Webinarreihe FKT
(Betriebs-)Wirtschaftliche Grundlagen im Krankenhaus

Krankenhausfinanzierung

Dr. Moritz Thiede

10. Februar 2016

BERATUNG THIEDE

Referent

Dr. rer. soc. oec. Moritz Thiede

Diplom-Volkswirt

1998-2008	HELIOS Kliniken, u.a. Leiter Konzerncontrolling, GF Kitzbühel, Bad Schwartau
2009	Lubinus Clinicum
2010-13	Vorstandsmitglied der Lubinus-Stifung
Seit 2014	selbständiger Unternehmens- und Wirtschaftsberater

mt@beratung-thiede.de

www.beratung-thiede.de

Agenda

1. **Gesetzliche Grundlagen**
2. Duale Finanzierung / Fördermittel
3. DRG-System
4. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
5. Schiedsstelle
6. Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen

Gesetzliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch V (SGB V)
  alle wesentlichen Bestimmungen zu den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
  grundsätzliche Regelung der dualen Krankenhausfinanzierung
- Krankenhausentggeldgesetz (KHEntgG)
  Regelung der Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen in KHs (Somatik)
- Bundespflegesatzverordnung (BPflV)
  Regelung der Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen in KHs (Psychiatrie, Psychosomatik, besondere Einrichtungen)
- Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) seit 1.1.2016
  Größtes Reformgesetz seit Einführung des DRG-Systems, Einbezug von Qualitätsmerkmalen in KH-Finanzierung

Krankenhaus

- Begriffsdefinition Krankenhaus:
  Kurativ Akutkrankenhaus (nicht palliativ, nicht Rehabilitation)
  Akute Behandlungen stationär und ambulant, Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht
- In der Regel in Krankenhausplan der Länder aufgenommen (Plankrankenhaus), sonst Versorgungsvertrag mit Krankenkassen nach § 108 Abs. 3 SGB V

Gesetzesdefinitionen I

§2 KHG - Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser
   Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können,

Gesetzesdefinitionen II

§ 107 SGB V - Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

1. Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die
    1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
    2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
    3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch- technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,
    und in denen
    4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Gesetzesdefinitionen III

§ 108 SGB V – Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen
2. **Duale Finanzierung / Fördermittel**
3. DRG-System
4. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
5. Schiedsstelle
6. Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen

Krankenhausfinanzierung

Als **Krankenhausfinanzierung** wird die Bereitstellung von Geldmitteln für das Einrichten und den Betrieb von Krankenhäusern bezeichnet. Die Leistungen für Patienten werden in Deutschland nach den Regeln der Sozialgesetzbücher abgerechnet. Dabei gelten für die Investitionen zusätzlich besondere gesetzliche Regeln nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und entsprechender Landesgesetze.

Duale Finanzierung

- Mit Einführung KGH 1972 doppelte Finanzierungsgrundlage für (Plan-) Krankenhäuser
- ➢ Bundesländer fördern Investitionskosten über Einzel- und Pauschalfördermittel Schleswig-Holstein: AG-KHG § 7 und 8
- ➢ Krankenkassen (gesetzlich und privat) finanzieren Betriebskosten (KHEntgG und BPflV)

Einzelfördermittel I

- Grundlage: § 9 Abs. 1 KHG (§ 7 AG-KHG)
- Gefördert werden
  a) Errichtung und Erstausstattung mit Anlage-gütern
  b) Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer > 3 Jahre

Einzelfördermittel II

- Grundlage: § 9 Abs. 2 (§ 9-13 AG-KHG)
- Auf Antrag bewilligen Bundesländer Fördermittel für

a) Nutzung von Anlagegüter
b) Anlauf- und Umstellungskosten bei größeren Veränderungen, soweit ohne Förderung Aufnahme oder Fortführung des KH-Betriebs gefährdet wäre
c) Lasten aus Darlehen vor Beginn des KHG
d) Ausgleich für Eigenmittel-Afa aus Beschaffung vor Inkrafttreten des KHG
e) Schließung von Krankenhäusern
f) Umstellungen von Krankenhäuser/-abteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere Pflegeheime/-abteilungen

