



Budgetrecht und Entgeltverhandlungen ab 2008

Arndt Regorz, Dipl. Kaufmann
Geschäftsführer Regorz Consulting GmbH



Copyright, Haftung

Die vorliegenden Unterlagen sind urheberrechtlich geschützt.

Die Unterlagen bilden lediglich die Basis für die Diskussion in der Schulung. Eine Haftung für den Inhalt der Unterlagen wird nicht übernommen.

Stand: 01/2008

I. Einleitung

Entgeltformen

⇒ Welche Entgelte im Krankenhaus gibt es?

DRGs

- ⇒ Anlage 1 FPV 2008
- ⇒ Diagnosebezogene Fallpauschalen
- ⇒ Getrennt für Haupt- und Belegabteilungen
- ⇒ Bundeseinheitliche Relativgewichte

Zusatzentgelte (kalkuliert)

- ⇒ Anlage 2 FPV 2008 (mit Anlage 5)
- ⇒ Zusatzentgelte zusätzlich zur DRG
- ⇒ Bundeseinheitliche Preise

Nicht mit FP-Katalog vergütete Leistungen

- ⇒ Anlage 3 FPV 2008, § 6 Abs. 1 KHEntG
- ⇒ Fall- oder tagesbezogene Entgelte
- ⇒ Wenn Leistung mit DRGs und ZE nicht sachgerecht vergütet werden kann
- ⇒ Keine Relativgewichte vorgegeben
- ⇒ Müssen hausintern kalkuliert werden
- ⇒ U.a. auch teilstationäre Leistungen

Zusatzentgelte (nicht kalkuliert)

- ⇒ Anlage 4 FPV 2008, § 6 Abs. 1 KHEntG
- ⇒ Keine Preise vorgegeben
- ⇒ Wenn Leistung mit DRGs und ZE nicht sachgerecht vergütet werden kann
- ⇒ Müssen hausintern kalkuliert werden

Besondere Einrichtungen

- ⇒ § 6 Abs. 1 KHEntG, VBE 2008
(Vereinbarung zur Bestimmung von
Besonderen Einrichtungen)
 - ⇒ Individuell kalkulierte Entgelte
- Vors. für besondere Einrichtung, z.B.:
- ⇒ Wenn bestimmte Kriterien Verweildauer
 - ⇒ Palliativstation mit mind. 5 Betten
 - ⇒ Tropenerkrankungen
 - ⇒ Hohe Vorhaltekosten, geringe und nicht
verlässlich kalkulierbare Auslastung

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

- ⇒ § 6 Abs. 2 KHEntG
- ⇒ Vorher Anfrage des KH beim INEK, ob neue Methode mit DRGs/ZE bereits sachgerecht abrechenbar ist
- ⇒ Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte
- ⇒ Individuell kalkuliert

Hochspezialisierte Leistungen

- ⇒ § 6 Abs. 2a KHEntG
- ⇒ Leistungen sind zwar DRGs/ZE zugeordnet, aber nicht sachgerecht vergütet, wenn:
 - ⇒ Hochspezialisiert, nur wenige KHS in Deutschland bieten Leistung an
 - ⇒ Komplexität, Kosten überschreiten Erlöse um mind. 50%
 - ⇒ KH beteiligt sich an QS
 - ⇒ Zusatzentgelt
 - ⇒ Individuell kalkuliert

Pflegesätze

- ⇒ BPfIV
- ⇒ Bereiche außerhalb des DRG-Systems
- ⇒ Psychiatrie, Psychosomatik
- ⇒ Betrifft Abteilungen oder Krankenhäuser
- ⇒ Abteilungspflegesatz: Abteilungsbezogen, Medizinische und pflegerische Versorgung
- ⇒ Basispflegesatz: KH-bezogen, sonstige pflegesatzfähige Kosten

Ausbildungsstätten

- ⇒ § 17 a KHG
- ⇒ Finanzierung von Ausbildungsstätten und
Ausbildungsvergütungen
- ⇒ Ausbildungsbudget pro KH
- ⇒ Ausbildungszuschlag pro Fall

Zu- und Abschläge

- ⇒ Diverse weitere Zu- und Abschläge, z.B.:
- ⇒ Sicherstellungszuschlag
- ⇒ Qualitätssicherung
- ⇒ DRG-Systemzuschlag (einheitlich)
- ⇒ Abschlag IV
- ⇒ Abschlag Sanierungsbeitrag



Modellvorhaben

➔ § 63 SGB V

Übersicht Budgets und Erlössummen

Erlösbudget § 4 KHEntG

Erlössumme indiv. Entgelte § 6 KHEntG

Flexibles Budget § 12 BPfIV

Ausbildungsbudget § 17a KHG

Zuschläge, Erlöse außerhalb Budgets, Ausgleiche

Gesetze / Verordnungen

- ⇒ SGB V
- ⇒ KHG
- ⇒ BPfIV (mit LKA)
- ⇒ KHEntgG (mit AEB)
- ⇒ FPV (i.d.R. mit jährlichen Änderungen)
- ⇒ Krankenhausgesetze der Länder/KH-Plan
- ⇒ Berufsordnungen der Ärztekammern
- ⇒ Diverse weitere Vereinbarungen der Selbstverwaltung



II. Pflegegesetzverfahren

Ablauf des Pflegesatzverfahrens

- ⇒ Wer ist Vertragspartner?
- ⇒ Wer kann sich beteiligen?
- ⇒ Wie beginnt die Verhandlung?
- ⇒ Wer muss sich einigen?
- ⇒ Wer muss zustimmen?
- ⇒ Was passiert ohne Einigung?
- ⇒ Wer genehmigt die Vereinbarung?
- ⇒ Wo kann ggf. geklagt werden?

Wer ist Vertragspartner?

- ⇒ § 18 Abs. 2 KHG
- ⇒ Krankenhausträger
- ⇒ Sozialleistungsträger oder Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf sie im Vorjahr mehr als 5% der Belegungs- und Berechnungstage entfielen

Wer kann sich beteiligen?

- ⇒ § 18 Abs. 1 KHG
- ⇒ Landeskrankenhausgesellschaft
- ⇒ Landesverbände der Krankenkassen
- ⇒ Verbände der Ersatzkassen
- ⇒ PKV-Landesausschuss

Wie beginnt die Verhandlung?

(I)

Theoretisch: Aufforderung zur Verhandlung
(§ 11 Abs. 3 KHEntG)

praktisch:

- ⇒ KH erstellt Unterlagen
- ⇒ Terminabstimmung mit Krankenkassen
- ⇒ Übersendung der Unterlagen mit formaler Aufforderung zur Verhandlung
- ⇒ Unterlagen: Forderung, Vereinb., Ist
- ⇒ ggf. Rückfragen

Wie beginnt die Verhandlung?

(II)

- ⇒ weitere Unterlagen durch das KH im Einzelfall (§ 11 Abs. 4 KHEntG), Voraussetzungen:
 - Gemeinsame Anforderung der Kassen und Nutzen muss Aufwand deutlich übersteigen
- ⇒ Ggf. Vorklärung bei wesentlichen Fragen zu Versorgungsauftrag, Leistungsstruktur, Zu- und Abschlägen (§ 11 Abs. 5 KHEntG)
- ⇒ Verhandlung (ggf. mehrere Runden)

Wer muss sich einigen?

- ⇒ § 11 Abs. 1 KHEntgG, § 17 Abs 1 BPfIV
- ⇒ Krankenhaus und teilnehmende Vertragsparteien
- ⇒ Schriftform
- ⇒ Ganzjähriger Pflegesatzzeitraum, mehrjährige Vereinbarung theoretisch zulässig

Wer muss zustimmen?

- ⇒ § 18 Abs. 1 KHG
- ⇒ Landesverbände der Krankenkassen
- ⇒ PKV-Landesausschuss
- ⇒ Zustimmung gilt als erteilt, wenn nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluss mehrheitlich von o.g. Beteiligten widersprochen wird

Was passiert ohne Einigung? (I)

- ⇒ §§ 18, 18 a KHG, § 13 KHEntG
- ⇒ Landesschiedsstelle
- ⇒ Frühestens 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung zu Verhandlungen
- ⇒ Antragsberechtigt: Jede Vertragspartei
- ⇒ Zusammensetzung der Schiedsstelle:
 - Vertreter von Krankenkassen
 - Vertreter von Krankenhäusern
(je gleiche Anzahl)
 - neutraler Vorsitzender

Was passiert ohne Einigung?

