

Webinarreihe FKT  
(Betriebs-)Wirtschaftliche Grundlagen im  
Krankenhaus

# Krankenhausfinanzierung

Dr. Moritz Thiede

9. März 2016



# 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-Stiftung
- Seit 2014      selbständiger Unternehmens- und Wirtschaftsberater

[mt@beratung-thiede.de](mailto:mt@beratung-thiede.de)

[www.beratung-thiede.de](http://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
7. Krankenhausstrukturgesetz

# Ermittlung des Landesbasisfallwertes

- Gesetzliche Grundlage
- Verhandlungslage
- Musterberechnung
- Mustervereinbarung

# Gesetzliche Grundlage Bund

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

# Gesetzliche Grundlage Land I

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

# Bundeskongvergenz

- 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 Verhandlungsausschuss 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 Ausgleich
- § 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
7. Krankenhausstrukturgesetz

# 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**
7. Krankenhausstrukturgesetz

# 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 Ausgleichs- (i.d.R. festgelegt) und Mehrleistungsrabatte (ML-Rabatte) bzw. FDA
- Ausgleichs-: Mehrererlösausgleich: 65%  
Mindererlösausgleich: 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)
- Ausgleich §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)

# Agenda

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

# KHSG - Themenbereiche

- Allg. Finanzierung
- Pflege
- Mengensteuerung
- (alte und neue) Zuschläge
- Notfallversorgung
- Qualität
- Strukturfonds
- Zeitplan zur Umsetzung

# Allgemeine Finanzierung

- Entwicklung Landesbasisfallwert:
  - Korridorangepassung (+ 2,5%, -1,02%)
  - Mengensteuerung (Verlagerung auf Ortsebene)
- Einführung Tarifraten zur anteiligen Finanzierung der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifierhöhungen
- Orientierungswert: Weiterentwicklung
- Bundesbasisfallwert: Systemumstellung ab 2021
- KH-Leistungen für Asylbewerber (nicht im Budget)
- Hygieneförderprogramm (verlängert bis 2019)

# Pflege

- Pflegestellenförderprogramm
  - Neuauflage des Programms von 2009-2011
  - Stichtag: 1.1.2015
  - gefördert werden 0,15% des Gesamtbetrags bis zu 90% der zusätzlichen Pflegepersonalkosten
- Pflegezuschlag
  - Ersetzt Versorgungszuschlag ab 2017
  - Gesamtvolumen 500 Mio. €
  - Grundlage Anteil der KH-individuellen Pflegepersonalkosten an Bundesgesamtkosten
  - dieser %-Anteil wird auf 500 Mio. € gerechnet

# Mengensteuerung I

- Fixkostendegressionsabschlag (FDA)
  - Generelle Festlegungen auf Bundesebene (Absenkung/Abstufung DRGs, Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, Umsetzung)
  - Festlegung FDA auf Landesebene pro Bundesland
  - Umsetzung auf Ortsebene (Ausnahmetatbestände: kein, halber oder erhöhter FDA)
- Veränderung von Bewertungsrelationen  
Absenkung/Abstufung der Relativgewichte für Leistungen, bei denen wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind

# Mengensteuerung II

- Sachkostenanteile in DRG-Kalkulation
  - Korrektur der Sachkostenanteile bei Leistungen, bei denen von möglichen Fehlanreizen durch systematische Übervergütung auszugehen ist
  - jährliche Überprüfung aller Sachkostenanteile auf unsachgerechte Kostenvorteile
  - aufkommensneutrale Umsetzung
- Repräsentativität DRG-Kalkulation
  - Erarbeitung einer repräsentativen Stichprobe an KHz zur Kalkulation von DRG, PEPP und Investitionen

# (Alte und neue) Zuschläge I

- Zuschläge nach § 17 Abs. 1a Nr. 5 KHG
  - Mehrkosten von G-BA Richtlinien
  - für Qualitätssicherung und Mindestanforderungen
  - bis zur Berücksichtigung in Kalkulation DRGs/ZEs
- Zuschläge für Zentren
  - bei Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten
  - soweit nicht bislang in DRGs/ZEs oder sonst vergütet
  - in KH-Plan oder Festlegungen von Landesbehörden

# (Alte und neue) Zuschläge II

- Sicherstellungszuschlag (SSZ)
  - Vorgaben kommen vom G-BA
  - Aspekte / Fragen zur „Erreichbarkeit“  
(km/min, Verkehrsmittel, Tages-/Nachtzeit usw.)
  - Aspekte / Fragen zu „geringem Versorgungsbedarf“  
(Geringer Versorgungsbedarf wie? Vorhaltung?)
  - Landesebene: ergänzende/abweichende Vorgaben, Prüfung des Antrags (Leistung durch anderes KH, Erfüllung der G-BA Vorgaben, Defizit in Bilanz)
  - Ortsebene: Vereinbarung zw. Vertragsparteien, nur möglich, wenn gesamtes KH Defizit in Bilanz hat

# Notfallversorgung

- Zu- und Abschläge für stat. Notfallversorgung
  - G-BA beschließt System von Notfallstrukturen in KHe
  - Vertragsparteien beschließen Höhe und Ausgestaltung
  - Zu-/Abschläge wirken absenkend/erhöhend auf LBFW
- Ambulante Notfallversorgung
  - Kooperationsverpflicht. zw. KV und KHe zur Sicherstellung des ärztlichen Notdienstes in oder an KHe
  - zu regeln in dreiseitigem Vertrag nach § 115 Abs. 2 SGB V zwischen KK, KHe und Vertragsärzten
  - finanzielle Anpassung der Regelungen durch Regelung im EBM