Pauschalfördermittel

- Grundlage: § 9 Abs. 3 KHG (§ 8 AG-KHG)
- Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (3 bis 30 Jahre in SH)
- Kleine bauliche Maßnahmen bis 60.000 DM ohne USt
- Jährliche pauschale Auszahlung über Kreise und kreisfreie Städte zum 30.9. des Jahres
- Bemessungsgrundlage für PFM 25% Bettenzahl und für 75% Fallzahl des Vorjahres
  Pro Bett: ca. 700€ (je nach Gewichtung)
  Pro Fall: ca. 50€

Finanzierung der operativen Kosten

- Krankenversicherungen (GKV, PKV) und Selbstzahler finanzieren über die Entgelte die Betriebskosten (ohne Investitionen)
- Früher Selbstkostendeckungsprinzip
  => 1. Folge: (übermäßige) Kostensteigerungen
  => 2. Folge: seit Jahrzehnten Kostendämpfung
- Heute Leistungsvergütung als Ideal
  (Geld folgt der Leistung)
  => 1. Folge: Leistungssteigerungen
  => 2. Folge: Mengenanstiegsbegrenzungen (KHSG)

Durchführung der Finanzierung

- Krankenhäuser verhandeln jährlich aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen mit den Krankenkassen ihr Jahresbudget
- Abfinanzierung erfolgt durch Abrechnungen der einzelnen Patienten
- Jährlich im nächsten Budgetjahr Vergleich des Vorjahresbudgets mit den tatsächlichen Ist-Leistungen und Ausgleichsregelungen bei Abweichungen

Gegenstand der Abrechnung

- Fallpauschalen: mit nach Katalog ermittelten Preisen für pauschalierte Behandlungskomplexe
- Zusatzentgelte: nicht mit dem DRG-Preis abgegoltene Zusatzleistungen (z.B. best. Medikamente, best. Implantate, best. Zusatzleitungen usw.)
- Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NuB): neue bundesweit zugelassene und individuell genehmigte Verfahren
- Abrechnungshöhe: bundesweite einheitlich bewertete „Preise“ für DRGs und ZEs, es gibt auch nicht bewertete DRGs und ZEs, deren Entgelthöhe krankenhausindividuell vereinbart werden muss

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Duale Finanzierung / Fördermittel
3. **DRG-System**
4. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
5. Schiedsstelle
6. Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen

Einführung DRG-System

- DRG – Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
- Einführung freiwillig 2003, verpflichtend ab 2004 für somatische Krankenhäuser im KHEntgG
- Löste die tagesgleichen Basis- und Abteilungspflegesätze nach BPflV ab
- Pauschaliertes Abrechnungsverfahren, in dem Behandlungsfälle (Patienten) nach medizinischen Daten (Diagnosen, Prozeduren, demographische Variablen) Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit (medizinisch und ökonomisch) zugeordnet werden

Grundzüge DRG-System

- Ursprünglich zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets entwickelt
- In Deutschland als Fallpauschalensystem ausgestaltet und Abrechnungssystem von Preisen für die Leistungsmerkmale von einzelnen Fällen verwendet
- Bemessung erfolgt auf der Grundlage der Verteilung des verfügbaren Gesamtbudgets
- Durch DRGs klassifizierte Leistungen stellen ein konsensbasiertes Umlagemodell dar
- Sie dienen nicht der Kostenerfassung und nicht der Preisbildung nach den tatsächlichen betriebswirtschaftlichen Kosten der Behandlung.