(II)

- ⇒ Mitglieder sind nicht an Weisungen gebunden
- ⇒ kein Amtsermittlungsgrundsatz
- ⇒ i.d.R. werden nur die strittigen Teilfragen behandelt
- ⇒ Endet häufig mit Vergleich
- ⇒ theoretisch vorläufige Vereinbarung möglich (§ 12 KHEntG)

Wer genehmigt die Vereinbarung?

- ⇒ § 14 KHEntG
- ⇒ Genehmigung durch zuständige Landesbehörde
- ⇒ Gilt auch für Schiedsspruch

Wo kann ggf. geklagt werden?

- ⇒ Verwaltungsgericht
- ⇒ Klage gegen Genehmigungsbescheid, nicht direkt gegen den Schiedstellenspruch



Pflegesatzverfahren

➔ AUFGABENBLOCK A

III. Grundlagen KHEntG

Grundlagen G-DRGs

- ⇒ DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Zu- und Abschläge
- ⇒ DRG-Abrechnung
- ⇒ Budgetangleichung

DRG (I)

- ➔ DRG: Diagnosebezogene Fallpauschale
- ➔ Geordnet nach Organgruppen (MDC)
- ➔ Innerhalb der MDCs drei Partitionen:
 - Operativ
 - Sonstige
 - Medizinisch
- ➔ DRG abhängig von Diagnosen, Prozeduren, ggf. Alter, Geburtsgewicht, Beatmungsdauer, etc.

DRG (II)

- ➔ Relative Bewertung: Relativgewicht
- ➔ Gesonderte Gewichte für Haupt- und Belegabteilungen, angestellte und Beleghebammen
- ➔ Bundeseinheitlicher Katalog, wird jährlich überarbeitet

Kodierrichtlinien

- ➔ Wichtig: Definition der Hauptdiagnose
- ➔ Ex-post Betrachtung: Welche Erkrankung war in der Rückschau (nach der Entlassung) die Ursache für den Krankenhausaufenthalt
- ➔ Hat Konsequenzen für Versorgungsauftrag

Zu- und Abschläge

- ⇒ Abschläge für Kurzlieger :
Untere Grenzverweildauer (UGVD)
- ⇒ Zuschläge für Langlieger:
Obere Grenzverweildauer (OGVD)
- ⇒ Abschläge für Verlegung:
Mittlere Verweildauer
- ⇒ Zu- und Abschläge sind mit Relativgewichten versehen
- ⇒ Relativgewicht nach Zu-/Abschlägen:
Effektive Bewertungsrelation

DRG-Abrechnung

- ➔ Basisfallwert (BFW): Vergütung des Krankenhauses für einen Fall mit dem Relativgewicht 1,000
- ➔ Rechnung: Relativgewicht x Basisfallwert
- ➔ Beispiel
 - Relativgewicht: 1,500
 - Basisfallwert: 2.800 €
 - Rechnungsbetrag: 4.200 €
(= 1,500 x 2.800 €)

Angleichung (I)

- ⇒ 2003, 2004 individuelle Basisfallwerte für alle Krankenhäuser mit DRG-Abrechnung
- ⇒ ab 2005 in 5 Schritten Angleichung an einen einheitlichen Landesbasisfallwert
- ⇒ Größe der Schritte gegenüber 2004: 15%, 20%, 20%, 20%, 25%
- ⇒ Kappung von sehr hohen Angleichungsschritten nach unten (Kappungsgrenzen steigen über die Jahre)

Angleichung (II)

- ⇒ Kappungsgrenze führt zur Absenkung des landesweiten Basisfallwertes
- ⇒ ggf. Lücke am Ende (wenn Schritte nach Kappung nicht reichen, um den Landesbasisfallwert zu erreichen)
- ⇒ Leistungsänderungen werden pauschal mit im Zeitablauf steigenden Prozentsätzen berücksichtigt

Verhandlung nach KHEntG

- ⇒ Rahmen (Vereinbarungen Bund, Vereinbarung Land)
- ⇒ Kurzvorstellung AEB

Vereinbarung Bund

- ⇒ jährlich
- ⇒ FPV (DRG-Katalog, ZE-Katalog, Abrechnungsbestimmungen)
- ⇒ diverse sonstige Vereinbarungen (Besondere Einrichtungen, Kalkulationsempfehlungen NUB, etc.)

Vereinbarung Land

- ➔ jährlich vor allem:
Landesweiter Basisfallwert
- ➔ dabei u.a. zu berücksichtigen:
Fehlschätzung im Vorjahr
Kostenentwicklung
Wirtschaftlichkeitsreserven
Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen
Auswirkung Kappungsgrenze
- ➔ Grundsatz des Beitragssatzstabilität

Kurzvorstellung AEB

- ➔ E1
- ➔ E2
- ➔ E3
- ➔ B2

E1

- ➔ Bundesweit kalkulierte DRGs
- ➔ Getrennt für Hauptabteilungen und Belegabteilungen

E2

- ➔ Bundesweit kalkulierte Zusatzentgelte

E3

- ⇒ Individuelle Entgelte:
- ⇒ Fallbezogen
- ⇒ Tagesbezogen
- ⇒ Zusatzentgelte

B2

- ➔ Ermittlung des Budgets und des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes

Technische Voraussetzung für Budgetermittlung

- ⇒ Voraussetzung: E1 bis E3 liegen vor
- ⇒ Vorjahresvereinbarung liegt vor
- ⇒ Bundes- und Landesvereinbarungen sind abgeschlossen (insbesondere der Landesbasisfallwert)

IV. Ermittlung Basisfallwert

Budgetermittlung: Erlösbudget

- ⇒ § 4 KHEntG / Formular B2 AEB
- ⇒ Ausgangswert: § 4 Abs. 3 KHEntG
- ⇒ Veränderter Ausgangswert: § 4 Abs. 4 KHEntG
- ⇒ Zielwert für Angleichung von Basisfallwert / Erlösbudget an den landesweiten BFW: § 4 Abs. 5 KHEntG
- ⇒ Angleichungsbetrag: § 4 Abs. 6 KHEntG
- ⇒ Basisfallwert: § 4 Abs. 7 KHEntG

Ausgangswert (I)

- ⇒ Erlösbudget des Vorjahres (ohne Ausgleich)
- ⇒ vermindert um:
 - Planerlöse NUB, soweit im Vorjahr im Erlösbudget enthalten
(- Investitionsverträge, falls Grund entfallen)
 - Anteilige Kosten Verlagerung in andere Versorgungsbereiche
 - Kosten erstmalige Modellvorhaben
 - Ausgliederung ausländ. Patienten

Ausgangswert (II)

- ⇒ erhöht um:
 - Planerlöse DRGs/ ZE_{Bund} , soweit bisher nach § 6 Abs. 2 vergütet
- ⇒ verändert um Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Leistungen, die mit Zuschlägen gem. § 7 Abs. 1 Nr. 4 finanziert werden
- ⇒ verändert um Fehlschätzungen bei Ausgliederung des Ausbildungsbudgets

Veränderter Ausgangswert (I)

- ⇒ Ausgangswert verändert unter Berücksichtigung von:
- ⇒ Veränderungen (Art, Menge) DRGs, ZE
- ⇒ TVöD-Angleichung in neuen Bundesländern
- ⇒ Veränderungsrate nach § 71 SGB V

Veränderter Ausgangswert (II)

- ➔ Zusätzliche und wegfallende Leistungen werden berücksichtigt mit:
 - (21,2% in 2005 (= real 33%))
 - (34,7% in 2006 (= real 50%))
 - (49,4% in 2007 (= real 65%))
 - 64,0% in 2008 (= real 80%)
- jeweils bezogen auf den landesweiten Basisfallwert

Veränderter Ausgangswert (III)

- ➔ Bei Fallpauschalen pauschal auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen
- ➔ soweit Grund nicht: Änderung FP-Katalog, Abrechnungsregeln, Kodierrichtlinien
- ➔ Im Einzelfall höhere Bewertung, wenn zusätzliche Kosten so nicht gedeckt (Transplantationen, andere FP mit hohen Sachkostenanteilen, Eröffnung größerer organisatorischer Einheit)

Veränderter Ausgangswert (IV)

- ➔ Bei Schließung größerer organisatorischer Einheit Verringerung um entfallende Kosten
- ➔ Änderungen bei Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte zu 100% zu berücksichtigen
- ➔ Veränderungen sind nur entweder hier oder bereits im Ausgangswert zu berücksichtigen (wenn anteilige Kosten bei Verlagerung in andere Versorgungsbereiche)

