

Budgetverhandlungen 2005, Erfahrungen und Empfehlungen

Verhandlungspartner Klinik

**DRG und Onkologie
So geht es 2006 !**

03. Februar 2006, Berlin

N. Roeder

DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster

Agenda

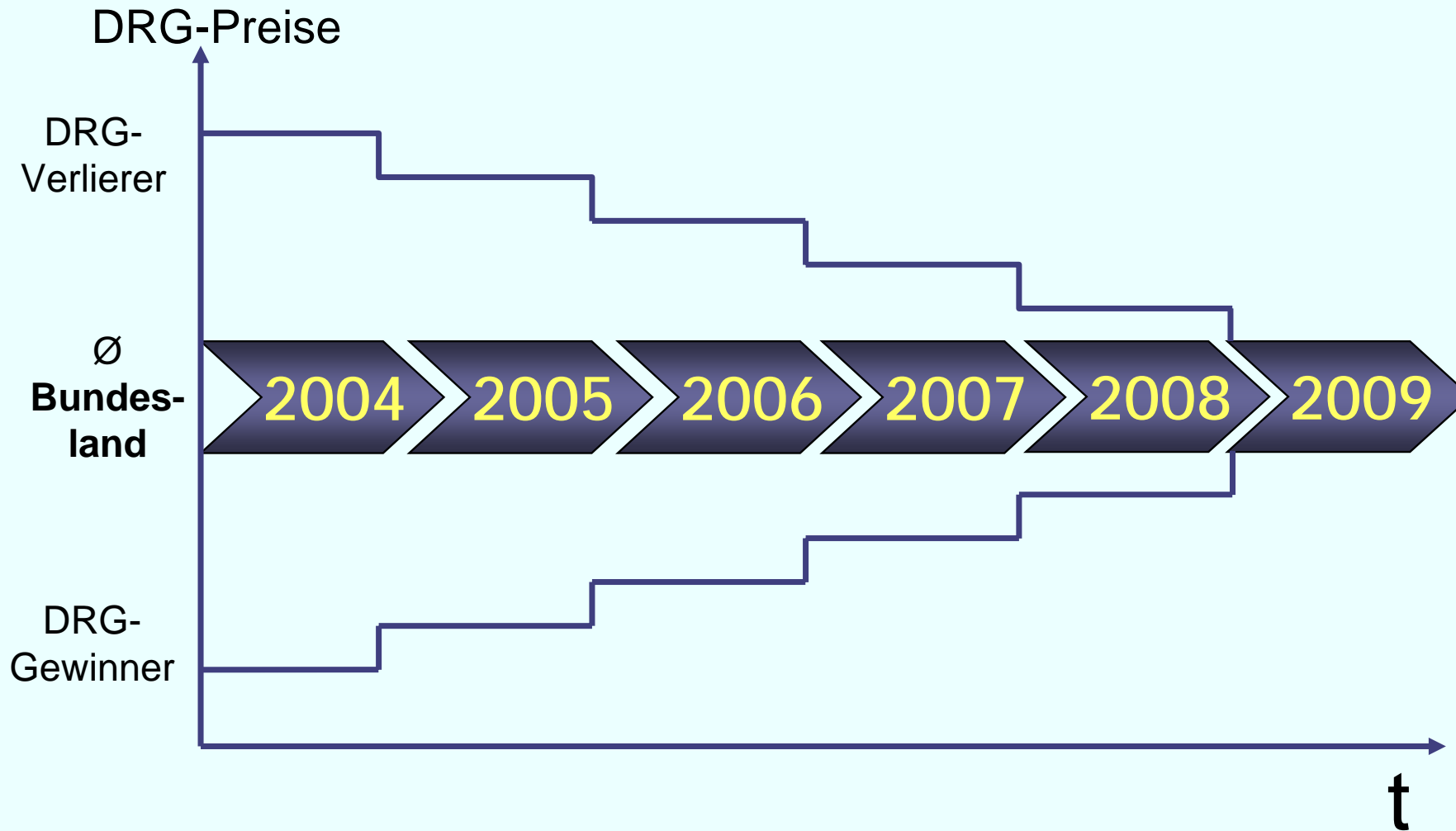
- Was ist ab 2005 anders ?
- DRG-Leistungen
- Zusatzentgelte
- Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Was hat sich geändert ab 2005 ?