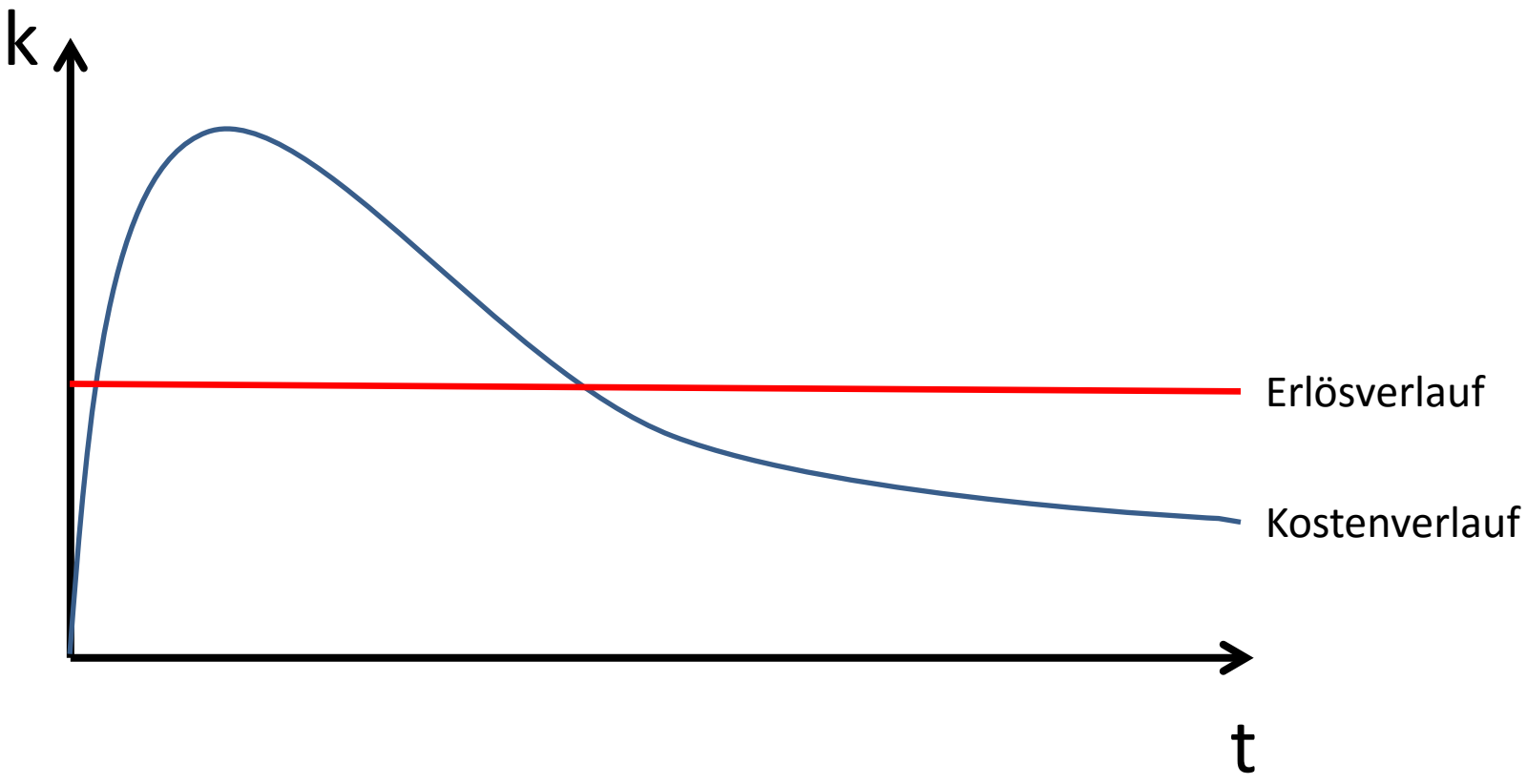
Vergütung vor DRGs

- Tagesgleiche Pflegesätze

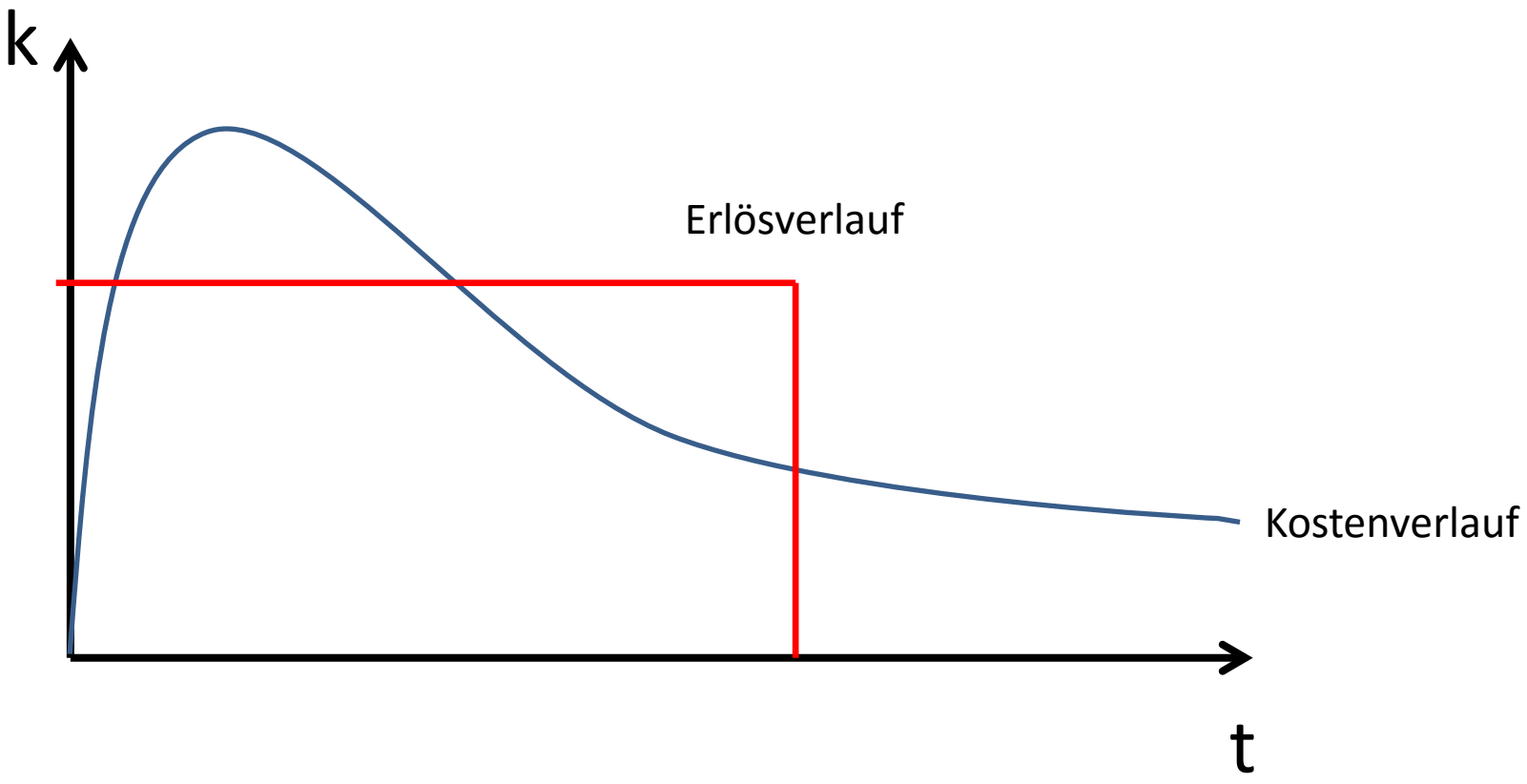
➢ <u>Basispflegesatz</u>
Vergütung der nichtmedizinischen Leistungen („Hotelsatz“), für alle KH-Patienten gleich

➢ <u>Abteilungspflegesatz</u>
Vergütung für medizinische Leistungen innerhalb einer nach dem Krankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilung (z.B. Chirurgie, Innere, Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe usw.)

Ökonomische Wirkung von Tagespflegesätzen



Ökonomische Wirkung von Fallpauschalen



Funktion des DRG-Systems I

- Jährliche Ermittlung durch Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK)
- InEK wird zu gleichen Teilen von Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband der Krankenkassen (SpiBu GKV) und Privaten Krankenversicherungen (PKV) getragen
- InEK wurde 2001 gegründet
- Ermittelt jährlich den Fallpauschalen- und den Zusatzentgeltkatalog aus Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser (ca. 250 in D)

Funktion des DRG-Systems II

- DRG-System ist ein Relativsystem, d.h. es gibt einen normierten (Durchschnitts-) Fall mit dem Relativgewicht 1. Alle anderen Fälle werden dazu in Bezug gesetzt. Der durchschnittliche Ressourcenverbrauch stellt dabei den Maßstab dar.
- Beispiele
  - eine Fallgruppe mit Relativgewicht 0,5 verbraucht halb so viele Ressourcen (Kosten) wie der Normfall,
  - ein Fall mit Relativgewicht 3,0 die dreifachen Ressourcen