Zielwert

- ⇒ Plan DRGs (eff. Bewertungsrelationen) x landesweiter Basisfallwert + Erlössumme Plan ZE (außer Bluter)
- ⇒ ggf. abzüglich Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
- ⇒ ggf. zzgl. ZE nach § 6 Abs. 2a KHEntG
- ⇒ (ggf. Überliegeranteile, wenn Kürzung in B2 AEB Nr. 29)

Angleichungsbetrag (I)

- ⇒ Zielwert abzügl. veränderter Ausgangswert
- ⇒ Angleichungsbetrag davon
 - (15,0 % in 2005)
 - (23,5 % in 2006)
 - (30,8 % in 2007)
 - 44,4 % in 2008
- ⇒ Erlösbudget: Veränderter Ausgangswert zzgl. Angleichungsbetrag (+/-)

Angleichungsbetrag (II)

- ➔ Wenn bei Krankenhäusern das Erlösbudget damit vermindert wird, Kappung auf:
 - (1,0 % in 2005)
 - (1,5 % in 2006)
 - (2,0 % in 2007)
 - 2,5 % in 2008**
 - 3,0 % in 2009**
- ➔ Kappung berechnet auf den veränderten Ausgangswert

Budgetermittlung ab 2009 (I)

- ⇒ Eigentlich sind die Regelungen des KHEntgG nur bis 2008 konzipiert
- ⇒ Für 2009 sollte ordnungspolitischer Rahmen nach Konvergenzphase gelten
- ⇒ Z.Zt. vollkommen offen, was zukünftig gilt
- ⇒ BMG und einige Kassen hätten gerne mehr Vertragswettbewerb (elektive Leistungen)
- ⇒ DKG und Länder lehne das ab
- ⇒ Vermutlich keine Einigung bis 2009

Budgetermittlung ab 2009 (II)

- ➔ Ohne neuen gesetzlichen Rahmen gilt nachfolgende Übergangsregelung des § 4 Abs. 12 KHEntgG
- ➔ Budget wird nach § 4 Abs. 5 KHEntgG vereinbart (=Zielwert), also Erlöse auf Basis des Landesbasisfallwerts
- ➔ Leistungsveränderungen (+/-) werden also zu 100% erlöswirksam

Budgetermittlung ab 2009 (III)

- ⇒ In 2009 letztmals die Verlustdeckelung von dann 3% für Häuser mit sehr hohem BFW
- ⇒ Ab 2010 mussten alle Krankenhäuser eines Bundeslandes den gleichen BFW haben

Basisfallwert

- ⇒ Erlösbudget nach Angleichung
- ⇒ abzüglich Plan Zusatzentgelte
- ⇒ verändert um Ausgleichs Vorjahre
- ⇒ = Verändertes Erlösbudget
- ⇒ : Summe der Bewertungsrelationen (eff.)
- ⇒ = Basisfallwert



Budgetermittlung

➔ AUFGABENBLOCK B

Basisfallwert: Ausgleich wg. verspäteter Vereinbarung

- ⇒ § 15 Abs. 2 KHEntG
- ⇒ Bei Mindererlösen: Nur wenn nicht durch KH zu vertreten
- ⇒ Keine definitives Berechnungsschema
- ⇒ Häufig bundeslandbezogene Abstimmung zwischen Krankenhausgesellschaft und Kassen
- ⇒ Kappung, wenn sonst Basisfallwert um mehr als 30 % steigt, Rest im Folgejahr

Basisfallwert: Ausgleich wg. verspäteter Vereinbarung (II)

- ⇒ Beispiel für Berechnung:
- ⇒ Basisfallwert alt: 2.700 € wurde bis 30.06. weiterberechnet
- ⇒ Basisfallwert (neu) ist ganzjährig vereinbart worden: 2.800 €
- ⇒ Summe der Relativgewichte im ersten Halbjahr: 11.000
- ⇒ Damit Mindererlöse von $11.000 \times 100 \text{ €} = 1.100.000 \text{ €}$, im 2. Halbjahr durch höheren Zahlbasisfallwert auszugleichen

**Basisfallwert: Ausgleich wg.
verspäteter Vereinbarung**

➔ AUFGABENBLOCK C

Berücksichtigung der Überlieger

- ⇒ Formular KHEntG:
AEB, B2, Nr. 29
- ⇒ einige Bundesländer: Integriert in
Erlösbudget / Summe der effektiven
Bewertungsrelationen



Budgetrecht und Entgeltverhandlungen ab 2008

2. Tag

Arndt Regorz, Dipl. Kaufmann
Geschäftsführer Regorz Consulting GmbH

Themen der Vorwoche

- ⇒ Verständnisfragen zum letzten Termin?
- ⇒ Nachtrag zum Ausgleich § 15 Abs. 2
KHEntgG

Berechnungsschema § 15

1. BFW_{alt} ./ . $\text{BFW}_{\text{Zahl-Vereinbarung neu}}$
2. Ermittlung/Hochrechnung der eff.BWR mit altem BFW
3. => Mehr-/Mindererlös durch alten BFW
4. Ermittlung eff. BWR mit neuem BFW (i.d.R. $\text{eff.BWR}_{\text{Plan}}$./ . Ergebnis aus 2.)
5. Auf-/Abschlag:
Mehr-/Mindererlös (3.) : eff. BWR_{neu} (4.)
6. Prüfen: 30%-Regelung
Vertreten der Verspätung

Spitzausgleich § 15

- ➔ Wenn die Ausgleichssumme nach § 15 Abs. 2 KHEntgG am Ende durch die Zu-/Abschläge über oder unterschritten wurde, wird die Differenz im folgenden Pflegesatzzeitraum ausgeglichen

V. Ausgleichs § 4 KHEntgG

Ausgleiche im Überblick

- ⇒ **Ausgleiche Erlösbudget (§4 KHEntgG, incl. § 6 Abs. 2a KHEntgG)**
- ⇒ **Ausgleiche Erlössumme indiv. vereinbarte Entgelte (§ 6 KHEntgG)**
- ⇒ **Ausgleich Ausbildungsbudget**
- ⇒ **Ausgleich BPfIV-Bereich (Psychiatrie)**
- ⇒ **Ausgleich des unterjährigen Ausgleichs (§ 15 KHEntgG)**

Entstehung Ausgleiche

- ⇒ 80er Jahre: “Flexible Budgetierung“
- ⇒ Bei Mehrleistungen sollte das Krankenhaus nur Erlöse in Höhe der variablen Kosten behalten dürfen
- ⇒ Bei Mindererlösen sollte das Krankenhaus die Vorhaltekosten ersetzt bekommen
- ⇒ Damals Ausgleichssatz:
75% bei Mehrerlösen und bei Mindererlösen
- ⇒ Im Laufe der Jahre immer mehr verschiedene Ausgleichssätze

Abwicklung Ausgleiche

- ➔ Ausgleiche für Mehrerlöse des Krankenhauses reduzieren im Folgejahr das Budget
- ➔ Ausgleiche für Mindererlöse des Krankenhauses erhöhen im Folgejahr das Budget
- ➔ z.T. auch Abwicklung über spätere Jahre (z.B. im Folgejahr lediglich vorläufige Abschlagszahlung, wenn noch nicht alle nötigen Informationen vorliegen; endgültige Abrechnung ein Jahr später)

Basis der Ausgleichsberechnung

- ➔ Krankenhaus muss eine vom Abschlußprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse (FP, ZE) vorlegen
- ➔ Überlieger sind im Entlassjahr in den Ausgleich mit einzubeziehen

Lernschritte Ausgleich

- ⇒ Einfache Fälle (nur Mehrerlöse, nur Mindererlöse)
- ⇒ Kombination Mehr- und Mindererlöse
- ⇒ Pauschale Berücksichtigung von kodierbedingten Mehrerlösen
- ⇒ Abweichender Einzelbeweis bei kodierbedingten Mehrerlösen

Ausgleiche für Mindererlöse

- ⇒ Grundsätzlich: 20%
- ⇒ ZE Arzneimittel: 0%
- ⇒ ZE Medikalprodukte: 0%
- ⇒ ZE Bluter: 0%

- ⇒ Problem: „Medikalprodukte“ vom Gesetzgeber nicht definiert; ggf. schon bei Pflegesatzvereinbarung gemeinsame Definition mit dem KH vereinbaren
- ⇒ siehe auch ZE-Katalog

Beispiel Mindererlösausgleich

(I)

KH hat 500.000 € weniger Erlöst als vereinbart,
davon entfallen auf:

- ⇒ ZE Arzneimittel - 100.000 € Mindererlöse
- ⇒ ZE Medikalprodukte - 50.000 € Mindererlöse
- ⇒ ZE Bluter - 50.000 € Mindererlöse
- ⇒ Rest - 300.000 € Mindererlöse

Beispiel Mindererlösausgleich

(II)

Ausgleiche (Erlösmehrung):

⇒ ZE Arzneimittel	0 €
⇒ ZE Medikalprodukte	0 €
⇒ ZE Bluter	0 €
⇒ Rest	60.000 €

Ausgleiche für Mehrerlöse

- ⇒ Veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren (DRGs): 100%
- ⇒ ZE Arzneimittel: 25%
- ⇒ ZE Medikalprodukte: 25%
- ⇒ DRGs schwerverletzte Pat., insb. Polytrauma, schwer brandverl.: 25%
- ⇒ Sonstige Mehrerlöse (DRG,ZE): 65%
- ⇒ ZE Bluter: 0%

Beispiel Mehrerlösausgleich (I)

KH hat 800.000 € mehr Erlöst als vereinbart,
davon entfallen auf:

⇒ ZE Arzneimittel	100.000 €
⇒ Schwerverletzte Patienten	50.000 €
⇒ ZE Bluter	50.000 €
⇒ Veränderung d. Kodierung	400.000 €
⇒ Sonstige Mehrerlöse	200.000 €

Beispiel Mehrerlösausgleich (II)

Ausgleiche (Erlösminderung):

⇒ ZE Arzneimittel	- 25.000 €
⇒ Schwerverletzte Patienten	- 12.500 €
⇒ ZE Bluter	0 €
⇒ Veränderung d. Kodierung	- 400.000 €
⇒ Sonstige Mehrerlöse	- 130.000 €

Abweichende Ausgleichssätze

(I)

sollen im voraus vereinbart werden für:

- ⇒ DRGs mit sehr hohem Sachkostenanteil
- ⇒ teure DRGs mit schwer planbarer Leistungsmenge: insb. Transplantationen oder Langzeitbeatmungen
- ⇒ Probleme für Verhandlungen: Was ist ein sehr hoher Sachkostenanteil? Woran soll man sich bei der Vereinbarung dieser Ausgleichssätze orientieren?

Abweichende Ausgleichssätze

(II)

Überschneidung zwischen zwei

Ausnahmeregelungen:

- ➔ Besonderer Mehrerlösausgleich für Schwerverletzte, etc. (25%)
- ➔ Diese Patienten können aber auch unter die Ermächtigung für abweichende Ausgleichssätze fallen.

Dann ist individuell vereinbarter Ausgleich möglich

Ausgleich § 4

- ⇒ AUFGABEN
Ausgleich A
(einfache Fälle)

Zusammenhang Mehr- und Mindererlösausgleiche

- ⇒ Verhältnis Spezialregelungen und allg. Ausgleichssätze
- ⇒ Problem stellt sich dann, wenn in einigen Teilbereichen Mehrerlöse, in anderen Mindererlöse
- ⇒ (Ausgleich wegen geänderter Kodierung vorerst ausgeklammert)

1. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (I)

KH hat 400.000 € weniger Erlöst als vereinbart, davon entfallen auf:

⇒ ZE Arzneimittel (Mehrerl.!)	100.000 €
⇒ Schwerverletzte Patienten	- 50.000 €
⇒ Sonstige Mindererlöse	- 450.000 €

Summe: - 400.000 €

1. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (II)

Ausgleich Variante 1: Individuelle Sätze

⇒ ZE Arzneimittel	- 25.000 €
⇒ Schwerverletzte Patienten	10.000 €
⇒ Sonstige Mindererlöse	90.000 €

Summe Ausgleiche Var. 1: 75.000 €

1. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (III)

Ausgleich Variante 2: Summenbetrachtung

- ⇒ Insgesamt Mindererlöse
- ⇒ keine Mindererlöse mit abweichendem Ausgleichssatz liegen vor
- ⇒ Anwendung des Ausgleichs von 20% auf den gesamten Saldo der Erlöse
- ⇒ Ausgleich Mindererlöse 80.000 €

Summe Ausgleiche Var. 2: 80.000 €

Position Ministerium Mindererl.

- ➔ Gesamtsummenvergleich;
wenn insgesamt Mindererlöse:
- ➔ Ausgleich grundsätzlich zu 20% außer bei
 - abweichend vereinbarten Ausgleichen
 - Mindererlösanteil Arzneimittel, Medikalprodukte, (Bluter)
- ➔ Quelle: Tuschen; Braun; Rau: „Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe“, in Das Krankenhaus 11/2005, S. 955 ff
- ➔ Dies ist die Meinung der Fachkräfte im Gesundheitsministerium

2. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (I)

KH hat 500.000 € mehr Erlöst als vereinbart,
davon entfallen auf:

⇒ ZE Medikalprod. (Mindererl.!) -100.000 €
⇒ DRG Polytrauma 150.000 €
⇒ Sonst. Mehrerlöse (DRG, ZE) 450.000 €

2. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (II)

Ausgleich Variante 1: Individuelle Sätze

⇒ ZE Medikalprod. (Mindererl.!)	0 €
⇒ DRG Polytrauma	- 37.500 €
⇒ Sonst. Mehrerlöse (DRG, ZE)	- 292.500 €
Summe:	- 330.000 €

2. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombiniert (III)

Ausgleich Variante 2a: Summe, absteigend

- ⇒ Insgesamt Mehrerlöse
- ⇒ Saldo der Mehrerlöse (500.000 €) ist jedoch kleiner als Summe der beiden Mehrerlöspositionen (150.000 € + 450.000 €)
- ⇒ Priorität hat der höhere Ausgleichssatz
- ⇒ Sonst. Mehrerlöse (DRG, ZE) - 292.500 €
- ⇒ Rest von DRG Polytrauma -12.500 €
- Summe: - 305.000 €

2. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombin. (IV)

Ausgleich Variante 2b: Summe, aufsteigend

- ⇒ Insgesamt Mehrerlöse
- ⇒ Saldo der Mehrerlöse (500.000 €) ist jedoch kleiner als Summe der beiden Mehrerlöspositionen (150.000 € + 450.000 €)
- ⇒ Priorität hat der niedrigere Ausgleichssatz
- ⇒ DRG Polytrauma - 37.500 €
- ⇒ Rest von sonst. Mehrerlöse - 227.500 €
- Summe: - 265.000 €

2. Beispiel Mehr- und Mindererlösausgleiche kombin. (V)

- ⇒ theoretisch noch weitere Varianten denkbar
- ⇒ z.B. proportionale Ermittlung

Position Ministerium Mehrerl.

- ⇒ Gesamtsummenvergleich;
wenn insgesamt Mehrerlöse:
- ⇒ Anwendung der verschiedenen Mehrausgleichssätze auf den Saldo der Mehrerlöse
- ⇒ Reihenfolge: Beginnend mit den niedrigsten Sätzen in aufsteigender Reihenfolge
(hier Variante 2b)
- ⇒ Quelle: siehe vorne

Ausgleich § 4

⇒ AUFGABEN

Ausgleich B

Kombination Mehr- und
Mindererlöse

Kodierbedingte Mehrerlöse (I)

- ➔ Ausgleich zu 100%
- ➔ Gilt nur für DRG-Mehrerlöse, nicht für ZE-Mehrerlöse
- ➔ Vereinfachte schematische Ermittlung
- ➔ Grundüberlegung der schematischen Erm.:
Mehr Fälle = echte Mehrleistungen
Höhere Gewichte = Kodiereffekt
- ➔ Diese Vermutung kann im Einzelfall von einer Vertragspartei widerlegt werden
- ➔ Nur bei höheren durchschn. Gewichten kann dieser Ausgleich angewendet werden

Kodierbedingte Mehrerlöse (II)

- (1) „Sonstige Mehrerlöse“:
Anzahl zusätzliche Fälle (Ist - Vereinb.)
x Mittelwert der vereinbarten effektiven
Bewertungsrelationen (=CMI_v)
x Basisfallwert des KH
- (2) Kodierbedingte Mehrerlöse =
Gesamte DRG-Mehrerlöse
./. „Sonstige Mehrerlöse“

Beispiel Kodierbedingte Mehrerlöse (I)

➔ Vereinbarung (nur DRGs):	
Basisfallwert	2.750 €
Fälle	10.000
durchschn. Bewertungsrel.	0,800
Summe der Bewertungsrel.	8.000
Budget	22.000.000 €
➔ Ist:	
Fälle	11.000
durchschn. Bewertungsrel.	0,840
Summe der Bewertungsrel.	9.240
Erlöse	25.410.000 €