Geld folgt der Leistung !

- **Leistungs- und Entgelt**verhandlungen statt **Budget**verhandlungen (Leistungsmengengerüst)
- KH-Budgetdeckel ist aufgehoben
- Gesetzgeber hat Bewertung von Leistungsveränderungen und Ausgleich von Mehrleistungen klar geregelt
- Leistungsveränderungen führen zu Budgetveränderungen
- Die Konvergenz wirkt
- Erhebliche Herausforderung für alle Verhandlungspartner

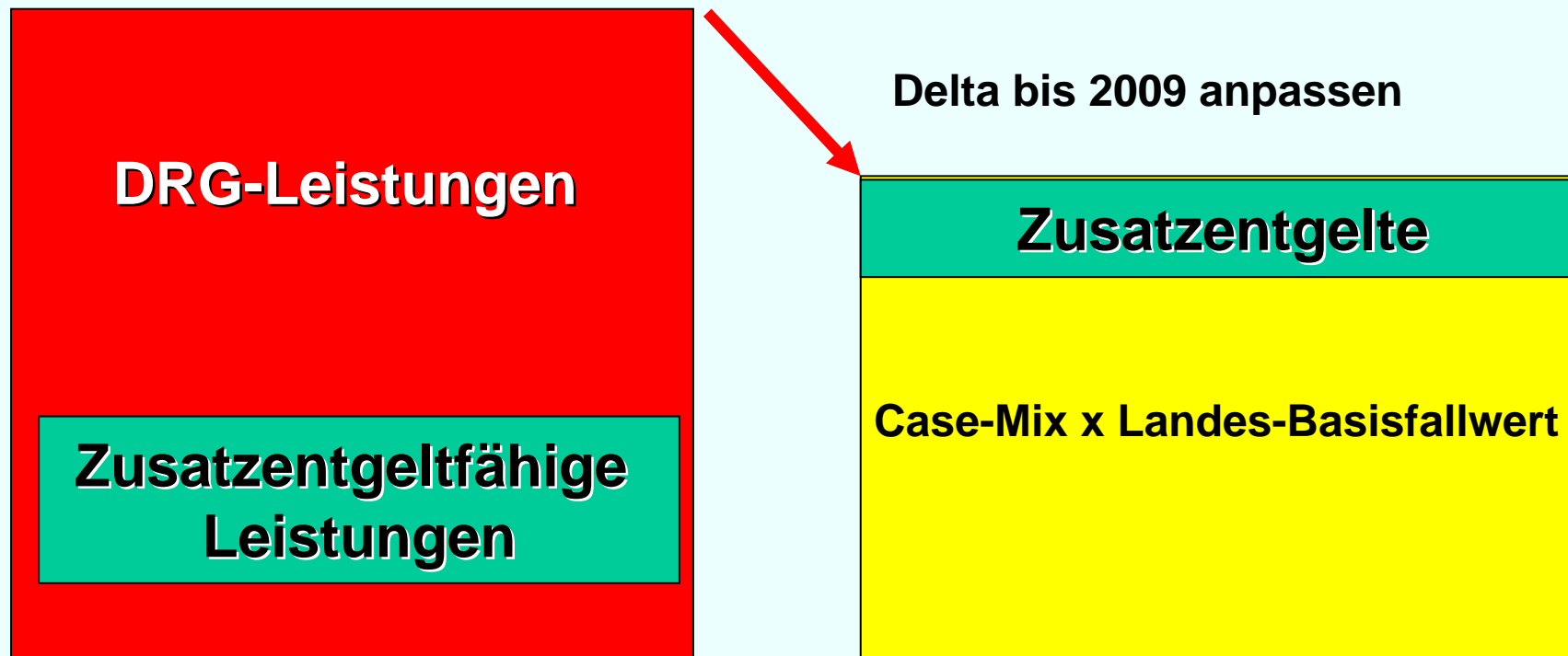
DRG-Zeitachse (Stand 2. FPÄndG)



