

**MBS Purgator Management-, Beratungs- und Service-GmbH**  
**Die Zeit nach der Konvergenzphase**  
17. April 2008 in Hamburg

# **Der ordnungspolitische Rahmen ab 2009**

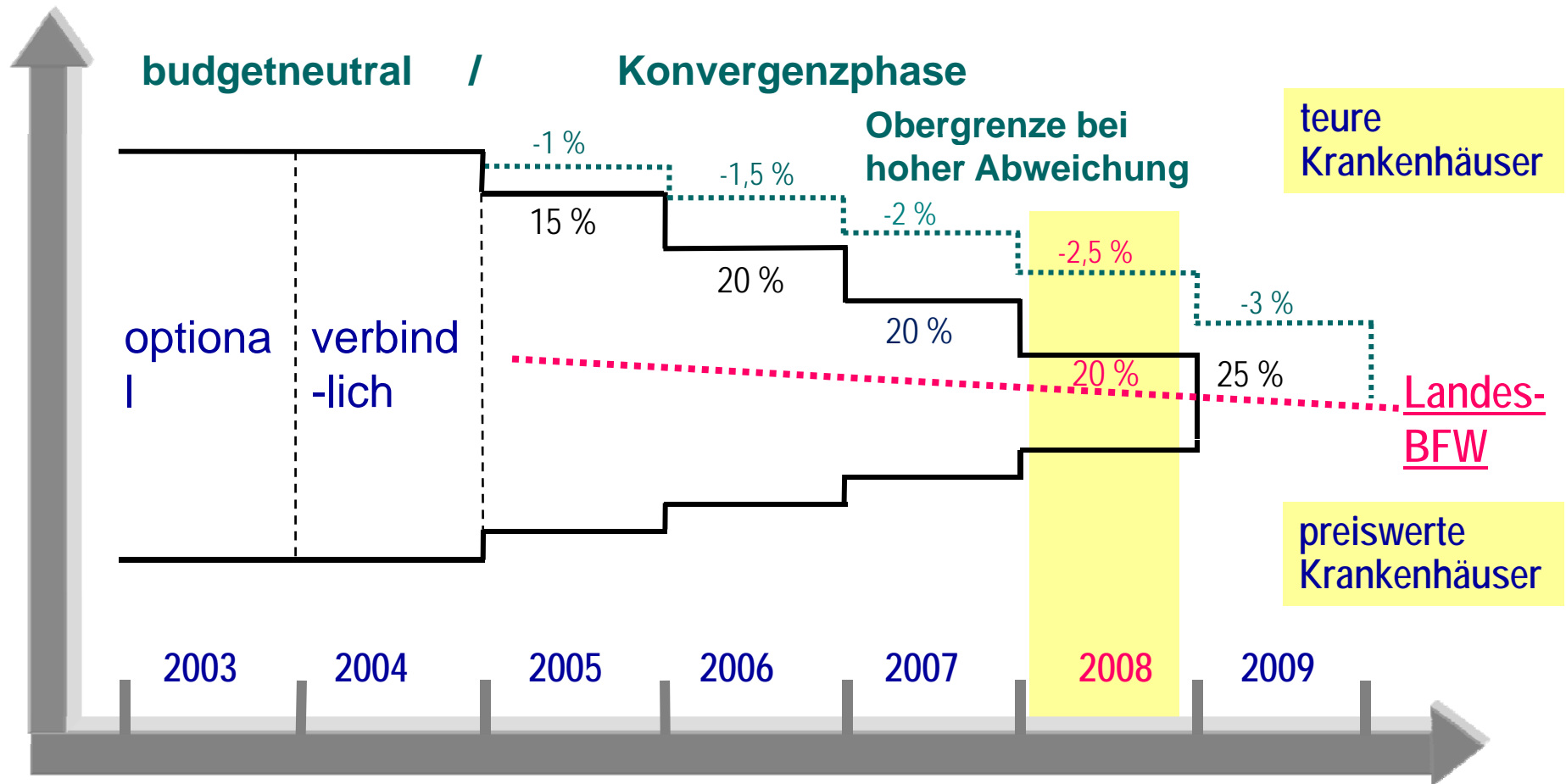
Referent:  
***Karl Heinz Tuschen***  
Ministerialrat