Beispiel Kodierbedingte Mehrerlöse (II)

- ➔ DRG-Mehrerlöse gesamt 3.410.000 €
- ➔ Zusätzliche Fälle 1.000

- ➔ 1.000 Fälle
x 0,800 vereinb. durchschn. Bewertungsrel.
x 2.750 € Basisfallwert
= “sonstige Mehrerlöse”: 2.200.000 €

- ➔ Gesamte Mehrerlöse 3.410.000 €
./. “sonstige Mehrerlöse” 2.200.000 €
= Kodierbedingte Mehrerlöse 1.210.000 €

Beispiel Kodierbedingte Mehrerlöse (III)

➔	Ausgleiche:	
➔	“sonstige Mehrerlöse”:	- 1.430.000 €
➔	Kodierbedingte Mehrerlöse:	- 1.210.000 €
	Summe Ausgleiche:	- 2.640.000 €

Ausgleich § 4

➔ AUFGABEN

Ausgleich C1

Kodierbedingte Mehrerlöse

Rangfolge Mehrerlöse

- ⇒ Gesamtsummenvergleich;
nur wenn insgesamt Mehrerlöse:
- ⇒ 1. Kodierbedingte Mehrerlöse zu 100%
- ⇒ 2. Spezielle Ausgleichssätze für Mehrerlöse
- ⇒ 3. Allgemeiner Ausgleichssatz für
Mehrerlöse zu 65%

Quelle: siehe vorne

Beispiel versch. Mehrerlöse (I)

- ➔ Insgesamt Mehrerlöse 700.000, darin enthalten:

ZE Medikamente (Mindererl.)	- 100.000 €
DRGs Schwerverletzte	200.000 €
Andere DRGs	600.000 €
- ➔ Die pauschale Ermittlung der kodierbedingten Mehrerlöse ergibt 300.000 €

Beispiel versch. Mehrerlöse (II)

➔ Ausgleiche DRGs:

1. Kodierbed. Mehrerlöse:	- 300.000 €
2. DRGs Schwerverl.	-50.000 €
3. Rest DRG-Mehrerl.	- 130.000 €

Summe: - 480.000 €

Prüfschema Ausgleiche § 4 (I)

- ⇒ Gesamtsummenvergleich im Erlösbudget (§ 4): Mehr- oder Mindererlöse?
- ⇒ Wenn Mindererlöse:
Ausgleich von 20% / 0% (ZE Medikalpr.)
- ⇒ Keine Prüfung der CMI-Änderung
- ⇒ Wenn Mehrerlöse: nächste Seite

Prüfschema Ausgleiche § 4 (II)

- ➔ Aufteilung der Mehrerlöse nach
 - Mehrerlösen für DRG
 - Mehrerlöse kalkulierte ZE
- ➔ Mehrerlöse kalkulierte ZE:

ZE Arzneimittel, Medikalpr.	25%
Sonstige ZE	65%
- ➔ Mehrerlöse DRG nächste Seite

Prüfschema Ausgleiche § 4 (III)

- ⇒ Prüfung CMI Ist/Plan (durchschn. eff. BWR)
- ⇒ kein CMI-Anstieg: Kein pauschaler Upcoding-Ausgleich
- ⇒ CMI-Anstieg und keine zusätzlichen Fälle: 100% Ausgleich für Upcoding (aber abweichender Beweis möglich)
- ⇒ CMI-Anstieg und zusätzliche Fälle: Trennung zwischen kodierbedingten und sonstigen Mehrerlösen durch pauschale Ermittlung der sonstigen Mehrerlöse (aber abweichender Beweis möglich)

Prüfschema Ausgleichs § 4 (IV)

Danach Reihenfolge der Ausgleichssätze

- ⇒ Kodierbedingte Mehrerlöse 100 %
- ⇒ Spezielle Mehrerlöseausgleiche, beginnend mit niedrigstem Satz
- ⇒ Sonstige Mehrerlöse 65 %

Quelle: Tuschen, Braun, Rau, a.a.O

Ausgleich § 4

➔ AUFGABEN

Ausgleich C2

Kodierbedingte Mehrerlöse im
Gesamtzusammenhang der
Ausgleiche

Abweichender Einzelbeweis

- ➔ Krankenhaus oder Krankenkasse kann nachweisen, dass die vereinfachte Ermittlung zu niedrig oder zu hoch wegen Veränderung der Leistungsstruktur

Gründe für abweichende Struktur

Für Überschätzung des Kodiereffekts:

- ⇒ Zusätzliche Fälle mit überdurchschnittlich hohem Gewicht (gehen in die pauschale Berechnung nur mit durchschn. Gewicht ein)
- ⇒ Tatsächliche Zunahme der Fallschwere

Für Unterschätzung des Kodiereffekts:

- ⇒ Zusätzliche Fälle mit unterdurchschnittlich hohem Gewicht (gehen in die pauschale Berechnung - zu hoch - mit durchschn. Gewicht ein)

Beispiel für Anlaß eines abweichenden Einzelbeweises

- ➔ Vereinbart:
 - 100 x DRG N04Z (Hysterektomie) RG 1,543
 - 100 x DRG J25Z (Brustkrebs-OP) RG 0,763
 - Summe der Bewertungsrel. **230,60**
- ➔ Ist:
 - 150 x DRG N04Z (Hysterektomie) RG 1,543
 - 50 x DRG J25Z (Brustkrebs-OP) RG 0,763
 - Summe der Bewertungsrel. **269,60**
- ➔ Vereinfachte Methode würde Mehrerlöse hier komplett als kodierbedingt einstufen
- ➔ Hier jedoch erkennbar Leistungsänderung

Ausgleich § 4

➔ AUFGABEN

Ausgleich D

Einzelbeweis für kodierbedingte
Mehrerlöse

Andere Ausgleichsberechnung

§ 4 KHEntgG

- ➔ Aus Krankenkassensicht wird das vorgestellte Berechnungsschema nicht unbedingt geteilt
- ➔ Aussage eines AOK-Vertreters: Reihenfolge der Ausgleichssätze einzelfallabhängig entscheiden

Ausgleich § 4

➔ AUFGABEN

Ausgleich E

Alternative zum

Berechnungsschema der
Ministeriumsmitarbeiter



Budgetrecht und Entgeltverhandlungen ab 2008

3. Tag

Arndt Regorz, Dipl. Kaufmann
Geschäftsführer Regorz Consulting GmbH



VI. Vereinbarung sonstiger Entgelte

Sonstige Entgelte

- ➔ § 6 KHEntG
- ➔ Krankenhausindividuelle Leistungen, eigene Erlössumme
- ➔ Bildung einer Erlössumme gem. § 6 Abs. 3 KHEntG, außer:
 - NUB (nicht in Erlössumme enthalten)
 - hochspezialisierte Leistungen § 6 Abs. 2 a (im Erlösbudget nach § 4 enthalten)

Erlössumme § 6 KHEntG

- ⇒ Vereinbarung bei bes. Einrichtungen auf Basis BPfIV
- ⇒ Vorlage von Kalkulationsunterlagen
- ⇒ Beachtung der Kalkulationsempfehlung für Zusatzentgelte:
 - Kalkulation
 - Meldung der Ergebnisse

Wechselwirkung mit Erlösbudget

- ➔ Bei Verschiebungen zwischen: Erlösbudget (DRGs, ZE_{Bund}) und Erlössumme (§ 6 KHEntG)
- ➔ Jeweils entsprechende Bereinigung des Erlösbudgets

Wichtige Punkte Entgelte § 6

- ⇒ Nur pflegesatzfähige Kosten
- ⇒ Versorgungsauftrag
- ⇒ Vergleich mit anderen KHs
- ⇒ Variable Kosten vs. Fixkosten
- ⇒ Ggf. Bereinigung Budget § 4 KHEntgG
- ⇒ zusätzlich bei NUB:
Auskunft des INEK
Realistische Menge

Pflegesatzfähige Kosten

§ 17 Abs. 3 u. 4 KHG, insbesondere sind nicht zu berücksichtigen:

⇒ Kosten für wiss. Forschung und Lehre, soweit über normalen KH-Betrieb hinaus bei voll geförderten KHs außerdem insbes. nicht:

- ⇒ Investitionskosten
- ⇒ Grundstück, Grundstückserwerb
- ⇒ Anlauf-, Umstellungskosten

Versorgungsauftrag

- ➔ Vereinbarung der Entgelte im Rahmen des Versorgungsauftrags
- ➔ Abhängig vom KH-Plan i.V.m. Krankenhausgesetz des Bundeslandes und ggf. Weiterbildungsordnung

Vergleich mit anderen KHs

- ➔ Viele § 6 Entgelte werden in zahlreichen KHs erbracht
- ➔ Vergleich zwischen verschiedenen Entgeltforderungen und -vereinbarungen kann für Verhandlung hilfreich sein
- ➔ Einheitliche Leistungsdefinition beachten!

