minuten–Transportentfernung von der (Fachgesellschaft eingeführt) ist nicht patientenzentriert, denn sie ignoriert die Wartezeit am Anfang und Ende.
- ▶ Die Zeit bis zur Weiterbehandlung an wissenschaftlichen Kriterien zu orientieren, z. B. 4 h 30 min bei Lyse) hat den Nachteil, dass diese Zeiten präklinisch beginnen.
- ▶ Kodes ohne Fachtrennung und ohne Fahrzeit mit harten Kriterien weiterentwickeln:
 - **Basis Stroke Unit (8–98b)**: Angio CT, Neurologe in 30min am Patienten, Fachabteilung für Neurologie oder Innere Medizin. Kernleistungen: Ersteinschätzung und ggf. i. V. Thrombolyse.
 - **Umfassende Stroke Unit (8–981)**: Fachabteilung für Neurologie und Innere Medizin, CT, MRT und Angiographie am Standort. Verfügbarkeit neurochirurgischer und neuroradiologischer Leistungen am Standort in 30min. Kernleistungen: Umfassende Behandlung mit Thrombektomie.
 - **Neurovaskuläres Zentrum**: Zentrumszuschlag zusätzlich zu 8–981 für besondere Aufgaben i. e. Versorgung AVM und andere schwierige Konstellationen.

OPS-Kodes: Entstehung, Krise, Ausblick

Herausforderung 2019: So schlank könnte der Kode sein (GKV-Entwurf)

Mindestmerkmale 8-981

mindestens 24-stündige Behandlung auf einer spezialisierten räumlich abgegrenzten Einheit mit zentraler Erfassung der folgenden Parameter: EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Temperatur von jedem Bettplatz. Diese Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- **Vorhandensein einer Fachabteilung für Neurologie und Innere Medizin am Standort der Schlaganfallstation.**
- **24-stündige Verfügbarkeit neuroradiologischer und neurochirurgischer Eingriffe am Standort der Stroke unit.** Ein Facharzt für Neuroradiologie und Neurochirurgie muss innerhalb von 30min am Standort der Stroke unit verfügbar sein.
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie am Standort der Schlaganfallstation. (dieses Mindestmerkmal ist auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist).
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation mittels Thrombolyse und interventioneller Thrombektomie am Standort der Schlaganfallstation (dieses Mindestmerkmal ist auch dann erfüllt, wenn an einer Adresse (Geokoordinate) Standorte verschiedener Träger zusammentreffen und die Verfügbarkeit jederzeit (24 Stunden) sichergestellt ist).
- Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit

| | |
|---------|--|
| 8-981.0 | Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden |
| 8-981.1 | Mindesten 48 bis höchsten 72 Stunden |
| 8-981.2 | Mehr als 72 |

Transportentfernung wird durch Kriterien ersetzt die man vor! den Budgetverhandlungen prüfen kann

Schwellenunterteilung verändert

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Wie geht es weiter ?

Die Krankenkassen sind nicht die besseren Altersmediziner.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und der Bundesverband müssen uns (nachvollziehbar) sagen:

- ▶ Was ist gute Geriatrie und was nicht?

Daraus ergeben sich die Antworten auf die vielen Detailfragen:

- ▶ Wie sehen die Strukturmerkmale einer guten Geriatrie aus?
- ▶ Bitte keine detailverliebten Codes mit vielen Items
- ▶ Sind alleinstehende Geriatrien noch zeitgemäß?
- ▶ Mindestfallzahl?
- ▶ Wer soll besondere Aufgaben wahrnehmen? (Zentrumszuschlag G–BA)

OPS–Komplekkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Vergütung von Ärzten und Qualitätssicherung seit 4000 Jahren ein Thema

Kodex Hammurapi (um 1760 v. Chr.),

„Wenn ein Arzt einem Bürger eine schwere Wunde mit einem Operationsmesser beibringt und den Bürger heilt, oder wenn er die Schläfe eines Bürgers mit dem Operationsmesser und das Auge des Bürgers erhält, so **soll er 10 Scheqel Silber erhalten.**“ ← Vergütung

