

6. Besonderheiten bei der Bewertung von Krankenhäusern

6.1 Betriebskostenfinanzierung

Die **Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten** erfolgt im Wesentlichen über ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Kostenträger. Darunter fallen DRG-Fallpauschalen, bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte und sonstige teilstationäre Leistungen der krankenhauseinheitlichen Budget- und Entgeltvereinbarungen.

Wie bereits in Kapitel 2.2.5 ausgeführt, erfolgte die **Einführung einer DRG-basierten Leistungsvergütung** in mehreren Konvergenzschritten. Seit 2005 orientiert sich das zu vereinbarende Erlösbudget am jeweiligen krankenhauseinheitlichen Erlösbudget des Vorjahres. Dies bedeutet, dass die Verhandlungen über das zu vereinbarende Erlösbudget sich nach den bereits im Vorjahr vereinbarten Fallpauschalen- und Sonderentgeltvolumen, bereinigt um Ausgleichs- und Berichtigungen, sowie periodenspezifische Leistungsveränderungen, richtet. Besonders wertrelevant für das zu verhandelnde Budget sind die Parameter Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte gegenüber dem Vorjahr. Am Ende der Konvergenzphase sollen **bundesländereinheitliche Vergütungssätze für gleiche Krankenhausleistungen**, unabhängig von Versorgungsstufe und Krankenhausstruktur, bezahlt werden.

6.1.1 Krankenhausvergütung auf Basis tagesgleicher Pflegesätze

Der **tagesgleiche Pflegesatz** ist eine Vergütungsform, nach der das Krankenhaus eine gleichhohe Vergütung für jeden Kalendertag der stationären Behandlung erhält. Die Höhe des Pflegesatzes wird im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern vereinbart. Seit 1996 setzt sich der Pflegesatz aus **zwei Komponenten** zusammen:

1. zum einen aus dem krankenhauseinheitlichen Basispflegesatz und
2. einem je nach Abteilung unterschiedlichen Abteilungspflegesatz.

Der **krankenhauseinheitliche Basispflegesatz** dient der Abdeckung von allgemeinen Kosten wie beispielsweise Unterkunft, Verpflegung, Verwaltung. Der **Abteilungspflegesatz** dient der Finanzierung der medizinischen Kosten.

Neben den Fallpauschalen und Sonderentgelten waren die tagesgleichen Pflegesätze bis zur Umstellung des DRG-Fallpauschalen-Systems das zentrale Vergütungsinstrument der BPflVO. Seit der Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems findet der tagesgleiche Pflegesatz nur noch in Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen und in Krankenhäusern, die per Rechtsverordnung vom DRG-System ausgenommen sind, Anwendung. Bei letzteren handelt es sich um sog. **besondere Einrichtungen**.

6.1.2 DRG-basierte Krankenhausvergütung

Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser rechnet heute ihre Krankenhausleistungen mit den jeweiligen Kostenträgern nach dem DRG-Vergütungssystem gemäß KHEntgG ab. Hierzu wird das Jahresbudget auf der Grundlage der Aufstellung der Entgelte (sog. AEB in Form der E1 bis E3) mit den Kostenträgern verhandelt. Das Gesamtbudget hat nach KHEntgG die folgende Zusammensetzung (sog. BZ):

Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2005 (Quelle: Anlage III/Formular B2 KHEntgG; Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntgG ab dem Kalenderjahr 2005)	
Lfd. Nr.	Berechnungsschritte
	Ermittlung des Ausgangswerts (Abs. 2 oder 3)
1	Erlösbudget für das laufende Jahr
2	./. Kosten für Zuschlags-Tatbestände (Nr. 1a)
3	+././. Veränderungen der Entgelte nach § 6 (Nr. 1b und 3 sowie Abs. 4)
4	./. entfallende Beträge nach § 18b KHG (Nr. 1c)
5	./. Leistungsverlagerungen (Nr. 1d)
6	./. Modelle, ab 2007 ggf. Integrationsverträge (Nr. 1e)
7	./. Ausgliederung ausländischer Patienten (Nr. 1f)
8	./. Ausgliederung der Ausbildung (Nr. 1g; nur 2005)
9	+././. Bereinigung um enthaltene Ausgleichsanteile (Nr. 2, nur 2005)
10	+././. neue Basisberichtigungen, ohne Ausgleichsanteil (Abs. 2 Satz 1 HS 1)
11	= Ausgangswert des Vorjahres
12	+././. voraussichtliche Leistungsveränderungen (Abs. 4 Satz 1 bis 4)
13	+ (BAT- bzw. TVöD-) Ost-West-Angleichung (Abs. 4 Satz 1 Nr. 2)
14	+././. Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Abs. 4 Satz 1 Nr. 3)
15	= veränderter Ausgangswert nach Absatz 4
16	DRG-Erlösvolumen nach Abs. 5 Satz 1
17	./. Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Abs. 5 Satz 2)
18	= Zielwert: DRG-Erlösvolumen (Abs. 5)
	Ermittlung des Angleichungsbetrags
19	Zielwert aus laufender Nr. 18
20	./. veränderter Ausgangswert aus laufender Nr. 15
21	= Zwischenergebnis
22	... % von laufender Nr. 21 (Abs. 6 Satz 1) oder Obergrenze
23	= Angleichungsbetrag (Abs. 6 Satz 1)
	Ermittlung des Erlösbudgets
24	veränderter Ausgangswert aus laufender Nr. 15
25	+././. Angleichungsbetrag aus laufender Nr. 23
26	= Erlösbudget (Abs. 6 Satz 2)

Lfd. Nr.	Berechnungsschritte
	Ermittlung des Basisfallwerts (Abs. 7)
27	Erlösbudget aus laufender Nr. 26
28	././ Erlöse aus Zusatzentgelten
29	././ Erlöse für Überlieger am Jahresbeginn
30	+ ././ neue Ausgleiche für Vorjahre
31	= Verändertes Erlösbudget (Abs. 7 Satz 1)
32	: Summe der effektiven Bewertungsrelationen
33	= krankenhausindividueller Basisfallwert

Aufgrund der fest verhandelten Leistungsstruktur (in E1 bis E3) als Grundlage des Gesamtbudgets (B2) sind ebenso Ausgleiche für Mehr- oder Mindererlöse gem. § 15 Abs. 3 KHEntgG und § 4 Abs. 3 KHEntgG einzubeziehen.

In den meisten Fällen ergeben diese sich aufgrund der tatsächlichen Leistungserbringung des Vorjahres, werden also nachverhandelt.

Die folgende Abbildung 8 verdeutlicht das Zusammenwirken von vereinbartem Budget und der zusätzlichen Budgetanteile aufgrund von Mehr- und Mindererlösausgleichen:

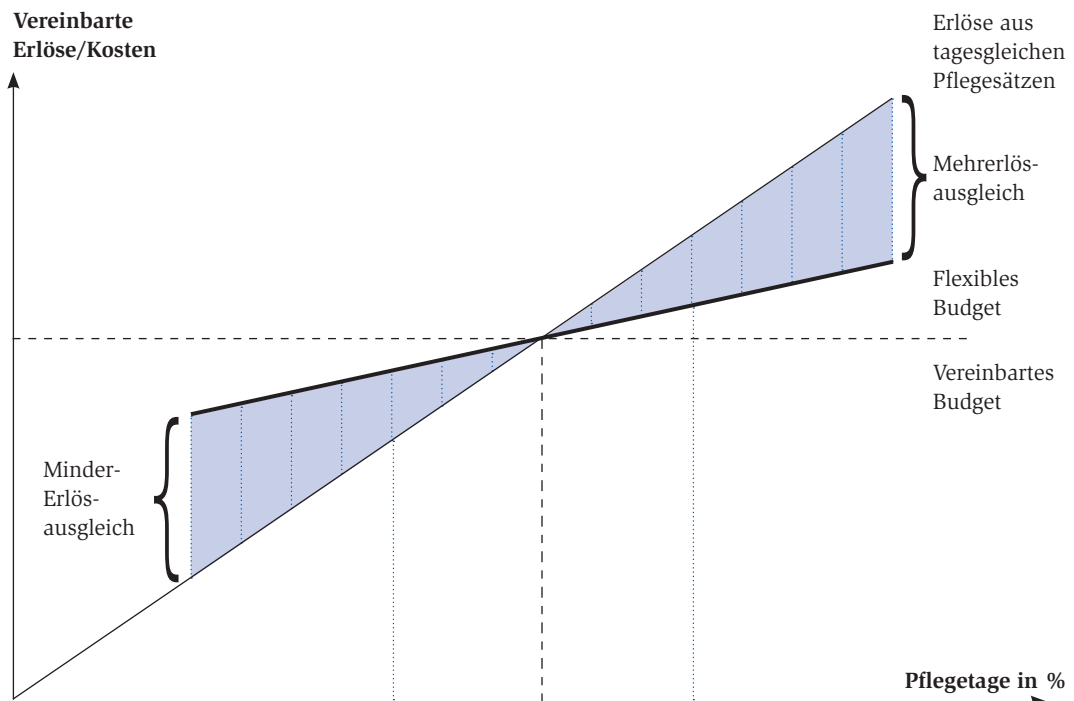


Abb. 8: Systematik der Mehr- und Mindererlösausgleiche (Quelle: B. Högemann, Due Diligence, Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft, S. 48)

In der **Budgetvereinbarung** gilt ab 2009 gemäß dem KHEntgG folgende Berechnungsgrundlage:

	Summe effektive Bewertungsrelationen (geplant von KH laut E1)
x	Landesbasisfallwert (LBFW) für Inliner
+	Summe effektive Bewertungsrelationen
x	KH-individueller Basisfallwert für Überlieger (Achtung: gilt nur 2009, wobei z.B. das Land Sachsen hier auch schon in 2009 mit dem LBFW gerechnet hat)
=	Erlös (sog. Anlage B2)
+	Zusatzentgelte (E2 = bundeseinheitlich)
+	Zusatzentgelte (E3 = KH-individuell)
=	Erlösbudget gesamt

6.1.3 Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)

Gem. § 115a SGB V sind Krankenhäuser zu einer **vor- und nachstationären Behandlung** berechtigt.

Voraussetzung für vor- und nachstationäre Behandlung ist immer eine vorausgehende Einweisung durch den behandelnden Arzt in das Krankenhaus, da es sich, obwohl die Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung erfolgt, auch dabei um stationäre Behandlung handelt.

Die **vorstationäre Behandlung** dient zur Feststellung, ob für die mit der Krankenhauseinweisung beabsichtigte Behandlung eine vollstationäre Aufnahme erforderlich ist. Die vorstationäre Behandlung umfasst maximal drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn einer stationären Behandlung, um die Erfordernisse der stationären Behandlung zu klären. Sofern eine vollstationäre Behandlung erforderlich ist, dient die vorstationäre Behandlung zu deren Vorbereitung (z.B. Laboruntersuchung zur OP-Vorbereitung).

Die vorstationäre Behandlung kann dabei ergeben, dass die Behandlung entweder in teilstationärer Form oder ambulant erfolgen kann.

Die **nachstationäre Behandlung** hingegen schließt sich unmittelbar an einen vollstationären Aufenthalt an und ist dann geboten, wenn vollstationäre Behandlungen nicht mehr notwendig, zur Sicherstellung und Festigung des Behandlungserfolges eine Nachbehandlung durch das Krankenhaus aber erforderlich ist.