Variable Kosten vs. Fixkosten

- ➔ Insbesondere bei Zusatzengelten
- ➔ Sicherstellen, dass auch nur die zusätzlichen Leistungen (neben der DRG) finanziert werden, sonst Doppelfinanzierung

Budgetbereinigung

- ➔ Sind die zu vereinbarenden Leistungen bisher im Erlösbudget nach § 4 KHEntgG enthalten?
- ➔ Wenn ja: Budgetbereinigung, da sonst Doppelfinanzierung

NUB: Auskunft INEK

- ➔ Für **N**eue **U**ntersuchungs- und **B**ehandlungsmethoden drei Kategorien der INEK-Prüfung
- ➔ 1: Nicht richtig von DRGs/ZE abgedeckt
= als NUB vereinbar
- ➔ 2: Von DRGs/ZE abgedeckt
= nicht als NUB vereinbar
- ➔ 3: Ungeklärt müssen Vertragspartner vor Ort beurteilen
- ➔ Problemfall Kategorie 3!

NUB: Realistische Menge

- ➔ Keine Ausgleiche!
- ➔ Wenn Leistungen betroffen sind, die bisher schon im Budget enthalten waren, hat das Krankenhaus einen Anreiz, nur eine minimale Menge zu vereinbaren
- ➔ Budgetbereinigung wäre zu niedrig
- ➔ Ergebnis wäre Doppelfinanzierung (Budget und gesondertes NUB-Entgelt ohne Ausgleich)

Entgelte nach § 6 KHEntgG

➔ AUFGABE

Verhandlung von individuellen Entgelten

Ausgleiche für Entgelte nach § 6 KHEntgG

- ⇒ Ausgleiche auf die **Erlössumme** nach § 6 KHEntgG
(also nicht für Leistungen nach § 6 Abs. 2 a KHEntgG, nicht für NUB)
- ⇒ Keine Verrechnung mit Mehr-/Mindererlösen nach § 4 KHEntgG
- ⇒ Ausgleichssätze gem. § 6 Abs. 3 KHEntgG entsprechen der BPfIV (a.F.)

Ausgleiche für Entgelte nach § 6 KHEntgG (II)

- ⇒ Mindererlösausgleich:
bisher: 40%
Änderung durchs GKV-WSG auf 20%?
Vom Gesetzeswortlaut nicht! - Verweis auf
alte Fassung der BpflV (Absicht oder
Redaktionsversehen?)
- ⇒ Mehrerlösausgleiche tagesbezogene
Entgelte:
Mehrerlöse bis zu 5% über Plan: 85%
Mehrerlöse mehr als 5% über Plan: 90%

Ausgleiche für Entgelte nach § 6 KHEntgG (III)

- ➔ Mehrerlösausgleiche fallbezogen od. ZE:
in der Regel: 75%
- ➔ Bei Sachmittelanteil von über 50% gelten
gesonderte Ausgleichssätze, die von der
Bundesschiedsstelle festgelegt wurden:

Sachmittelanteil >50% - 60%:	70%
Sachmittelanteil >60% - 70%:	65%
Sachmittelanteil >70% - 80%:	60%
Sachmittelanteil >80% - 90%:	55%
Sachmittelanteil >90% - 100%:	50%

1. Beispiel für Ausgleiche nach § 6 KHEntgG

- ⇒ Als Erlössumme für tagesbezogene Entgelte wurde vereinbart: 1.000.000 €, Tatsächlich erbracht wurden 1.040.000 €
- ⇒ Mehrerlöse: 40.000 €
- ⇒ = 4%
- ⇒ Also Mehrerlösausgleich von 85%
- ⇒ Ausgleich: - 34.000 €

2. Beispiel für Ausgleichs nach § 6 KHEntgG (I)

- ➔ Als Erlössumme für fallbezogene Entgelte wurde vereinbart: 1.000.000 €, davon 500.000 für ZE mit einem SK-Anteil von 80%, Rest SK-Anteil unter 50%
- ➔ Tatsächlich erbracht wurden 1.040.000 €, davon 530.000 € für die ZE mit SK-Anteil von 80%, 510.000 € für den Rest

2. Beispiel für Ausgleiche nach § 6 KHEntgG (II)

⇒ Mehrerlöse insgesamt		40.000 €
davon: SK-Anteil 80%		30.000 €
Rest		10.000 €
⇒ Ausgleich:		
SK-Anteil 80%:	60%	- 18.000 €
Rest:	75%	- 7.500 €
⇒ Ausgleich gesamt:		- 25.500 €

Ausgleiche nach § 6 KHEntgG

⇒ AUFGABEN

Berechnung von Ausgleichen
nach § 6 KHEntgG

Ausgleiche für Ausgleiche nach § 15 Abs. 2 KHEntgG

- ➔ Für die Ermittlung des Ausgleichs nach § 15 Abs. 2 KHEntgG muss man Annahmen darüber treffen, wieviel Leistungen (Summe der eff. RG) bis zum Ende des Pflegesatzzeitraums noch erbracht werden
- ➔ Wenn die Annahmen nicht zutreffen, entstehen im KH Mehr- oder Mindererlöse
- ➔ Mehr- oder Mindererlöse werden zu 100% ausgeglichen

Beispiel Ausgleiche für Ausgl. § 15 Abs. 2 KHEntgG (I)

- ➔ Die Budgetvereinbarung wird zum 01.08.08 genehmigt
- ➔ Aufgrund der verspäteten Einigung/Genehmigung wird gem. § 15 Abs. 2 KHEntgG ein Aufschlag auf den Basisfallwert von 100 € vereinbart
- ➔ Dem liegt für die verbleibenden 5 Monate des Jahres eine geschätzte Summe der eff. Bewertungsrelationen von 4.000 zugrunde.
- ➔ Tatsächlich werden 4.100 eff. BWR erbracht

Beispiel Ausgleiche für Ausgl. § 15 Abs. 2 KHEntgG (II)

- ⇒ Ausgleich § 15 Soll:
 $100 \text{ €} \times 4.000 \text{ BWR} = 400.000 \text{ €}$
- ⇒ Ausgleich § 15 Ist:
 $100 \text{ €} \times 4.100 \text{ BWR} = 410.000 \text{ €}$
- ⇒ Mehrerlöse:
10.000 €
- ⇒ Ausgleich:
- 10.000 € (100%)

Ausgleich des Ausgleichs § 15

➔ AUFGABEN

Ausgleich des unterjährigen
Ausgleichs nach § 15 Abs. 2
KHEntgG

Ausgleiche Insgesamt

⇒ AUFGABEN

Ausgleichsberechnung § 4 und § 6 im Zusammenhang



VII. Weitere Regelungen

KHEntgG

Weitere Regelungen

- ⇒ Nicht geförderte Krankenhäuser
- ⇒ Wesentliche Änderungen der Grundlagen für die Pflegesatzvereinbarung
- ⇒ Arbeitszeitbedingungen
- ⇒ AiP
- ⇒ Sicherstellungszuschlag
- ⇒ Zentren und Schwerpunkte
- ⇒ Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
- ⇒ Entgelte bei klinischen Studien
- ⇒ Mindestmengen
- ⇒ Qualitätssicherung

Nicht geförderte Krankenhäuser

- ⇒ § 4 Abs. 8 KEntgG
- ⇒ Wenn KH nicht gefördert, können Kosten für neue Investitionsmaßnahmen berücksichtigt werden
- ⇒ Vors: Basisfallwert niedriger als Landesbasisfallwert
- ⇒ Umfang: Höchstens bis zum Landesbasisfallwert

Wesentliche Änderungen

- ⇒ § 4 Abs. 11 KHEntgG
- ⇒ Bei wesentlichen Änderungen der zugrunde gelegten Annahmen: Neuvereinbarung auf Antrag einer Vertragspartei
- ⇒ Im voraus kann vereinbart werden, dass für bestimmte Sachverhalte teilweise neu vereinbart wird

Arbeitszeitbedingungen (I)