Struktur DRG-System 2016

- 1.173 bewertete DRGs (Hauptabteilungen)
- 42 nicht bewertete DRGs
- Zwei bewertete teilstationäre Leistungen
- Drei nicht bewertete teilstationäre Leistungen
- 99 bewertete Zusatzentgelte
- 80 nicht bewertete Zusatzentgelte

Struktur Fallpauschalenkatalog

- Unterteilung in 25 Major Diagnostic Categories (Organbasiert bzw. Ausnahmetatbestände)
- Jede MDC ist in Partitionen unterteilt:
  01-39 Operativ (O)
  40-59 Andere (A), d.h. interventionell
  60-99 Medizinisch (M), d.h. konventionell
- Angaben zum Relativgewicht, untere und obere Grenzverweildauer

Ausschnitt Fallpauschalenkatalog

G-DRG-Version 2016

Fallpauschalen-Katalog

Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Partition	Bezeichnung [6]	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer [1]	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme [4]
						Erster Tag mit Abschlag [2], [5]	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt [3], [5]	Bewertungsrelation/Tag			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Prä-MDC												
A01A	O	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	28,525		45,5	14	1,506	64	0,496		x	x
A01B	O	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre	17,690		37,0	11	1,180	55	0,424		x	x
A01C	O	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre	11,520		24,6	7	1,099	43	0,357		x	x
A02Z	O	Transplantation von Niere und Pankreas	10,535		23,8	7	0,982	40	0,361		x	x
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems												
B04A	O	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	3,902		14,0	4	0,633	28	0,158		x	
B04B	O	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	3,319		14,6	4	0,465	29	0,112		x	
B04C	O	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	1,536		4,4	1	0,457	10	0,158		x	
B04D	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	1,508		6,0	1	0,388	11	0,091		x	
B05Z	O	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	0,565		2,6	1	0,167	5	0,083	0,085		
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses												
D60A	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie	1,160		6,3			17	0,133	0,115		x
D60B	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie	1,107		8,6	2	0,351	19	0,086	0,110		x
D60C	M	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,653		3,6	1	0,373	8	0,095	0,106		x
D61A	M	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	0,563		4,4	1	0,301	9	0,089	0,103		
D61B	M	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus	0,553		4,2	1	0,331	9	0,092	0,106		
D62Z	M	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	0,417		3,4	1	0,203	7	0,083	0,091		

Abrechnung

1. Ermittlung der DRG mittels Grouper (Diagnosen, Prozeduren, demographische Daten, weitere Daten)
2. Multiplikation des Relativgewichts der DRG mit dem Basisfallwert, konkret den jeweiligen Landes-basisfallwerten
   - Bundesbasisfallwert 2016: 3.311,98 €
   - Unterer Korridorgrenze: 3.278,19 € (-1,02%)
   - Obere Korridorgrenze: 3.394,77 € (+2,5%)
3. Berücksichtigung weiterer Zu- und Abschläge, die bundes- oder landesweit sowie krankenhaus-individuell festgelegt sein können

Abrechnungsrelevanz I

- Diagnose(n): Feststellung und Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit
  - Klassifizierung: ICD 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), ca. 13.500 Schlüssel (2016)
  - Unterteilung in Haupt- und Nebendiagnosen: Hauptdiagnose ist diejenige, die rückblickend hauptsächlich den KH-Aufenthalt verursacht hat, Nebendiagnosen alle anderen

Abrechnungsrelevanz II

- Prozedur(n): Anwendung medizinischer Verfahren zur Beseitigung, Heilung oder Linderung einer körperlichen oder psychischen Krankheit
  - Klassifizierung: Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS 2016), ca. 28.000 Schlüssel
- Demographische Daten: Alter, Geschlecht sowie Aufnahmegewicht bei Kindern, die jünger als ein Jahr sind (insbesondere Frühgeborene)
- Beatmungszeit, insb. Bei Langzeitbeatmungen relevant
- Verweildauer sowie Aufnahmeart (Zuverlegung, Einweisung, Notaufnahme) und Entlassungsart (Abverlegung, Tod, …)

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Duale Finanzierung / Fördermittel
3. DRG-System
4. **Ermittlung des Landesbasisfallwertes**
5. Schiedsstelle
6. Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen

Ermittlung des Landesbasisfallwertes

- Gesetzliche Grundlage
- Verhandlungslage
- Musterberechnung
- Mustervereinbarung

Gesetzliche Grundlage Bund

- § 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
  Vereinbarung auf Bundesebene durch Vertragsparteien (Spi-Bu GKV, PKV, DKG)
  - Fallpauschalenkatalog auf Empfehlung Inek
  - Liste der Zusatzentgelte
  - Abrechnungsbestimmungen dazu
  - Empfehlungen Kalkulation und Vergütung für neue Untersuchungs- und Behandlungs-methoden (NUBs)
  - Tariferhöhungsrate / Veränderungswert

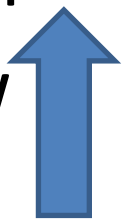
Gesetzliche Grundlage Land I

- § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) Vereinbarung auf Landesebene durch Vertragsparteien (Landeskrankenhaus-gesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Landesausschuss PKV)

Bundeskonvergenz

- Angleichung der Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwertkorridor 2011-2014
- Obergrenze: Bundesbasisfallwert + 2,5%
- Untergrenze: Bundesbasisfallwert - 1,25%
- Angleichung 2014 abgeschlossen, danach keine Landesbasisfallwerte außerhalb des Korridors mehr möglich (nach Berichtigungen), durch Ausgleiche aber realistisch

Verhandlungslage

- Verhandlung zwischen Verhandlungsausschuss der Landeskrankenhausgesellschaft und dem Verhandlungs-ausschuss der Kranken- und Ersatzkassen sowie des Verbandes der Privaten Krankenversicherer
- Meist 6 Krankenhausvertreter sowie 10-12 Krankenkassenvertreter
- Interessenlage: LBFW  LBFW

Verhandlungsablauf I

- Zunächst Verständigung über die Ausgangslage:
  - Datenbasis
  - Ausgleiche und Berichtigungen
  - Schwer-Punkte für aktuelle Verhandlung
- Gegenseitiger Austausch der Standpunkte
- Ende der 1. Verhandlung

Verhandlungsablauf II

Weitere Termine:

- Bekanntgabe neuer Erkenntnisse oder Vorgaben der Gremien
- Diskussion/Verhandlung über strittige Punkte
- Je nach „Gefechtslage“ Einigung oder Vertagung auf weiteren Termin
- Nach 3. oder 4. Verhandlungsrunde Einigung oder Anrufung der Schiedsstelle bei Nichteinigung

Mustervereinbarung

- § 1 Höhe des landesweit geltenden Basisfallwertes
- § 2 Grundlagen für die Ermittlung des LBFW
- § 3 Berichtigungen des LBFW
- § 4 Ausgleiche
- § 5 Sonstiges
- § 6 Inkrafttreten

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Duale Finanzierung / Fördermittel
3. DRG-System
4. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
5. **Schiedsstelle**
6. Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen

Schiedsstelle I

- § 13 KHEntgG, §18a KHG
- Entscheidet bei Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundes- bzw. Landesebene oder örtlicher Ebene (einzelnes KH)
- Wird von einer der Vertragsparteien bei Nichteinigung über die ganze oder eine Teilvereinbarung angerufen, muss nach Anrufung innerhalb von sechs Wochen über die Punkte, die nicht geeinigt werden konnten, tagen

Schiedsstelle II

- Neutraler Vorsitzender, gleiche Anzahl Vertreter der KK und der KH
- Entscheidungen mit der Mehrheit der Mitglieder, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden
- Entscheidung der Schiedsstelle gilt als Vereinbarung, wird der zuständigen Landesbehörde zur Genehmigung vorgelegt, Parteien können Nichtgenehmigung beantragen

Agenda

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Duale Finanzierung / Fördermittel
3. DRG-System
4. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
5. Schiedsstelle
6. **Entgeltverhandlungen mit Krankenkassen**