DRG-Budget-Anpassung

Krankenhausbudget

Zielbudget

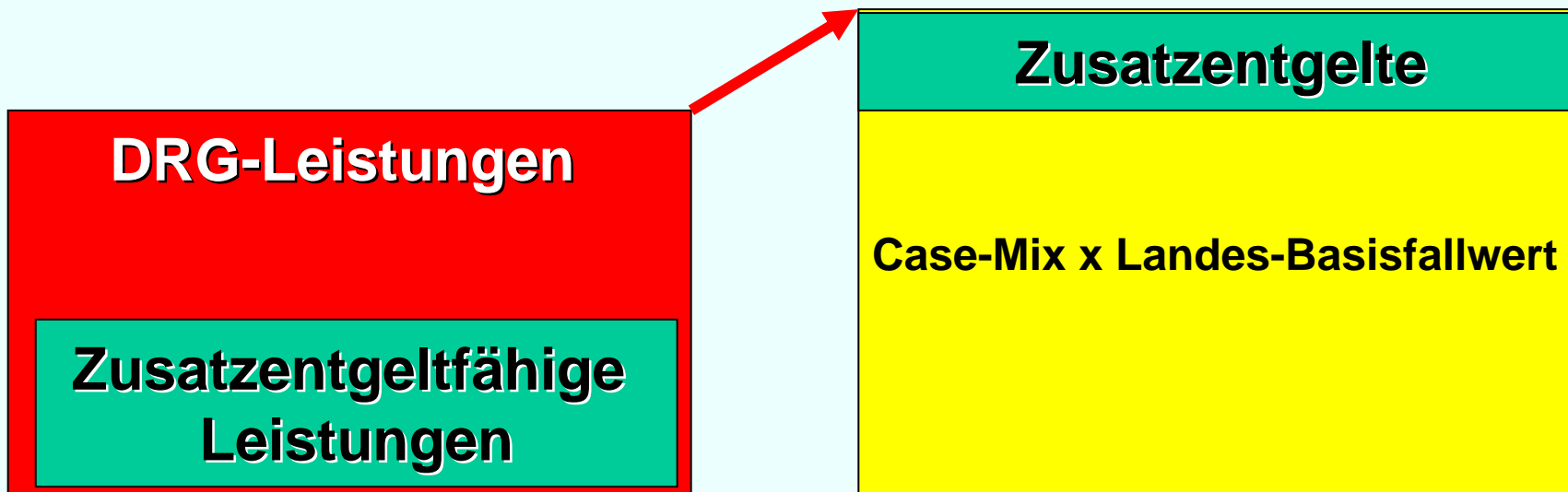


DRG-Budget-Anpassung

Krankenhausbudget

Zielbudget

Delta kommt bis 2009 dazu



Leistungsmengen beeinflussen das Budget

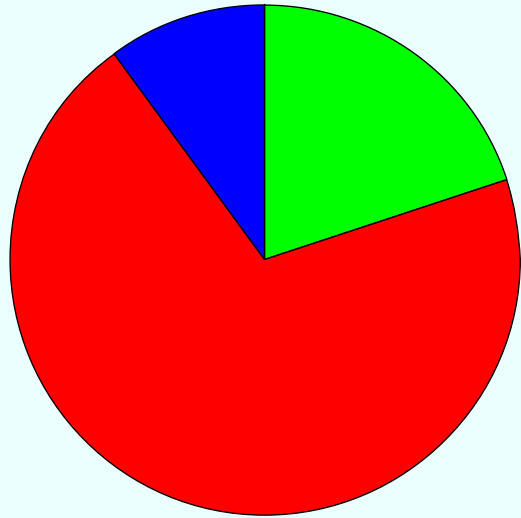
- DRG-Leistungen → Messung in Case-Mix
- Zusatzentgelte
- Leistungsmengen 2005 = Ausgangsbasis für Folgejahre
- Leistungsveränderungen werden bewertet
 - Mehr DRG-Leistungen → Zielbudget steigt
 - Mehr ZE-Leistungen → Zielbudget steigt
- „Geld folgt der Leistung „
 - Finanzierung zusätzlicher / wegfallender Leistungen mit
 - 2005 = 33 %,
 - 2006 = 50 %
 - 2007 = 75 %
 - 2008 = 100 %

Wir können festhalten

Geld folgt der Leistung !