- ⇒ § 4 Abs. 13 KHEntgG
- ⇒ Zusatzbetrag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen 2003 - 2009
- ⇒ max. 0,2 % von Erlösbudget (§4) und Erlössumme (§6)
- ⇒ Wenn für ein Kalenderjahr nicht vereinbart, für Folgejahr max. 0,4 %
- ⇒ kumulative Erhöhung der Beträge über die Jahre 2003 bis 2009 (also in 2009 max. 1,4%)

Arbeitszeitbedingungen (II)

- ⇒ Voraussetzung:
KH weist entsprechende schriftliche Vereinbarung mit Arbeitnehmervertretung nach
- ⇒ Prozentualer Zuschlag auf die KH-Rechnungen (DRGs, ZE, indiv. Entgelte)
- ⇒ Außerhalb von Erlösbudget/Erlössumme
- ⇒ Wenn Vereinbarung (teilweise) nicht umgesetzt wird, besteht (teilweise) Rückzahlungspflicht des KH

AiP

- ⇒ § 4 Abs. 14 KHEntgG
- ⇒ Mehrkosten Abschaffung AiP
- ⇒ Prozentualer Zuschlag in den Jahren 2004 - 2008

Sicherstellungszuschlag

- ⇒ § 5 Abs. 2 KHEntgG
- ⇒ Zuschlag für Vorhaltung von Leistungen
- ⇒ Voraussetzung:
 - Nicht kostendeckend finanzierbar wg. geringem Versorgungsbedarf
 - Für Versorgung der Bevölkerung notwendig
- ⇒ Prüfung, ob anderes geeignetes KH ohne Zuschlag erbringen kann
- ⇒ Wenn keine Einigung entscheidet die Planungsbehörde

Zentren und Schwerpunkte

- ⇒ Vereinbarung § 5 Abs. 3 KHEntgG
- ⇒ Vereinbarung von Zu- und Abschlägen für Zentren und Schwerpunkte (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG)
- ⇒ Insbesondere Tumorzentren, geriatrische Zentren
- ⇒ Soweit keine bundesweiten Regelungen vorliegen

Nichtteilnahme an der Notfallversorgung

- ⇒ Kein eigentlicher Abschlag sondern Berücksichtigung bei der Vereinbarung von Erlösbudget und Basisfallwert
- ⇒ Berücksichtigung im Zielwert
- ⇒ Soweit keine anderweitige bundesweite Vereinbarung: 50 € je vollstationärem Fall

Entgelte bei klin. Studien

- ⇒ § 8 Abs. 1 KHEntgG
- ⇒ Entgelte für allg. KH-Leistungen (§§ 4, 6 KHEntgG), auch bei klin. Studien mit Arzneimitteln
- ⇒ Nur im Rahmen des Versorgungsauftrags oder bei Notfällen
- ⇒ Problemfeld: Allg. KH-Leistung (§ 2 Abs. 2 KHEntgG)
„im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig“

Mindestmengen

- ⇒ § 137 Abs. 1, S. 3, Nr. 3 SGB V
- ⇒ Mindestmengenvereinbarung des GemBA
- ⇒ Mindestmengen für planbare Leistungen
- ⇒ Gilt nicht für Notfälle
- ⇒ Landesbehörde kann Ausnahmen erlauben, wenn sonst Sicherstellung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet
- ⇒ Übergangszeiträume für den Aufbau neuer Leistungsbereiche (36 Monate) und bei personeller Neuausrichtung (max. 24 Monate)

Qualitätssicherung

- ⇒ §§ 17, 20 GemBA-Vereinbarung z. QS
- ⇒ Krankenhaus stellt Zuschläge in Rechnung
- ⇒ KH dokumentiert einbezogene Leistungen
- ⇒ KH erhält darüber Bescheinigung zur Vorlage an die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen
- ⇒ Für nicht dokumentierte Datensätze Qualitätssicherungsabschlag über den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum, wenn bestimmte Mindestquote nicht erreicht



Weitere Regelungen

➔ AUFGABEN



VIII. Ausbildungsbudget

Ausbildungsbudget

- ⇒ Vor DRGs
- ⇒ Umstellung in 2005
- ⇒ Jährliche Verhandlung
- ⇒ Ausgleich
- ⇒ Landesfonds
- ⇒ Ab 2010

Vor DRGs

- ➔ Ausbildungsstätten in den Budgets der Krankenhäuser enthalten, soweit nicht anderweitig finanziert (staatliche Zuschüsse)
- ➔ Krankenhausindividuell
- ➔ In den Pflegesätzen enthalten

Umstellung in 2005

- ⇒ Ausbildungsfinanzierung: § 17a KHG
- ⇒ in 2005 erstmals Verhandlung eines
krankenhausindivid. Ausbildungsbudgets
- ⇒ Kostenausgliederung aus dem bisherigen
Krankenhausbudget
- ⇒ Evtl. Fehlschätzung der Ausgliederung aus
2005 konnte in 2006 korrigiert werden

Jährliche Verhandlung (I)

- ➔ Ausbildungsbudget wird jährlich neu verhandelt
- ➔ Krankenhaus muss entsprechende Unterlagen vorlegen (§ 17a, Abs. 4a KHG)
- ➔ Rahmenvereinbarung auf Bundesebene für Grundlagen und Kalkulationsschema (ist für 2008 im Unterschriftverfahren)
- ➔ ggf. Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Berücksichtigung landesspezifischer Bedingungen (Schulförderung)

Jährliche Verhandlung (II)

- ➔ Zweckgebundene Verwendung des Ausbildungsbudgets durch WP zu bestätigen
- ➔ Ausbildungsbudget wird über einen Ausbildungszuschlag je Fall finanziert

Ausgleich

- ⇒ Mehrerlöse zu 100%
- ⇒ Mindererlöse zu 100%

Landesfonds

- ➔ Individuelle Ausbildungszuschläge können zu Wettbewerbsverzerrung führen
- ➔ Krankenhäuser mit Ausbildung werden für die Kassen teurer als KHs ohne Ausbildung
- ➔ Daher vorgesehen: Fondslösung
- ➔ Ziel: Einheitlicher Ausbildungszuschlag für alle KHs des Landes, Umverteilung dann über Fonds

Ab 2010

- ⇒ Berücksichtigung von Richtwerten auf Bundesebene (ggf. regional differenziert)
- ⇒ Angleichung der Ausbildungsbudgets an Richtwerte ist dann anzustreben
- ⇒ Ausnahmen sind möglich

Ausbildungsfinanzierung

➔ AUFGABE



IX. BPfIV-Bereich

BPfIV

- ⇒ Anwendungsbereich
- ⇒ Budget
- ⇒ Pflegesätze
- ⇒ Psych-PV
- ⇒ Ausgleiche
- ⇒ TVöD-Berichtigung
- ⇒ Arbeitszeit, AiP
- ⇒ Formulare

Anwendungsbereich

- ➔ Psychiatrie, Psychosomatik
- ➔ Ganze Krankenhäuser oder Abteilungen

Budget

- ⇒ §§ 6, 12 BPfIV
- ⇒ Flexibles Budget
- ⇒ Grundsatz der Beitragssatzstabilität
- ⇒ Steigerung höchstens um Veränderungsrate
- ⇒ einige Ausnahmen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)
insbesondere:
 - vereinbarte Leistungsänderungen
 - Krankenhausplanung
 - AiP

Pflegesätze

- ➔ Abteilungspflegesätze:
 - ärztliche und pflegerische Leistungen
 - abteilungsbezogen
- ➔ Basispflegesatz
 - sonstige Leistungen
 - KH-einheitlich

Psych-PV

- ➔ Leistungsbezogene Personalbedarfs-
ermittlung
- ➔ Einstufung der Patienten in verschiedene
Kategorien
- ➔ Minutenbedarf für verschiedene
medizinische Berufsgruppen pro Woche
- ➔ Stellenberechnung

Ausgleiche

- ⇒ § 12 Abs. 2
- ⇒ Mindererlöse 20%
- ⇒ Mehrerlöse
 - bis zu 5%: 85%
 - über 5%: 90%

TVöD-Berichtigung

- ⇒ Wenn TVöD-Steigerung höher als Veränderungsrate
- ⇒ 1/3 des Unterschiedes
- ⇒ Nur, wenn zur Erfüllung des Versorgungsauftrags erforderlich

Arbeitszeit, AiP

- ➔ Zusätzliche Finanzierungen gelten auch für den BPfIV-Bereich
- ➔ Jedoch nicht als Zuschlag sondern im Gesamtbetrag/Budget

Formulare

- ➔ LKA (Leistungs- und Kalkulationsaufstellung)
- ➔ besonders relevante Blätter:
L1, L3 -> Veränderungen im Leistungsspektrum
K5 -> Budgetermittlung
- ➔ siehe Beispiel

Budgetrecht und Entgeltverhandlungen ab 2008

4. Tag

Arndt Regorz, Dipl. Kaufmann
Geschäftsführer Regorz Consulting GmbH



X. Analyse E1

Analysemöglichkeiten

- ⇒ Leistungsänderungen
- ⇒ Versorgungsauftrag
- ⇒ Mindestmengen
- ⇒ Fehlerquellen
- ⇒ Einzelnachweis kodierbedingte Mehrerlöse

Leistungsänderungen

- ➔ Leistungsverlagerungen (Konsequenzen für Ermittlung des Ausgangswertes)
- ➔ Potentielle Leistungsverlagerungen (z.B. ambulantes Operieren – ggf. erkennbar an UGVD-Abschlägen)

Versorgungsauftrag

- ➔ DRGs auf Übereinstimmung mit dem Versorgungsauftrag überprüfen
- ➔ Sowohl Forderungs-AEB als auch Ist-AEB
- ➔ Bei psychiatrischen DRGs Verlegungsabschlüsse prüfen

Mindestmengen

- ⇒ Einige DRGs fallen unter die Mindestmengenregelung
- ⇒ Prüfung, ob umgesetzt

Fehlerquellen

- ➔ Verprobung DRG-Anzahl und Abschlüsse (insbes. UGVD)
- ➔ Realistisches Verhältnis der Zu- und Abschlüsse zu der Zahl der DRGs?

Einzelnachweis kodierbedingte Mehrerlöse

- ➔ Einzelnachweis über Vergleich Plan-E1 und Ist-E1 zu führen
- ➔ Wichtig aus Kassensicht vor allem, wenn
 - a) zusätzliche Fälle mit
 - b) unterdurchschnittlichen RGs
- ➔ Dann kann für die Kassen ein Einzelnachweis besser sein als die pauschale Methode



XI. Konfliktfelder in der Verhandlung

Wesentliche Konfliktfelder

- ⇒ Mengengerüst DRGs
- ⇒ Insbesondere: Verlagerung in den ambulanten Bereich
- ⇒ Preise hausindividuelle Entgelte
- ⇒ Einzelnachweis Ausgleich kodierbedingte Mehrerlöse
- ⇒ noch in 2008: Berechnung der Leistungsveränderungen

Konfliktträchtige DRGs 2008

- ➔ operative Kurzlieger der DRGs:
F49F, G24Z, G25Z, I24Z, I18B, J24D
- ➔ konservative Kurzlieger der DRGs:
G72B, Z64B, D62Z, K60F

Quelle: Manthey/Möws „Wann ist das Leistungsspektrum realistisch?“ in f&w 1/2008, S. 73

Verhandlung

- ⇒ Vorteile und Techniken Kassen
- ⇒ Vorteile und Techniken Krankenhäuser

Vorteile Kassen

- ➔ Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern
- ➔ Mehrere Verhandlungen pro Jahr (Erfahrungseffekte)

Techniken Kassen

- ➔ Verweis auf Präzedenzfälle
- ➔ „Alle Krankenhäuser machen das so“
- ➔ Umfangreiche weitere Nachweise fordern

Vorteile Krankenhäuser

- ➔ Mehr Vorbereitungszeit möglich
- ➔ Bessere Kenntnis der Daten
- ➔ Einzelne Verhandlung für Krankenhaus wichtiger als für die Kassen (bestimmt 80%-90% der gesamten Erlöse des Krankenhauses)

Techniken Krankenhäuser

- ⇒ Informationen selektiv nutzen
- ⇒ Individuelle Berechnungsschemata anwenden
- ⇒ Mit Informationen überladen
- ⇒ Aufwand für die Analyse der Unterlagen erhöhen



XII. Leistungsveränderungen und Katalogeffekt

Katalogeffekt

- ➔ Relevanz des Katalogeffekts
- ➔ Entstehung
- ➔ Verfahren zur Ermittlung

Relevanz des Katalogeffekts

- ➔ Pauschale Bewertung von Leistungsveränderungen bis 2008
- ➔ Was sind Leistungsveränderungen?
- ➔ Nicht alle Änderungen der Summe der RG beruhen auf veränderten Leistungen
- ➔ Auch bei exakt gleicher Leistungsstruktur ergibt sich andere Summe der RG
- ➔ Dafür soll es aber weder Mehr- noch Mindererlöse (im Rahmen des veränderten Ausgangswertes) geben

Entstehung des Katalogeffekts

Jährliche Änderungen im DRG-System:

- ⇒ DRG-Kataloge
 - ⇒ Abrechnungsregeln
 - ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Diese Änderungen müssen neutralisiert werden, um den echten Leistungseffekt zu ermitteln

Verfahren zur Ermittlung

- ➔ Methode Tuschen
- ➔ Alternative Verfahren

Methode Tuschchen (I)

- ⇒ siehe f&w 1/2005, S. 36
- ⇒ relativ weit verbreitete Methode
- ⇒ Ist-Daten werden mit altem und neuem Grouper/Abrechnungssystem bewertet
- ⇒ Mit diesem Veränderungswert werden die Vereinbarungsdaten transformiert

Methode Tuschchen (II)

1. Vereinbarung lfd. Jahr
2. Ist lfd. Jahr bisheriger DRG-Groupen
3. Ist lfd. Jahr neuer DRG-Groupen
4. Differenz zwischen 3. und 2. -> Groupeneffekt
5. Änderung durch sonstige Abrechnungsbestimmungen
6. Prozentualer Effekt von 4. und 5. zu 2. (Ist)
7. Geschätzte Veränderung (1. x 6.)
8. Übergeleitete Vereinbarung (1. + 7.)

Beispiel Methode Tuschchen (I)

1. Vereinbarung 2007:
12.000 RG
2. Ist 2007 bisheriger DRG-Groupier(2007)
12.300 RG
3. Ist 2007 neuer DRG-Groupier(2008)
12.600 RG
4. Differenz zwischen 3. und 2.
300 RG
5. Änderung 2007->2008 durch sonstige
Abrechnungsbestimmungen
- 50 RG

Methode Tuschchen (II)

6. Prozentualer Effekt von 4. und 5. zu 2. (Ist)
Summe der Änderungen: 250 RG
Prozentual: $250 \text{ RG} : 12.300 \text{ RG} = 2,03 \%$
7. Geschätzte Veränderung (1. x 6.)
 $12.000 \times 2,03 \% = 243,6 \text{ RG}$
8. Übergeleitete Vereinbarung (1. + 7.)
 $12.000 \text{ RG} + 243,6 \text{ RG} = 12.243,6 \text{ RG}$

Diese übergeleitete Vereinbarung ist jetzt die Basis für evtl. Leistungsveränderungen.

Alternative Verfahren

- ➔ Die Tuschen-Methode kann in bestimmten Konstellationen zu nicht sachgerechten Ergebnissen führen (großer Unterschied zwischen Ist- und Plan-Leistungsstruktur)
- ➔ Auch andere Verfahren diskutiert
- ➔ z.B. Einsatz Migrationstabellen
- ➔ Wenn KH anderes Verfahren anwendet, vermutlich weil es zu besseren Ergebnissen für das KH führt!

Katalogeffekt

⇒ Aufgabe



XIII. Auswertung Budgetvereinbarung

Konkretisierungen Versorgungsauftrag

- ⇒ Vereinbarungen über die Einschränkung der Abrechenbarkeit von DRGs
- ⇒ Aussagen zu Mindestmengen
- ⇒ siehe Beispiel

Individuelle Entgelte

- ⇒ Bluter
- ⇒ nicht bundeseinheitliche DRGs
- ⇒ nicht bundeseinheitliche ZE
- ⇒ besondere Einrichtungen
- ⇒ hochspezialisierte Leistungen
- ⇒ etc.



XIV. Vertiefung/Abschluss

Fragen

- ➔ Zu welchen Bereichen haben Sie noch Fragen?

Budgetrecht im Zusammenhang

- ⇒ Analyse von Verhandlungsunterlagen



Regorz Consulting

Regorz Consulting GmbH
Neue Grottkauer Str. 3
12619 Berlin

Tel: 030 / 21 79 11 87
Fax: 030 / 72 23 98 869

mail@regorz-consulting.de
www.regorz-consulting.de