# **Finanzierungssituation der einzelnen Krankenhäuser im Jahr 2008**

# Einführung des DRG-Systems

Angleichung der Khs-Budgets an ein landeseinheitliches Preisniveau

Kosten,  
DRG-Fallwerte



# Umverteilung der Budgets durch DRG

---

- Zielsetzung: Leistungsgerechtere Finanzierung
  - Derzeit werden die Budgets leistungsbezogen umgeschichtet.
- In den Jahren 2008 und 2009 wird die Differenz zwischen Budget 2007 und neuem DRG-Budget abgebaut (Ausnahme: Schonung durch Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG bis Ende 2009)
- Budgetentwicklung 2008 bestimmt durch
  - **Konvergenz des „Altbestandes“** der Leistungen  
= 44,4 % der Differenz zum Zielwert „DRG-Erlösvolumen“;
  - **zusätzliche oder wegfallende Leistungen:**  
= 80 % der DRG, gewichtet mit Landes-Basisfallwert;
  - **Mehrerlösausgleiche** leistungsgerecht differenzierbar.
- Somit starke Veränderung mit Leistungsbezug.

# Kosten-/Einnahmen-Entwicklung 2008

---

## ➤ Budgeterhöhungen durch

- Veränderungsrate n. § 71 SGB V (für 2008 = 0,64 % für Ost/West),
- TVöD-Ost-West-Anpassungen und
- zusätzliche Leistungen.

## ➤ Belastungen durch

- Kostensteigerungen und
- Solidarbeitrag der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), insbesondere Kürzung der Khs.-Rechnungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten um 0,5 %.

## ➤ Keine krankenhausindividuelle Berücksichtigung von Kosten

- Ausnahme: Bis 2009/2010 noch Sonderfinanzierungen wegen Abschaffung des AiP und für Maßnahmen zur Arbeitszeitverbesserung.

# Stand des DRG-Systems

# Erfolgreiche DRG-Einführung

---

- Von 1819 Akut-Khsern rechnen bisher **1749 Khser** DRG-Fallpauschalen ab (ca. **96,2 %**).
- Deutschland ist neben den USA führend bei der DRG-Abrechnung für einzelne Behandlungsfälle.
  - Die G-DRG gehören international zu den führenden Systemen.
  - Die Schweiz möchte sie als Ausgangsbasis für ein eigenes System nutzen.
- Bis zum Ende der Konvergenzphase zum 1.1.2009 (2010) wird der DRG-Katalog noch einmal (zweimal) überarbeitet.

# DRG-Katalog 2008

---

- Weitere Verbesserungen durch
  - Weiterentwicklung der OPS-Klassifikation und des DRG-Katalogs,
  - Veränderung der PCCL-Matrix
  - Verbesserung des Kalkulationsverfahrens, insbesondere eine genauere Zuordnung der Gemeinkosten,
  - verschärfte Plausibilitätsprüfungen.



# Umfrage des BMG

---

- Ergebnisse einer Umfrage des BMG bei Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften zum DRG-System:
  - grundsätzliche **Akzeptanz**, Vorschlagsverfahren ist bewährt, Abrechnungsregeln und Kodierrichtlinien gefestigt, Routine bei Verhandlungen zum Landes-Basisfallwert ,
  - DRG steigern Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus,
  - **Kritik** zu gestiegenem Dokumentationsaufwand, Arbeitsverdichtung, erhöhten Anfragen des MDK.
  
- Bericht unter folgendem **Link**:  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_604238/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604238/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser)

# **Diskussion um den Finanzierungsrahmen ab 2009**

**=> Diskussionsentwurf für BMG-  
Eckpunkte vom Juni 2007**

# Neues Gesetzgebungsverfahren

---

- Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die **Erfahrungen aus der Einführungsphase** des DRG-Vergütungssystems durch ein neues Gesetz für den Zeitraum ab 2009 umgesetzt werden.
- Darüber hinaus Diskussion der **künftigen** ordnungspolitischen Rahmenbedingungen
- Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 13. Juni 2007 einen Diskussionsentwurf für Eckpunkte vorgelegt.
- Länder und Verbände haben Positionen bezogen.
- Ein Gesetzentwurf wird derzeit vorbereitet.
- Inkrafttreten des Gesetzes spätestens zum 01. 01.2009

# Finanzierung auf Krankenhausebene I

---

- Weiterhin Vereinbarung von Krankenhausbudgets:
  - Ermittlung des Erlösbudgets: **Menge x Preis**  
(wie bisher das Zielbudget)
  - Weiterhin Mehr- und Mindererlösausgleiche.
  - Ab 1.1.2009 grundsätzlich nur noch Abrechnung mit dem **Landesbasisfallwert**, keine krankenhausesindividuellen Basisfallwerte mehr => Minimierung der Ausgleichs nach § 15 KHEntgG.
- Das Budget variiert bei **Leistungsveränderungen** in voller Höhe der Entgelte !!
- Entscheidend ist somit der Wettbewerb um Patienten.