„Wenn es sich um einen Palastangehörigen handelt, so erhält er 5 Scheqel.“

„Wenn es sich um den Sklaven eines Bürgers handelt, so soll der Eigentümer des Sklaven dem Arzt 2 Scheqel Silber geben.“

„**Wenn ein Arzt einem Bürger** eine schwere Wunde mit einem Operationsmesser beibringt und **den Tod** des Bürgers verursacht oder wenn er die Schläfe eines Bürgers mit dem Operationsmesser öffnet und das Auge des Bürgers zerstört, **soll man ihm eine Hand abhacken**“ ← QS

Fazit:

- ▶ Die Arztvergütung ist seit mindestens 4000 Jahren ein Konfliktfeld, weil es um die Verteilung von Geld für ein hohes Gut geht.
- ▶ Vergütung und Qualitätssicherung gingen schon immer Hand in Hand.
- ▶ Es geht immer um die gleiche Frage: Wer bekommt wieviel?



Quelle: Pixabay, Übersetzung:
Ärzteblatt

OPS–Komplekkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Motivationsanalyse der Hauptakteure

- ▶ Was will die DKG?
- ▶ Was will die Fachgesellschaft?
- ▶ Was will die Politik?
- ▶ Was wollen die Krankenkassen?



OPS-Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

(Non-)Option I: Weitermachen wie bisher und die Folgen

Weitere Aufweichung des Kodes führt in die morbiditätsentkoppelte Mengenentwicklung.



Die Mengenentwicklung und die miese Qualität führt in vermehrte Prüfung, Retaxierung, Gerichtsverfahren, Empörung ... **Kassen sind schuld!**

OPS–Komplekkodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Option II: Länder legen fest, wo eine Behandlung stattfindet und wo nicht .

Landesplanerische Festlegung, wo eine Stroke Unit stehen soll und wo nicht.

Am Besten auf empirischer Basis. Prüfung der Strukturvorgaben durch das Land (z. B. durch das Gesundheitsamt oder auch den Zoll)

Vorteile:

- Der MDK muss nur noch die Einheiten oder die Tage zählen.
- Der Text des Kodes wird sehr viel kürzer.
- Keine Klagen gegen die Krankenkassen wegen Strukturmerkmalen.
- Kassen sind nicht mehr Schuld.

Nachteile:

- Die Prüfungssituation wird unangenehmer.
- Politische Erpressbarkeit des Landes. **Länder sind schuld.**
- Koordination von 16 Bundesländern hinsichtlich einheitlicher Strukturvorgaben nicht aussichtsreich.



Deckenfresko: Marienmünster
Diessen

OPS–Komplexcodes: Sinnvoll oder nur konfliktträchtig?

Option III: Die Fachgesellschaften entwickeln Komplexcodes sinnvoll weiter.

Die Fachgesellschaft legt nachvollziehbar und rechtssicher! (z.B. Fachabteilung, Standort etc) fest, welche Strukturmerkmale für den Patienten gut sind und welche nicht. Auf detailreiche Prozessmerkmale (Monitoring, Transportzeit/entfernung...) wird verzichtet.

Vorteile:

- ▶ Der MDK kann wenige Merkmale genau prüfen. Am besten vor der der Budgetverhandlung.
- ▶ Die Zahl der Leistungserbringer bleibt klein.
- ▶ Die Fallzahl und damit die Erfahrung in diesen Einrichtungen bleiben hoch.

Nachteil:

- ▶ Die Fachgesellschaft kommt intern unter Druck.

Fazit des GKV–Spitzenverbandes:

- ▶ Zentralisation und Strukturbereinigung muss sein!
- ▶ Der OPS setzt, wie jeder Geldverteilungsmechanismus, gute und schlechte Anreize.
- ▶ Die Fachgesellschaften müssen uns sagen was gute Behandlung ist damit wir gute Anreize setzen können und das Geld den Richtigen geben können.
- ▶ Die MDK–Prüfung setzt die Kriterien der Fachgesellschaften gegenüber den Kliniken durch.
- ▶ Die Codes müssen einfacher prüfbar (vor der Budgetverhandlung) und juristisch klar sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

