



Krankenhausvergleich

- Einbindung in die Budgetverhandlungen und erste Überlegungen zur Ausgestaltung -

**2. Nationales Forum für Entgeltsysteme
in Psychiatrie und Psychosomatik
am 27. Juni 2016 in Berlin**

Urban Roths

Stellvertreter des Geschäftsführers im Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und Planung

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystrasse 3, 10623 Berlin

Telefon 030/39801-1201, Telefax 030/39801-3210, U.Roths@dkgev.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT 

Referentenentwurf

- In der „*budgetneutralen Phase*“ bis einschl. 2018 gilt wie bisher die „*alte*“ BPfIV. Einstieg in das neue Budgetrecht zum 1. Januar 2019 mit der „*Anpassungsphase*“.

Gesetzliche Vorschriften für die Ortsebene ab 2019

- Berücksichtigung von „möglichen“ Wirtschaftlichkeitsreserven.
- Verknüpfung von Leistungsveränderungen mit „Verlagerungspotenzialen“ in die ambulante Versorgung als Tatbestand zur Überschreitung der Obergrenze.
- Wegfall der bisherigen Ausnahme von der Obergrenze für zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung.

DKG-Position

- Die Kassenseite kann durch die Unterstellung von „*theoretischen Potentialen*“, die an der Versorgungsrealität vorbeigehen, sachgerechte Budgetanpassungen verhindern.
- Diese Vorschriften stellen im Vergleich zu den aktuellen Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser eine deutliche Verschlechterung dar.

Integration des Krankenhausvergleiches in die Budgetverhandlungen

- Zu der Integration des Krankenhausvergleiches in die Budgetfindung ist positiv hervorzuheben, dass die Ergebnisse des Vergleichs nicht zu einer schematischen Konvergenz führen, sondern es den Verhandlungspartnern vor Ort obliegt, die Ergebnisse zu bewerten und ggf. die Konsequenzen auf dem Verhandlungswege zu regeln.
- Somit wirkt der Krankenhausvergleich als Orientierungshilfe für die Verhandlungspartner.
- Umso bedeutsamer ist die Ausgewogenheit der gesetzlichen Vorschriften für die Budgetverhandlungen, da diese auch die Grundlage für die Bewertung und die Konsequenzen aus dem Krankenhausvergleich bilden.
- Die Gefahr, dass die „maßgeblichen Durchschnittswerte“ auf der Ortsebene von den Krankenkassen nicht als Orientierungswerte sondern als Zielwerte für eine schematische Konvergenz missverstanden werden, muss durch die Gesetzesformulierungen unmissverständlich ausgeschlossen werden.

Referentenentwurf

- Entgelte für „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“, die in Verbindung mit einem Anfrageverfahren beim InEK in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen sind.

DKG-Position

- Mit den neuen Entgelten können medizinische Besonderheiten, die sich z.B. durch unterschiedliche Therapieansätze beschreiben lassen, berücksichtigt werden.
- Die Entwicklung des PEPP-Entgeltkataloges hat jedoch gezeigt, dass sich ein Großteil der Kostenunterschiede nicht leistungsbezogen erklären lässt und dass sich strukturbedingte Kosten häufig nicht von den leistungsbezogenen Behandlungskosten abgrenzen lassen.
- Die neuen Entgelte bieten somit keine Lösung für die Finanzierung der struktureller Besonderheiten, die z.B. im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung mit einer erhöhten Vorhaltung von Personal oder besonderen Aufgaben entstehen.

DKG-Vorschlag

- Die DKG fordert nachdrücklich, dass besondere Aufgaben und strukturelle Besonderheiten im Rahmen der Budgetverhandlungen eingebracht und begründet werden können müssen.
- Hierfür müssen diese Besonderheiten als Verhandlungstatbestand in die gesetzlichen Vorschriften aufgenommen werden.
- Zudem muss der Krankenhausvergleich die erforderliche Transparenz bieten, damit der Mehrbedarf durch strukturbedingte, krankenhausespezifische Besonderheiten für die Vertragspartner auf der Ortsebene erkennbar wird und begründet werden kann.
- Bei Anerkennung des Mehrbedarfes durch die Vertragspartner auf der Ortsebene geht dieser in das Budget und somit in den krankenhausespezifischen Entgeltwert ein, ohne dass die Komplexität des leistungsbezogenen Entgeltsystems erhöht wird.

Referentenentwurf

- Zur Orientierung der Vertragsparteien auf Ortsebene soll ein „leistungsbezogener Vergleich“ entwickelt und ab dem Jahr 2019 budgetwirksam eingesetzt werden.
- In den Vergleich sollen insbesondere die im Vorjahr vereinbarten Leistungen und Entgelte, die vereinbarten und tatsächlich beschäftigten Vollkräfte sowie die ambulanten Leistungen einbezogen werden.
- Zudem soll die Landesebene auf Grundlage der Budgetvereinbarungen einen durchschnittlichen Landesbasisentgeltwert für das Folgejahr schätzen und auch die durchschnittliche Entgelthöhe der krankenhausindividuellen Entgelte ermitteln.

