



# 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. Pflegesatzverfahren

# 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/ $ZE_{\text{Bund}}$ , 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.  $BFW_{alt} \cdot BFW_{Zahl-Vereinbarung\ neu}$
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.  $eff.BWR_{Plan} \cdot \text{Ergebnis aus 2.}$ )
5. Auf-/Abschlag:  
Mehr-/Mindererlös (3.) : eff. BWR<sub>neu</sub> (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 (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<sub>v</sub>)  
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,  $ZE_{\text{Bund}}$ ) 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 BPfIV (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 Tuschen (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](mailto:mail@regorz-consulting.de)  
[www.regorz-consulting.de](http://www.regorz-consulting.de)