Entgeltverhandlung

- Basis KHEntgG für DRG-Häuser, BPflV für Nicht-DRG-Häuser (Psychiatrien, besondere Einrichtungen), ab 2017 PEPP (pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik)
- Verhandelt wird i.d.R. für ein Kalenderjahr, auch längere Zeiträume möglich
- Nach Vorstellung des Gesetzgebers soll progressiv, also für zukünftige Zeiträume verhandelt werden, tatsächlich meist im lfd. Jahr, oder nach Jahresende

Verhandlungsinhalte/Leistungen

- Fallpauschalen des Verhandlungsjahres nach E1 (BWR nach Zu- und Abschlägen)
- Zusatzentgelte nach E2 (bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte)
  Beispiele: Hämodialyse, best. Implantate wie Wirbelkörperersatz, Medikamentenpumpe, Chemotherapeutika, PKMS, etc. derzeit 141 ZEs
- KH-individuelle Entgelte nach §6 KHEntgG (E3)
  - E3.1: fallbezogene Entgelte (nichtbewertete DRGs)
  - E 3.2: Zusatzentgelte (nichtbewertete ZEs)
  - E 3.3: tagesbez. Entgelte (nichtbew. teilstat. Leist.)
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), sind bis zum 31.10. für das Folgejahr zu beantragen, Entgelte können nur für genehmigte NUBs vereinbart werden

Verhandlungsgeschehen

- Vereinbarung realistischer Leistungsmengen, daraus abgeleitet ergeben sind durch LBFW und ZE-Preise das Erlösbudget und für die KH-individuellen Entgelte die Erlössumme
- Vereinbarung der Ausgleiche (i.d.R. festgelegt) und Mehrleistungsrabatte (ML-Rabatte) bzw. FDA
- Ausgleiche: Mehrerlösausgleich: 65%
Mindererlösausleich: 20%
- ML-Rabatt: 25% für vereinbarte ML für 3 Jahre (ab 2015)
- Umsetzung Fixkostendegressionsabschlag (KHSG)

Entgeltvereinbarung I

- Gesamtbetrag §1 aus Erlösbudget §2 und Erlössumme §3
- Vereinbarung NUBs §4
- Zu- und Abschläge §5 (Schwerpunkt-/Zentrumszuschläge und ML-Rabatte)
- Ausgleiche §6 (Mehr-/Mindererlös KH-individuell oder durch Landesbeschluss aus LBFW-Verhandlung)

Entgeltvereinbarung II

- Ausbildungsbudget und –zuschlag §7
  - KH mit einer geförderten Schule, z.B. Pflege, Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Hebammen, MTAs, MTRAs, MTLAs usw., bekommen die Ausbildung finanziert, das Budget wird mit den KK vereinbart
  - alle KH erhalten einen fallbezogenen Zuschlag und führen diesen fallzahlabhängig an den Ausgleichsfonds der Landeskrankenhausgesellschaft ab
- Qualitätssicherung und Qualitätssicherungszuschläge §8 und §9

Entgeltvereinbarung III

- Komplexbehandlungen §10 und Mindestmengen §11
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung §12 (nach §137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gem. Vorgaben G-BA)
- Datenlieferung §12
- Zahlungsbedingungen §13
- Sonstiges §14 (z.B. Überlieger, Katalogeffekt, individuelle Festlegungen)

Exkurs: KHSG

Krankenhausstrukturgesetz I

- Angleichung der Landes- und des Bundesbasisfallwert
- Verlagerung der Berücksichtigung der Leistungs-entwicklung von der Landesebene auf die Ortsebene
- Weiterentwicklung des Orientierungswertes
- Pflegestellenförderprogramm
- Refinanzierung von Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen
- Sicherstellungszuschlag
- Ambulante und stationäre Notfallversorgung

Krankenhausstrukturgesetz II

- Weiterentwicklung und Konkretisierung des Zentrumsbegriffs sowie der Voraussetzungen für die besondere Vergütung
- Investitionsfinanzierung / Strukturfonds
- Qualität in der Krankenhausplanung
- Qualitätszu- und -abschläge
- Mindestmengen
- MDK-Kontrollen
- Landesschlichtungsausschüsse
- Fixkostendegressionsabschlag

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Fragen bitte gern auch im Nachgang per Email.

BERATUNG
THIEDE