Die in § 115a Abs. 2 Satz 4 SGB V geregelte Zuständigkeit der niedergelassenen Ärzte für eine eventuell auch während der Phase der vor- und nachstationären Behandlung erforderlichen ärztliche Behandlung, die nicht in direktem Zusammenhang mit der stationären Behandlung steht, ist auf den **Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung** (§ 72 SGB V) zurückzuführen. Dies kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn eine Behandlung aufgrund einer anderen Indikation als der, die zur vollstationären Behandlung geführt hat, notwendig wird. Das Krankenhaus ist demzufolge im Rahmen der vor- und nachstationären Versorgung nicht zu einer über deren eigentlichen Zweck hinausgehenden Behandlung berechtigt.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen Ärzte sind auch während der Phase der vor- und nachstationären Behandlung für die Behandlung der zur Krankenhauseinweisung führenden Erkrankung des Patienten zuständig. Gleiches gilt für die **Entlassung des Patienten aus der vollstationären in die nachstationäre Behandlung**.

Die **nachstationäre Behandlung** kann einen Zeitraum von sieben Behandlungstagen innerhalb von vierzehn Tagen nach Abschluss der stationären Behandlung umfassen und dient der Feststellung des Behandlungserfolges. Dabei kann die **Verlängerung der nachstationären Behandlungsdauer** nicht eigenmächtig durch das Krankenhaus erfolgen, sondern bedarf des

Zusammenwirkens zwischen Krankenhaus und einweisendem Arzt. Wenn der einweisende Vertragsarzt zu dem Ergebnis kommt, dass eine Verlängerung der nachstationären Behandlung nicht erforderlich ist, fällt die Zuständigkeit für die weitere Behandlung des Patienten, auch für eine eventuell noch notwendige Nachbehandlung nach dem stationären Aufenthalt, wieder dem niedergelassenen Arzt zu.

6.1.4 Ambulante Leistungen

Erlöse aus ambulanten Leistungen lassen sich in:

- Krankenhausambulanzen,
- Chefarztambulanzen und
- Ambulante Operationen unterteilen.

Unter **Krankenhausambulanzen** sind im Wesentlichen Erlöse aus Notfallbehandlungen zu subsumieren. Hierbei handelt es sich also um Fälle, die schlecht planbar sind und sicherlich auch saisonalen Schwankungen unterliegen. Auch ist hier für die Planung dieser Erlösgruppe die demografische Entwicklung des Einzugsgebiets des Krankenhauses ein wesentlicher Faktor.

Zu den Krankenhausambulanzen zählen auch **Erlöse aus den Ermächtigungsambulanzen und der physikalischen Therapie**.

In den letzten Jahren ist verstärkt eine Tendenz der Kostenträger zu erkennen, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlegen.

6.1.5 Integrierte Versorgung (§140 a–d SGB V)

Die **integrierte Versorgung** ist ein besonderes Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten, dem Kostenträger – der jeweiligen Krankenkasse – und dem Krankenhaus. Die Anfänge dieser „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform sind ungefähr auf das Jahr 1975 zurückzuführen. Die Durchsetzbarkeit scheiterte jedoch zunächst an den unterschiedlichen Interessen zwischen Leistungserbringern und ihren Vertretern und den Kostenträgern und ihren Vertretern. Durch die Einführung des **GKV-Modernisierungsgesetzes** zum 01.01.2004 wurden die Grundlagen für die Durchsetzbarkeit geschaffen, da durch den neu eingeführten § 140 a–d SGB V festgelegt wurde, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung **Verträge zur Integrationsversorgung** miteinander schließen können. Dem Patienten wird durch diese besondere Vereinbarung eine auf seinen individuell spezifischen Behandlungsbedürfnissen basierende Behandlung gewährleistet.

Darüber hinaus verfolgte der Gesetzgeber mit der Neuregelung der §§ 140 a–d SGB V unter anderem folgende Ziele:

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung,
- Steigerung der Effizienz und Effektivität des Gesundheitswesens,
- Aufhebung sektoraler Budgets und damit Schaffung durchgehender Vergütungsstrukturen,
- Verbesserung der Qualität und Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
- Aufbau vernetzter Kommunikationsstrukturen,
- Verbesserung der Patientensteuerung und -versorgung,
- Stärkung des Wettbewerbs unter den ambulanten und stationären Leistungsanbietern und gesetzlichen Krankenkassen,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen.