

Technische Universität Berlin
Sommersemester 2006
Landesbasisfallwert – Ermittlung und Auswirkung
auf die Krankenkassen und Krankenhäuser

Holger Strehlau-Schwoll
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

 Vivantes

DRG- Fallpauschalensystem zur Finanzierung von Krankenhausleistungen

G- DRG - German Diagnosis related groups

► Vergütungssystem für stationäre somatische Krankenhausleistungen

Für alle deutschen Krankenhäuser seit 01.01.2004 verpflichtend

***Kalkulation der Fallpauschalen durch das **InEK-Institut** - Institut
für das Entgeltsystem im Krankenhaus***

***Der Fallpauschalenkatalog wird durch die Selbstverwaltungs-
partnern auf Bundesebene:***

- ***die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)***
 - ***und die Bundesverbände der Kostenträger***
- vereinbart***

Mit der DRG wird grundsätzlich der gesamte Krankenhausfall vergütet

Zusatzentgelte (ZE)– können zusätzlich zur DRG abgerechnet werden z.B. Dialysen, besondere Implantate, teure Präparate

Der DRG-Katalog wird jährlich neu kalkuliert – lernendes System

Die Kalkulation erfolgt auf Basis der Ist-Daten von Krankenhäusern, die an der Kalkulation teilnehmen

Probleme:

- ▶ *die Datenerhebung ist für teilnehmende KH aufwändig*
- ▶ *es nehmen weniger als 10% der deutschen KH teil*
- ▶ *deren Struktur ist nicht zwingend repräsentativ*
- ▶ *jährlich starke strukturelle Änderungen des DRG-Kataloges*
- ▶ *Datenbasis jeweils nur ein Kalkulationsjahr*
- ▶ *dadurch eingeschränkte Lerneffekte der Kalkulation*

Aktuelle Struktur des Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalogs 2006

913 DRGs mit festgelegter Bewertungsrelation

2 teilstationäre DRGs

39 DRGs ohne Bewertungsrelation – individuell zu kalkulieren und zu verhandeln

40 Zusatzentgelte mit bundesweit festgelegten Preisen

42 Zusatzentgelte ohne festgelegte Preise, vom einzelnen Krankenhaus individuell zu kalkulieren und zu verhandeln sind

Für andere teilstationäre Leistungen sind krankenhausindividuell tages- oder fallbezogene Preise zu vereinbaren

Deutscher Fallpauschalenkatalog ein Relativsystem

Der Fallpauschalenkatalog selbst weist keine Preise aus, sondern Relativgewichte

Die Relativgewichte definieren den kalkulierten Ressourcenaufwand möglichst kostenhomogener Leistungen zueinander

Beispiel:

DRG O60C Vaginale Entbindung

Relativgewicht: 0,568

DRG I46Z Prothesenwechsel am Hüftgelenk

Relativgewicht: 3,139

Das Relativgewicht gilt für einen definierten Normverweildauerkorridor pro DRG. Bei Über- oder Unterschreitung der Verweildauer erfolgen Zu- und Abschläge. Die Bewertung des einzelnen Falles ggf. inkl. Zu- oder Abschläge nennt man

► Effektivgewicht

Vom Relativ- zum Preissystem krankenhausindividueller Basisfallwert (BFW)

Die Bewertung der Effektivgewichte erfolgt durch den Basisfallwert

Dieser ergibt sich (vereinfacht) aus dem zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vereinbarten Jahresbudget und der Summe der Effektivgewichte der vereinbarten Leistungen

Beispiel

Vereinbartes Budget: 30.000 €

Summe Effektivgewichte der vereinbarten Leistungen: 10.000

Krankenhausindividueller Basisfallwert: 3.000 €

Der Preis/Erlös pro Leistung ergibt sich aus der Bewertung des Effektivgewichts mit dem Basisfallwert

DRG O60C vaginale Entbindung $0,568 \times 3.000 \text{ €} = 1.704 \text{ €}$

DRG I 46Z Prothesenwechsel Hüfte $3,139 \times 3.000 \text{ €} = 9.417 \text{ €}$

Landesbasisfallwert

Ab 2005 wird pro Bundesland ein Landesbasisfallwert (LBFW) vereinbart durch:
Krankenhausgesellschaft und Landesverbände der Krankenkassen
► **Schiedsstellenfähig**

Rahmenbedingungen (§ 10 KHEntG) für die Vereinbarung:

Grundsatz der Beitragssatzstabilität !

Außerdem sind zu berücksichtigen:

- Auswirkungen des neuen Entgeltkatalog
- allgemeine Kostenentwicklungen
- Wirtschaftlichkeitsreserven
- Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen
- up-coding Effekte
- ggf. Fehlschätzungen im Vorjahr

Vom krankenhausindividuellen Basisfallwert zum Landesbasisfallwert

Der krankenhausindividuelle Basisfallwert bzw. das Budget wird in den Jahren 2005 bis 2009 stufenweise auf den Landesbasisfallwert angepasst

► **so genannte Konvergenzphase**

1. Die Vertragsparteien verhandeln das krankenhausindividuelle Budget
2. Ausgangsbasis ist das Vorjahr
3. Parallel wird das Budget ermittelt, das sich bei Bewertung der Leistungen mit dem Landesbasisfallwert ergeben würde
4. Das Budget wird entsprechend der jeweiligen Konvergenzstufe um einen festgelegten Prozentsatz des Unterschiedsbetrages angepasst (erhöht oder vermindert)

Konvergenzphase
stufenweise Anpassung von individuellem Basisfallwert auf
den Landesbasisfallwert

Prozentsätze in der Konvergenzphase

15 % im Jahr 2005
20 % im Jahr 2006
20 % im Jahr 2007
20 % im Jahr 2008
25 % im Jahr 2009

Konvergenzphase

- ▶ Die Krankenhäuser sollen in die Lage versetzt werden, ihre Kostenstruktur schrittweise auf den Zielwert anzupassen.
- ▶ Durch diesen Zeitkorridor soll verhindert werden, dass Krankenhäuser ggf. in ihrer Existenz gefährdet werden oder der Sicherstellungsauftrag nicht mehr gewährleistet werden kann

Kappungsgrenze
Risikominimierung bei hohem Anpassungsbedarf

Im Rahmen der Konvergenzphase wird eine Budgetabsenkung auf Grund einer Angleichung des Krankenhausbudgets an den Landesbasisfallwert stufenweise begrenzt.

Im Jahr 2005 auf 1,0 %
Im Jahr 2006 auf 1,5 %
Im Jahr 2007 auf 2,0 %
Im Jahr 2008 auf 2,5 %

Kappungsgrenze

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes müssen die auf Grund dieser Kappungsgrenze nicht abzusenkenden Budgetanteile berücksichtigt werden – das heißt der Landesbasisfallwert wird entsprechend abgesenkt – **die Beträge werden über alle KH im Land sozialisiert.**

Bewertung von Fallzahlveränderungen

Im System von DRG und Basisfallwert sind Budgetauswirkungen von Leistungsveränderungen klar geregelt:

„...**Zusätzliche und wegfallende Leistungen...**“ – **also Fallzahlveränderungen** - werden bei der Budgetvereinbarung mit festgelegten Anteilen des Landesbasisfallwertes berücksichtigt.

33 % im Jahr 2005

50 % im Jahr 2006

65 % im Jahr 2007

80 % im Jahr 2008

Fallzahlveränderung

Abweichende Vereinbarung sind nur in besonderen Fällen möglich.

Individuelle Verhandlungen werden weitgehend durch gesetzliche Regelungen abgelöst.

Folgen des DRG-Systems für die Krankenhäuser-Überblick

- Die Erlöse pro Fall – also die Preise – werden standardisiert
- Mindestens auf Landesebene
- Ggf. auch auf Bundesebene
- Individuelle Kostennachteile – oder Vorteile - spielen keine Rolle
- Die Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus beschränkt sich künftig weitestgehend auf die Festlegung von Art und Menge der Leistungen
- Die Qualität der DRG-Kalkulation auf Bundesebene spielt eine entscheidende Rolle

Systembewertung im Einzelnen Basisfallwert und Landesbasisfallwert

Der Basisfallwert ist als leistungsadjustierter Preis methodisch grundsätzlich als Maßstab der Wirtschaftlichkeit geeignet.

Dabei ist entscheidend, inwieweit der Fallpauschalenkatalog (inkl. Zusatzentgelte) das gesamte Leistungsgeschehen und den notwendigen Ressourceneinsatz vollständig und ausreichend differenziert abbildet.

Aktuell lassen die Schwankungsbreiten der krankenhaushaus-individuellen Basisfallwerte im Bundesgebiet vermuten, dass dies noch nicht ausreichend gegeben ist.

Aber:

► **Gleicher Preis für gleiche Leistung ist grundsätzlich der richtige Weg !**

Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert aktueller Sachstand

- Die aktuelle Gesetzgebung regelt die länderbezogene Preisangleichung bis 2009.
- Das Verfahren ab 2010 ist offen.
- Die Frage der Einführung eines Bundesbasisfallwertes ab 2010 wird bereits aktuell diskutiert.
 - **Bundratsinitiative des Landes Schleswig-Holstein**
- Der ordnungspolitische Rahmen ab 2010, soll im Jahr 2008 festgelegt werden.
- Aktuell schwanken die Landesbasisfallwerte auch bei Bereinigung des Tarifunterschiedes Neue/Alte Bundesländer erheblich (zwischen ca. 2.655 € und 3.020 €, Durchschnitt ca. 2.800 €).

Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert individuelle Versorgungsstrukturen

Schwankungsbreiten des Landesbasisfallwertes von annähernd 400 €, und der Basisfallwerte einzelner Krankenhäusern von bis zu 4.000 €, erwachsen nicht ausschließlich aus unterschiedlicher Wirtschaftlichkeit.

Beispiele Basisfallwert 2005:

Flensburg Förde-Klinik 1.703,79 €

Glückstadt Pracelsus-Klinik 4.935,81 €

www.Krankenhaus-aok.de

Es bestehen weiterhin erhebliche strukturelle Unterschiede, z.B. zwischen Flächenstaaten und Stadtstaaten / Metropolen.

Die Versorgungsstrukturen sind einerseits historisch gewachsen, andererseits aus Krankenhausplanung und Investitionsplanung, angepasst an die regionale Bedarfsstruktur, unterschiedlich.

Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert strukturelle Unterschiede

Strukturelle Unterschiede in der Versorgungslandschaft:

- Größe und Spezialisierung der Krankenhäuser
- Besondere Einrichtungen und Zentren
- Geriatrische Versorgung (Krankenhaus oder Rehabilitation)
- Neurologische Frührehabilitation
- Palliativmedizin etc.

Im Ergebnis spiegelt sich dies auch in der Krankenhaushäufigkeit und in der Höhe des CMI wieder.

Fallpauschalen (DRG) – Katalog und sonstige Vergütungen (Zusatzentgelte etc.) sind aktuell offensichtlich noch nicht in der Lage die medizinische Komplexität in allen ihren Differenzierungen abzubilden.

Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert Verantwortung der Selbstverwaltung

Die Landesbasisfallwerte werden im Rahmen der Selbstverwaltung durch die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart

In Berlin konnten die Landesbasisfallwerte für 2006 und 2007 einvernehmlich festgelegt werden.

Auch in vielen anderen Bundesländern ist dies gelungen.

Dies in Kenntnis und Verantwortung der länderspezifischen Anforderungen für die Sicherstellung der Versorgung.

Eine Selbstverwaltungslösung auf Bundesebene scheint schwer möglich, dies zeigen auch andere Beispiele aus der Vergangenheit (Krankenhausvergleich, Richtwerte Ausbildungsstätten)

Höchstpreis oder Festpreis

- Im jetzigen System ist der Landesbasisfallwert ein Festpreis, der nach Ende der Konvergenz (Anpassungsphase) für alle Krankenhäuser im Land gilt.

► pro Festpreis

- Fokus auf Leistungs- und Qualitätswettbewerb
- Keine Gefahr von Preisdumping
- Bei leistungsgerechten Preisen keine Gefahr von Qualitätsverlust und Leistungsrationierung
- Langfristig größere Planungssicherheit für Krankenhäuser
- Reduzierte Abhängigkeit von individuellen Verhandlungen

► contra Festpreis

- Keine Möglichkeit vorhandene Kostenvorteile im Wettbewerb zu nutzen
- Weniger individueller Gestaltungsspielraum

Integrierte Versorgung individuelle Alternativen

- ▶ **Im aktuellen Festpreissystem bietet die Integrierte Versorgung die Möglichkeit individueller Verhandlungen, auch über den Preis**

Dabei werden bspw. für sektorenübergreifende Leistungskomplexe individuelle Verträge zwischen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen geschlossen.

Aktuell bezieht sich die Möglichkeit einer individuellen Preisgestaltung lediglich auf zusätzliche oder aus anderen Sektoren integrierte Leistungen.

Das eigentliche KH-Budget und die Vergütung dieser Leistungen bleibt unverändert .

Preissystem der Zukunft Bundesfallwert und integrierte Versorgung

Sinnvoll für die Zukunft erscheint:

- ▶ **Die Einführung eines Bundesbasisfallwertes als Festpreissystem**
- ▶ **Vergleichbar mit der Konvergenz auf den Landesbasisfallwert eine stufenweise Preisangleichung auf den Bundesbasisfallwert.**
- ▶ **Integrierte Versorgung als individueller Gestaltungsspielraum bei echter Budgetausgliederung (Teile des bisherigen Krankenhausbudgets können komplett ausgegliedert und verhandelt werden)**
- ▶ **Möglichkeit (wie bisher) im Einzelfall Zuschläge zum Festpreis zu vereinbaren, wenn sonst die Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist (ggf. in strukturschwachen Gebieten notwendig)**

Preissystem der Zukunft Aufhebung der Budgetierung

Politische Aussagen bei Einführung des Systems von DRG und Landesbasisfallwert:

- **Keine Budgetierung nach Ende der Konvergenz**
 - **Es gilt Menge x Preis**
 - **Damit Morbiditätsrisiko nicht zu Lasten der Leistungserbringer**
- Diese Rahmenbedingungen sind zwingend
- Ein wirtschaftlicher und leistungsgerechter Preis darf keinem methodischen Verfall unterliegen
- Individuelle Abweichung bei besonderer Leistungsfähigkeit im Rahmen IV möglich (z.B. Kompetenz- und Mengenkonzentration, Zentrenbildung)
- Grundsätzliches Festpreissystem sichert die Versorgung auf einheitlichem Niveau

Preissystem Herausforderung für Krankenhäuser

- **Krankenhäuser müssen ihre Leistungsstruktur und Kostenstruktur vorgegebenen Preisen anpassen.**
- **dies bei unveränderter Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages**
- **einzelne Krankenhäuser verfügen somit nur sehr eingeschränkt über die Option auch das Leistungsspektrum zu verändern**
- **sonst Gefahr der Risikoselektion zu Lasten der Versorgungssicherheit**
- **Regionale Krankenhausverbände sind im Sinne einer möglichen Kompetenz- Qualitäts- und Mengenbündelung im Vorteil**
- **Steuerungssysteme im Krankenhaus müssen stärker fallbezogen ausgestaltet werden (Deckungsbeitrag pro Leistungssegment)**

Preissystem Basisfallwert Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur

Bei Einführung des DRG- Systems wurde vielfach die Erwartung formuliert, dass das System Veränderungen der Angebots- bzw. Versorgungsstruktur befördert

- Dies ist aktuell nicht signifikant erkennbar
- Eine befürchtete Risikoselektion findet offensichtlich nicht statt
- Selbststeuerung im System allenfalls eingeschränkt gegeben
- Nachhaltige Veränderungen der Versorgungsstruktur eher in Ballungsgebieten – bei verbleibend kurzen Wegen für Patienten – möglich
- Gewollte Strukturveränderungen bedürfen zur Zeit noch flankierender Maßnahmen wie z.B. Mindestmengenregelungen

Mengenbündelung im Sinne von Qualität und Kostendegression grundsätzlich sinnvoll

Preissystem DRG Auswirkungen auf die Krankenkassen

DRGs als leistungsbezogenes Vergütungssystem bewirken auch eine Neuverteilung der Ausgabenlast der Krankenkassen

Im Gegensatz zu vorher durchschnittlichen Pflegesätzen pro Fachabteilung entstehen den Krankenkassen jetzt die tatsächlich durch ihre Versicherten verursachten Kosten.

Die Einnahmesituation der Krankenkassen bleibt aber unverändert

Krankenkassen deren Versichertenklientel ein hohes Morbiditäts-Risiko aufweist entstehen ggf. höhere Ausgaben.

- ▶ **Es kann erhöhter Druck auf die Beitragssätze entstehen**

Preissystem Landesbasisfallwert Auswirkungen auf die Krankenkassen

Das System des Landesbasisfallwertes selbst hat methodisch zunächst keine ausgabensenkende Wirkung; es findet lediglich eine Umverteilung zwischen Krankenhäusern statt.

Allerdings kann bei der Vereinbarung /Schiedsstellenfestsetzung des Landesbasisfallwertes gleichzeitig eine Reduzierung des Ausgabenvolumens im Land erfolgen.

Im Land Berlin wurden durch Schiedsstellenentscheidung 2005 und Folgewirkung 2006 das Ausgabenvolumen für stationäre Krankenhausleistungen um rund 100 Mio € abgesenkt.

Im Rahmen der Konvergenz werden diese Einsparungen für die Krankenkassen bis 2009 schrittweise kostenwirksam

Mögliches Preissystem Bundesbasisfallwert Auswirkungen auf die Krankenkassen

Im möglichen System eines Bundesbasisfallwertes findet eine Umverteilung zwischen Krankenhäusern dann bundesweit statt.

Für bundesweit organisierte Krankenkassen bzw. solche mit bundeseinheitlichem Beitragssatz hätte dies für sich gesehen methodisch keine Auswirkungen.

Für regional organisierte Krankenkassen mit länderspezifischen Beitragssätzen führt eine bundesweite Umverteilung ggf. auch zu einer Veränderung des Ausgabenvolumens im Land .

► Belastung oder Entlastung der Beitragssätze möglich

Landesbasisfallwert – Ermittlung und Auswirkungen auf Krankenkassen und Krankenhäuser

Die Einführung des DRG-Systems ist die erste Reform im deutschen Gesundheitswesen

- **die nachweislich Kosten gesenkt hat**
- **die Transparenz des Leistungsgeschehens geschaffen hat**
- **die nahezu von allen Beteiligten und Betroffenen verstanden worden ist**
- **die bei weiterer Fortsetzung zu einer gerechteren Verteilung der knappen Ressourcen führt**
- **die zu einer verbesserten Betriebswirtschaft in den Krankenhäusern geführt hat**

Landesbasisfallwert – Ermittlung und Auswirkung auf die Krankenkassen und Krankenhäuser

Back up

Basisfallwerte 2006

Landesbasisfallwerte 2006

Vergleich LBFW Berlin mit dem übrigen Bundesgebiet 2006

	LBFW 2005 mit Kappung	LBFW 2006 mit Kappung	Bevölkerungsanteil in v.H.	Gewichtung LBFW 2006 mit Anteil Bevölkerung	Anpassung LBFW Ost*	Neue Gewichtung LBFW
BaWÜ	2.774,57	2.814,85	13,0	36.593,05		36.593,05
Bayern	2.710,50	2.737,07	15,1	41.329,76		41.329,76
Berlin	2.999,81	2.955,00	4,1	12.115,50	3.010,85	12.344,48
Brandenburg	2.612,31	2.642,56	3,1	8.191,94	2.946,45	9.134,01
Bremen	2.866,00	2.849,57	0,8	2.279,66		2.279,66
Hamburg	2.920,41		2,1	6.132,86		6.132,86
Hessen	2.737,99	2.786,58	7,4	20.620,69		20.620,69
MeckPom	2.585,00		2,1	5.428,50	2.882,28	6.052,78
Niedersachsen	2.735,79	2.756,03	9,7	26.733,49		26.733,49
Nordrhein-Wes	2.679,80	2.687,23	21,9	58.850,34		58.850,34
Rheinland-Pfalz	2.888,10		4,9	14.151,69		14.151,69
Saarland	2.923,02		1,3	3.799,93		3.799,93
Sachsen	2.654,68	2.711,18	5,2	14.098,14	3.022,97	15.719,42
Sachsen-Anhalt	2.620,30		3,1	8.122,93	2.921,63	9.057,07
Schleswig-Hol	2.619,63	2.653,10	3,4	9.020,54		9.020,54
Thüringen	2.624,98		2,9	7.612,44	2.926,85	8.487,87
Summe			100,1	275.081,44		280.307,63
Gewichteter Durchschnitt BRD 2006 (soweit LBFW 2006 vereinbart)				2.748,07		2.800,28
Differenz zu LBFW Berlin (2.955 €)				7,00%		5,24%

Landesbasisfallwerte 2006

Erläuterung Anpassung BAT Ost für LBFW Neue Bundesländer

Die Differenz aus BAT-Gehaltsniveau, VBL-Vorteil des Arbeitgebers sowie längerer Arbeitszeit beträgt insgesamt 16,5 %. Angewandt auf ca. 70% Personalkosten an den Gesamtkosten ist der LBFW um ca. 11,5 % zu erhöhen.

Erläuterung Anpassung BAT Ost für Berlin

Für Mitarbeiter BAT Ost in Berlin gelten für den Arbeitgeber die Kostenvorteile im Hinblick Arbeitszeit und VBL. Bei geschätzt 30 % Mitarbeiter im BAT Ost und 70 % Personalkostenanteil, ist der LBFW um ca. 1,9 % zu erhöhen.