DKG-Position

- Bei diesem Ansatz werden die maßgeblichen Orientierungsgrößen für den Krankenhausvergleich aus den bundeseinheitlichen Relativgewichten und den Budgetvereinbarungen des Vorjahres aller Krankenhäuser abgeleitet.
- Vereinfacht gesprochen sind die Durchschnittswerte der Budgetvereinbarungen der Maßstab für den Vergleich. Der tatsächliche Versorgungs- und Finanzierungsbedarf wird nicht erkennbar

DKG-Position

- Eine zwingende Voraussetzung für einen sachgerechten Krankenhausvergleich ist, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass strukturbedingte Kostenunterschiede bei „gleichen Leistungen“ bzw. bei gleichen pauschalen Entgelten begründet sein können und diese bei der Vereinbarung des Basisentgeltwertes zu berücksichtigen sind.
- Nicht nur die Kalkulation der Relativgewichte müsste „auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität“ durchgeführt werden soll, sondern dies müsste auch der Maßstab für den Krankenhausvergleich sein wird, da die Zielsetzung ansonsten ins Leere laufen würde.
- Somit wäre es erforderlich, auch die Orientierungswerte für den Krankenhausvergleich aus den Krankenhäusern abzuleiten, die die Qualitätsanforderungen bereits vollständig erfüllen können.
- Eine sachgerechte Vorausschätzung (für das Folgejahr) der krankenhausesindividuellen Budgetvereinbarungen (Landesbasisentgeltwert) durch die Landesebene ist nicht möglich und für den Einsatz als Orientierungswert auch nicht erforderlich.

DKG-Vorschlag

- Damit aus den Budgetdaten eine sachgerechte Orientierungshilfe für die Ortsebene abgeleitet werden kann, muss der Vergleich neben dem Leistungsbezug auch die notwendige Transparenz bieten, um strukturelle Besonderheiten auf der Ortsebene erkennen und begründen zu können.
- Dies kann im Krankenhausvergleich durch einen Ausweis der Bandbreite der vereinbarten Werte und zusätzlichen Informationen zur personellen Ausstattung mit den korrespondierenden Kosten umgesetzt werden.
- Da die Ergebnisse des Vergleiches in gleichem Maße von den Bewertungsrelationen bestimmt werden, müssen neben den Budgetdaten auch die Grundlagen für die Kalkulation der Bewertungsrelationen transparent gemacht werden. Auch hier muss insbesondere die Bandbreite der Personalausstattung und der Personalkosten in der Kalkulationsstichprobe erkennbar werden.
- Die Gefahr, dass die „maßgeblichen Durchschnittswerte“ auf der Ortsebene von den Krankenkassen nicht als Orientierungswerte sondern als Zielwerte für eine schematische Konvergenz missverstanden werden, muss durch die Gesetzesformulierungen unmissverständlich ausgeschlossen werden.

Zielsetzung und gesetzliche Einbindung

- Scharfe Konvergenz oder Orientierungsmaßstab ?
- Berücksichtigung von regionalen und strukturellen Besonderheiten ?
- Wo liegt die Messlatte (Durchschnitt, „Ist“ oder „Soll“) ?

Datengrundlagen

- Relativgewichte: PEPP-relevante Ist-kosten
- Vereinbarte Budget- und Leistungsdaten (AEB neu)
- Ist-Leistungsdaten gem. § 21 KHEntgG
- Personalausstattung (Vereinbarung und Ist)
- Ambulante Leistungen (ohne Vertragsärzte)

Darstellung der Kennzahlen

- Durchschnitt und/oder Bandbreite (Min, Max etc) ?
- Differenzierung nach KH-Gruppen (Strukturmerkmale) ?

Entwicklung geeigneter Kennzahlen

- Krankenhausindividuelle Entgeltwerte => Land und Bund ?
- Differenziert nach Kostenmodulen der Relativgewichte ?
- Differenziert nach Budgetanteilen gem. AEB (neu) ?
- Personal in VK nach Berufsgruppen, je KH oder je PEPP ?
- Personalkosten je VK nach Berufsgruppen, je KH oder je PEPP ?
- Krankenhausindividuelle Entgelte = ausschließlich für einen „Preisvergleich“ ?
- Leistungen bzw. Leistungsspektrum (Fallzahl, Tage, DayMix, PEPP)
- Ambulante Leistungen ? Weshalb und wofür ?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