# Finanzierung auf Krankenhausebene II

---

- Bei Abweichungen vom vereinbarten Budget weiterhin anteilige Mehr- oder Mindererlös-Ausgleiche.
  - Zielsetzung: Begrenzung der Mengenanreize des FP-Systems.
  - Verrechnung der Erlösausgleiche nur noch über Zu- oder Abschläge.
  - Sonderregelung bei Schließung von Krankenhäusern.
- Konvergenzphase für besondere Einrichtungen
- Wie bisher entscheidet die Schiedsstelle bei Nichteinigung.

# Finanzierung auf Landesebene - derzeit

---

- Die finanziellen Mittel für die Finanzierung der stationären DRG-Leistungen werden auf der Landesebene durch die Vorgaben des § 10 KHEntG festgelegt:
  - Zusätzliche **Leistungen** werden in Höhe der zusätzlich entstehenden variablen Kosten finanziert.
  - **Preiserhöhungen** (Landesbasisfallwert) werden durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzt (**Veränderungsrate** nach § 71 SGB V). => Darüber hinausgehende Kostenänderungen werden nicht berücksichtigt.
- Zusätzliche Mittel für die Khser also durch
  - die Veränderungsrate nach § 71 SGB V: für 2008 = 0,64 %,
  - Finanzierung zusätzlicher Leistungen in Höhe der variablen Kosten
  - Auffülleffekt für Kostenentwicklungen in Folge zusätzlicher Leistungen

# Finanzierg auf Landesebene – künftig?

---

- Diskussion um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität
  - Krankenkassen: Forderung nach Begrenzung auf die Veränderungsrate, künftig ohne Ausnahmen;
  - Krankenhäuser: Forderung nach künftig stärkerer Berücksichtigung von extern vorgegebenen Kostensteigerungen, z. B. Tariflöhne, Energiepreise;
  - BMG: Hinweis u.a. auf begrenzte Finanzierungsmittel der GKV, Folgen der Erhöhung der Lohnnebenkosten für die Arbeitsplätze, Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich.

# Bundesbasisfallwert?

---

- Gründe für unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte?
  - unterschiedlich kranke Bevölkerung?
  - unterschiedliche Versorgungsstrukturen?
  - unterschiedliches Kostenniveau?
- Länder: Gründe für Unterschiede untersuchen, bevor über eine Angleichung entschieden wird.
- Entscheidungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens



# Einzelvertragliche Verhandlungen I

---

- Grundsätzlich weiterhin **Kollektivverhandlungen** über das Krankenhausbudget.
- Aber: Vorschlag in den BMG-Eckpunkten  
=> **Öffnung für Einzelverträge** zwischen Khs und einzelnen Krankenkassen
  - gesetzlich vorgegebener Katalog von „planbaren und hochstandardisierten“ Leistungen (Einzelvertragskatalog),
  - Generelle Ausgliederung der Katalogleistungen aus dem Krankenhausbudget.
  - Abrechnung mit und ohne Einzelverträge möglich.
  - Vereinbarungen über verbesserte Qualität und / oder Preisrabatt (Höchstpreissystem).
  - Krankenhaus ohne Einzelvertrag => Abrechnung durch das Krankenhaus zum Landes-Basisfallwert.

# Einzelvertragliche Verhandlungen II

---

## ➤ Zielsetzungen

- Wettbewerb der Krankenkassen bei bundeseinheitlichen Beitragsätzen und einheitlichen Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds,
- Wettbewerb der Krankenhäuser um Marktanteile

## ➤ Vertragsinhalte

- Besondere Qualität der Leistungen.
- Bei besonderen und zu dokumentierenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen Vergütungszuschläge möglich sein.
- Preisvereinbarungen unterhalb des Landesbasisfallwerts.

## ➤ Einzelvertrags-Katalogs

- Begrenzter, gesetzlich vorgegebener Einstiegs katalog,
- Leistungen, bei denen Zeit für eine Beratung ist.
- Erweiterung des Katalogs durch Selbstverwaltung möglich.

# Einzelvertragliche Verhandlungen III

---

## ➤ Wahlfreiheit der Patienten

- Soll grundsätzlich weiterhin erhalten bleiben,
- Die Krankenkassen können durch „Information und Anreize“ Patienten zur Wahl bestimmter Krankenhäuser bewegen.

# Krankenhausplanung

---

## ➤ BMG-Eckpunkte:

- Anerkennung der Zuständigkeit der Länder.
- Vorschlag, eine zu detaillierte Planungs- und Regulierungstiefe in Richtung auf eine Rahmenplanung zurückzuführen.
- Vorschlag, die Planung sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung auszugestalten.

# Investitionsfinanzierung I

---

- Vorschlag in den BMG-Eckpunkten:  
=> **Monistische Finanzierung**
  - Der Investitionsstau muss abgebaut werden.
  - Übergang zu einer monistischen Finanzierung im Zeitraum von 10 bis 15 Jahren.
  - Bundeseinheitliche Investitionspauschalen in den DRG-Fallpauschalen.
  - Entlastung der Länder muss kompensiert werden.
  - Ergebnisse der Expertise von Rürup unter Mitarbeit von IGES.

# Expertise Rürup + IGES (I)

---

(Quelle: => Homepage DKG)

- Finanzierung der Krankenhäuser (Khser)
  - Benutzerkosten => Anteil am BIP etwa gleich geblieben,
  - Investitionsmittel => bei alten Bundesländern von 1991-2006 nahezu halbiert.
  
- Orientierungsgröße für Investitionsfinanzierung
  - Ermittlung auf Grundlage von Vergleichen mit anderen Dienstleistungsbereichen und Projektion der Investitionsquoten der Vergangenheit. Keine wissenschaftliche Ableitung.
  - Schätzung des Mittelbedarfs auf rd. **5 Mrd. Euro**.
  
- Aufbringung der Ländermittel
  - Vorwegabzug beim Länderanteil des Umsatzsteueraufkommens,
  - Aufbringung je Land nach der Zahl der Einwohner (Köpfe).

# Expertise Rürup + IGES (II)

---

(Quelle: => Homepage DKG)

## ➤ Verwendung der Investitionsmittel

- 90 % der Länderfinanzmittel sollen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds (für die GKV) und an die PKV (für selbstzahlende Patienten) gezahlt werden.
- Auszahlung der Investitionsmittel an die Länder mit der DRG-Rechnung über einen DRG-Investitionszuschlag.
- 10 % der Ländermittel sollen in einen Infrastrukturfonds fließen, aus dem die Länder im Rahmen ihrer Sicherstellungsverantwortung Einzelmaßnahmen fördern können, z. B. in strukturschwachen Regionen.
- Keine gesonderte Berücksichtigung bisheriger Förderungen.

## ➤ Folge der monistischen Finanzierung

- DRG-leistungsbezogene Finanzierung der Investitionen
- Konkurrenz um Patienten ist auch Konkurrenz um Investitionsanteile.

# Neues Entgeltsystem für Psychiatrie

---

- Vorschlag in den BMG-Eckpunkten:
  - Gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung eines eigenständigen pauschalierten Vergütungssystems,
  - leistungsbezogene Vergütung mit tagesbezogenen Entgelten,
  - Entwicklung ausgehend von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung,
  - Einbindung auch der Psychosomatik; ausgehend von den OPS-Komplex-Kodes (Leistungsbezug),
  - Festlegung von Einzelheiten durch ein gesondertes Gesetzgebungsverfahren in ca. 2 Jahren.
  
- Grundsätzliche Zustimmung der Länder – Gesundheitsminister
  - (vgl. AOLG-Papier vom November 2007)



# Stand der Diskussionen zum OPR

---

- Unterschiedliche Positionen der **Verbände**:
  - **Krankenhäuser** fordern weiterhin Festpreissystem und Qualitätswettbewerb, Khs-Planung grundsätzlich wie bisher.
  - **Krankenkassen** sind unterschiedlicher Auffassung; AOK hat weitgehende Forderungen zu einzelvertraglichen Vereinbarungen; das berührt die Krankenhausplanung der Länder.
  
- Positionen bei den **Ländern**:
  - Gewährleistung der Versorgung ist staatliche Länderaufgabe; die Detailtiefe der Planung bestimmt das einzelne Land.
  - Die monistische Finanzierung stellt noch keine Alternative dar.
  - Unterschiedliche Meinungen zu Preisverhandlungen.
  - Konzept der AOLG vom November 2007.

**Danke für Ihre  
Aufmerksamkeit**