# Qualität I

- Qualitätsverbesserung durch Verknüpfung von Qualität und Vergütung
- G-BA beschließt Katalog der betroffenen Leistungen bzw. Leistungsbereich sowie Q-Ziele und Indikatoren
- Bundesebene: Vertragsparteien vereinbaren Höhe und Ausgestaltung der Zu- und Abschläge
- Ortsebene: Feststellung von „außerordentlich guter“ oder „unzureichender“ Qualität und Umsetzung der Vorgaben

# Qualität II

- Mindestmengenregelung
  - Weiterentwicklung der bestehenden Regelungen
  - Festlegungen durch G-BA
  - Vorausschätzung der Leistungsmenge auf Ortsebene
  - Länder können über Ausnahmen entscheiden
- Qualität und Krankenhausplanung
  - § 1 KHG wird um Qualitätsaspekt erweitert
  - G-BA entwickelt Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für KH-Pläne
  - bei dauerhafter Nichterfüllung der Qualitätsindikatoren können KHS ganz oder teilweise aus den KH-Plänen herausgenommen werden

# Qualität III

- Zuschlag für klinische Sektionen
  - Festlegung einer Sektionsrate im Bund
  - Durchschnittskosten einer Sektion (InEK)
  - Vorgabe für Berechnung des Zuschlags
  - Umsetzung auf Ortsebene
- Palliativmedizin
  - Palliativstationen ab 5 Betten können als besondere Einrichtungen aus Vergütungssystem herausgenommen werden
  - Kalkulation eines Zusatzentgelts zur Förderung der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste
  - auch Kooperation mit multiprofessionell organisiertem Palliativdienst möglich

# Strukturfonds

- Bereitstellung von 500 Mio. € aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- Fördertatbestände
  - Abbau von Überkapazitäten
  - Konzentration von stat. Versorgung und Standorten
  - Umwandlung von KH in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen
  - durch Schließung/Stilllegung oder Umwandlung
  - Fonds steht für Anträge bis 31.7.2017 offen, danach Nachverteilungsverfahren

# Zeitplan KHSVG-Umsetzung I

Wer	Was	§§	Bis wann
DKG, GKV, PKV	Vereinbarung des Näheren zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben (Zentren)	9 Abs. 1 a Nr. 2 KHEntgG	31. März 2016
DKG, GKV, PKV	Absenkung/Abwertung der BWR von Leistungen mit Anhaltspunkten für in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen	9 Abs. 1 c KHEntgG	31. Mai 2016
DKG, GKV, PKV	Vereinbarung eines Konzepts zum Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten	17 b Abs. 1 Satz 6 KHG	30. Juni 2016
LKG, GKV, KV (Landesebene)	Neuvereinbarung der dreiseitigen Verträge zur ambulanten Notfallversorgung	115 Abs. 3a SGB V	30. Juni 2016
DKG, GKV, PKV	Katalog <u>nicht</u> mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur Umsetzung des FKDA	9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG	31. Juli 2016

# Zeitplan KHSVG-Umsetzung II

Wer	Was	§§	Bis wann
LKG, GKV, PKV (Landesebene)	Höhe Fixkostendegressionsabschlag	10 Abs. 13 KHEntgG	30. Sept. 2016 (erstmal)
G-BA	Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität	136a Abs. 1 SGB V	31. Dez. 2016
G-BA	Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	136 c Abs. 1 SGB V	31. Dez. 2016
G-BA	Beschluss zu Vorgaben für Sicherstellungszuschläge	136 c Abs. 3 SGB V	31. Dez. 2016
G-BA	Beschluss zu gestuftem System von Notfallstrukturen	136c Abs. 4 SGB V	31. Dez. 2016
DKG, GKV, PKV	Anforderungen an Durchführung klinischer Sektionen	9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG	31. Dez. 2016
DKG, GKV, PKV	Vereinbarung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und deren Weiterentwicklung	17 b Abs. 3 KHG u. a.	31. Dez. 2016

# Zeitplan KHSVG-Umsetzung III

Wer	Was	§§	Bis wann
DKG, KBV, GKV	EBM-Regelung für Vergütung von Notfällen und Notdienst nach Schweregraden differenzieren	87 Abs. 2a SGB V	31. Dez. 2016
DKG, GKV, PKV	Höhe und nähere Ausgestaltung der Notfallzu- und -abschläge	9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG	30. Juni 2016
G-BA	Beschluss der vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge	136 b Abs. 8 SGB V	31. Dez. 2017
G-BA	Beschluss zu Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und -abschläge	136 b Abs. 9 SGB V	31. Dez. 2017
Experten	Vorschläge Expertenkommission Pflege	4 Abs. 8 KHEntgG	31. Dez. 2017
DKG, GKV, PKV	Höhe und nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge	9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG	30. Juni 2018
DKG, GKV	Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge	110 a Abs. 2 SGB V	31. Juli 2018

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Fragen bitte gern auch im Nachgang per Email.

[mt@beratung-thiede.de](mailto:mt@beratung-thiede.de)

BERATUNG  
THIEDE