Mehrleistung lohnt sich,
aber nicht jede
Mehrleistung
gleichermaßen

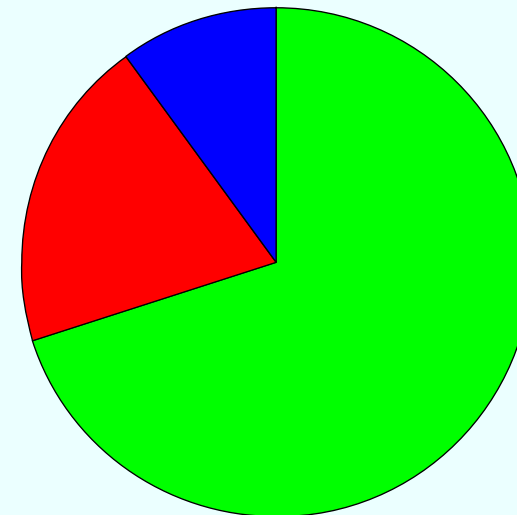
Case-Mix-Punkt ist nicht gleich Case-Mix-Punkt



Personal

Sachkosten

Infrastruktur



- Sachkostenanteil beachten
- Effektivitätssteigerung bei Personalkosten möglich (Prozessoptimierung)
- Sachkosten nur schwer optimierbar (im Wesentlichen durch Vermeidung)



Zusatzentgelte

Fallmengen Zusatzentgelte

- Medikamente 2005 neu in ZE-Katalog aufgenommen
- In 2004 verbrauchte ZE-Medikamente waren mit Budget 2004 finanziert und mussten 2005 ausgegliedert werden
- Analyse pro Wirkstoff nach Kostenstelle
 - Mengen und Umsatz
 - Ambulant, teilstationär und stationär sauber abgrenzen
 - Für DRG **nur stationäre Behandlung** wichtig
 - Wie viele Fälle überschreiten die Einstiegsschwelle ?
 - Was bekommen die im Durchschnitt ?

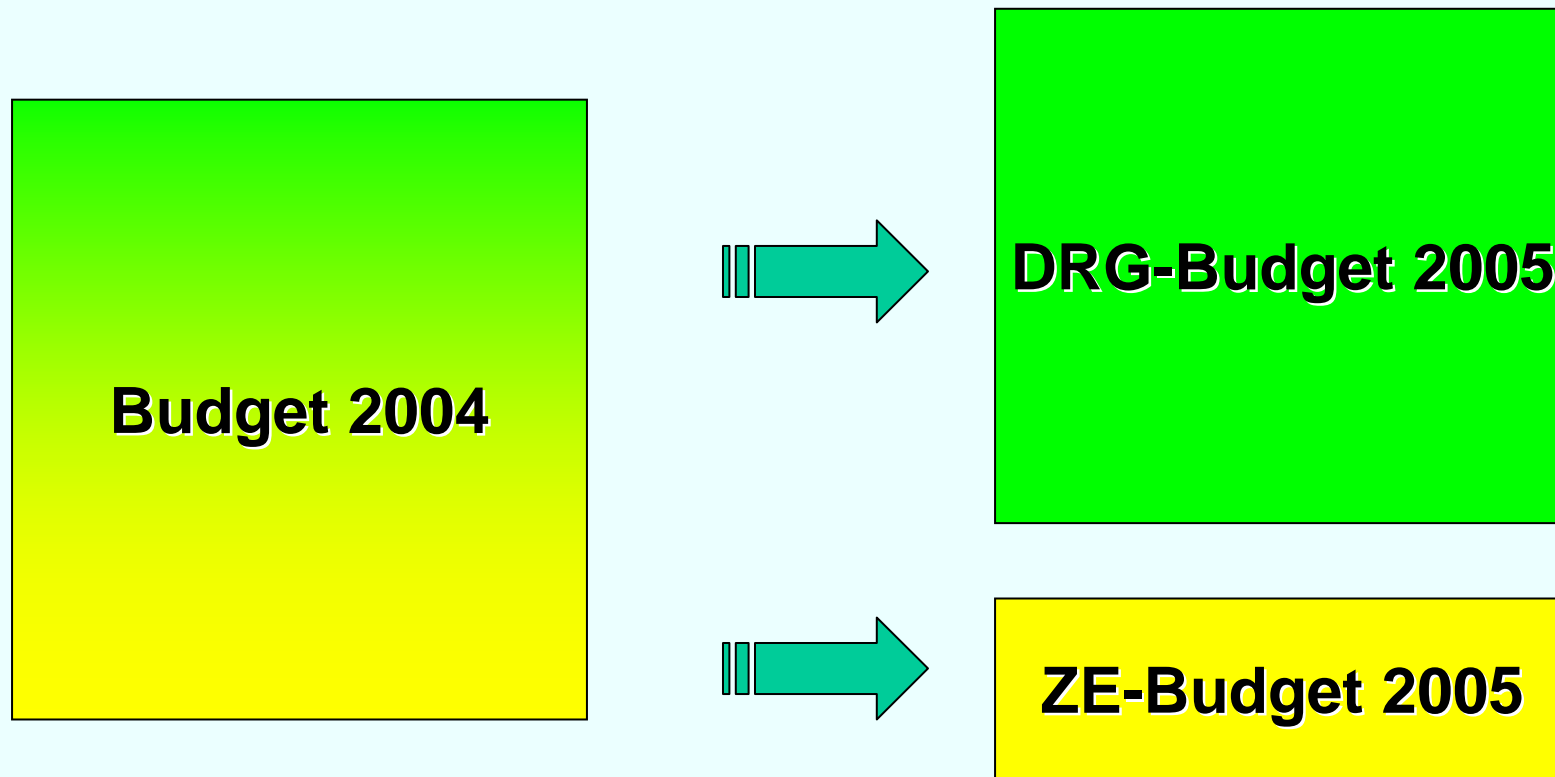
Fallmengen Zusatzentgelte

- Kostenträger misstrauten Ausgliederung
- Häufig „Sicherheiten“ für Kostenträger implementiert
 - 100 % Ausgleiche von mehr verbrauchten Medikamenten
- Mehrverbrauch ist aber auch Folge der veränderten Patientenkomplexität und Indikationsausweitung !
- Was ist falsche Ausgliederung, was ist echter Mehrverbrauch ?

Fallmengen Zusatzentgelte

- Medikamente: Beispiel
 - Kostenstelle: Urologie
 - Medikament: Gemcitabin
 - Normaldosis: 2 Gramm pro Aufenthalt
 - Schwelle: 2,5 Gramm
 - Nur 10 % der Fälle verweilen länger, z.B. wegen Komplikationen
 - ➔ Was brauchen die im Mittel ?
 - ➔ Was brauchen die Gesamt ?
- Ergebnis = Anzahl ZE zu verhandeln

Budget wird geteilt und danach getrennt betrachtet !



→ Falsche Abgrenzung ZE hat Erlöskonsequenz

Ausgleiche waren zu berücksichtigen

■ Ausgleiche

„**Mindererlöse** werden grundsätzlich zu 40 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen“

„**Mehrerlöse** aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen.

Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil oder sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren „

2. Fallpauschalenänderungsgesetz

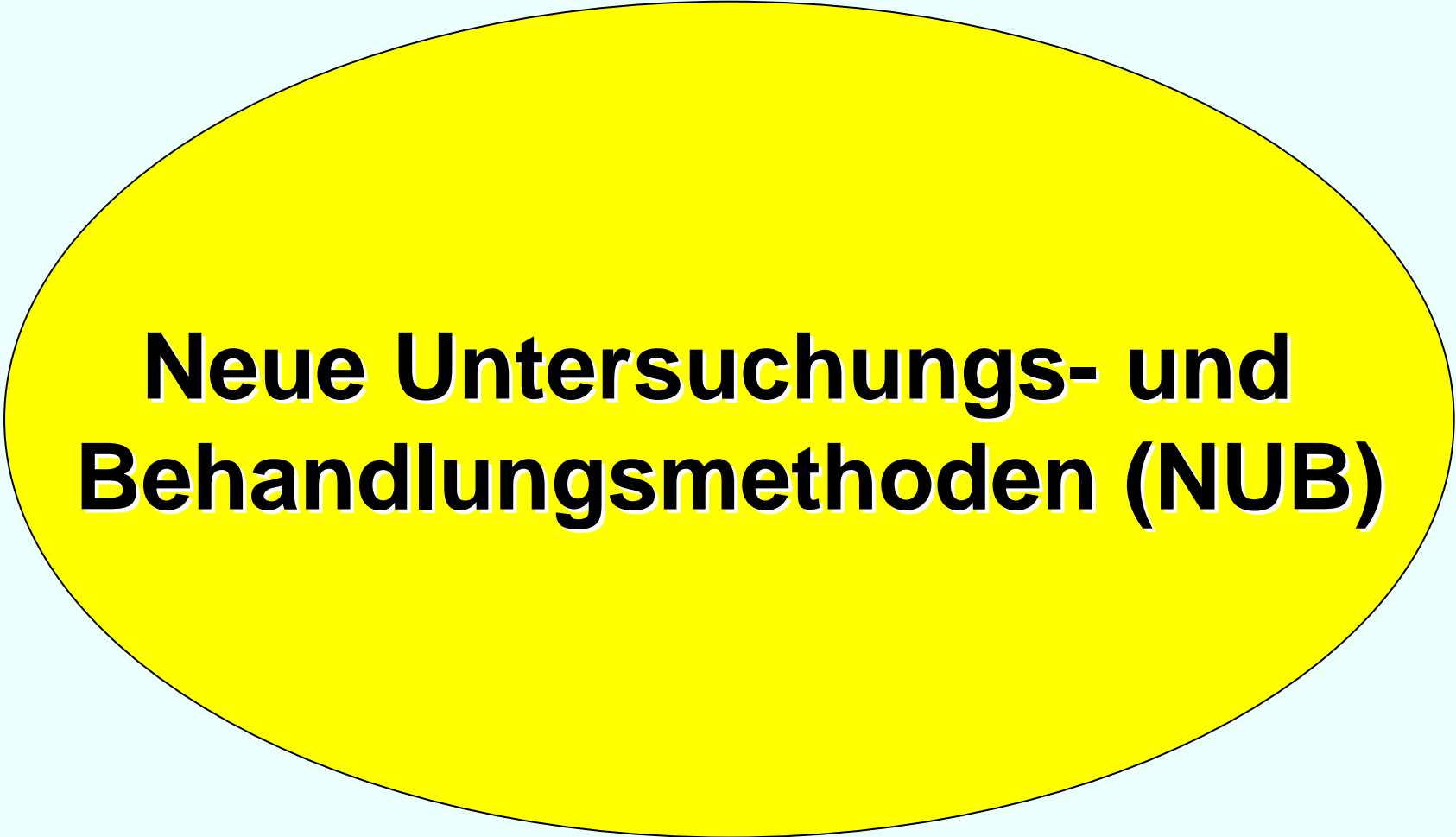
■ Ausgleich

„**Mindererlöse** werden grundsätzlich zu 40 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen“

„**Mehrerlöse** aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65

**Cave: Gilt nur für bundesweit
bepreiste Zusatzentgelte**

von...
Für...
so...
Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder
Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen
von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren „

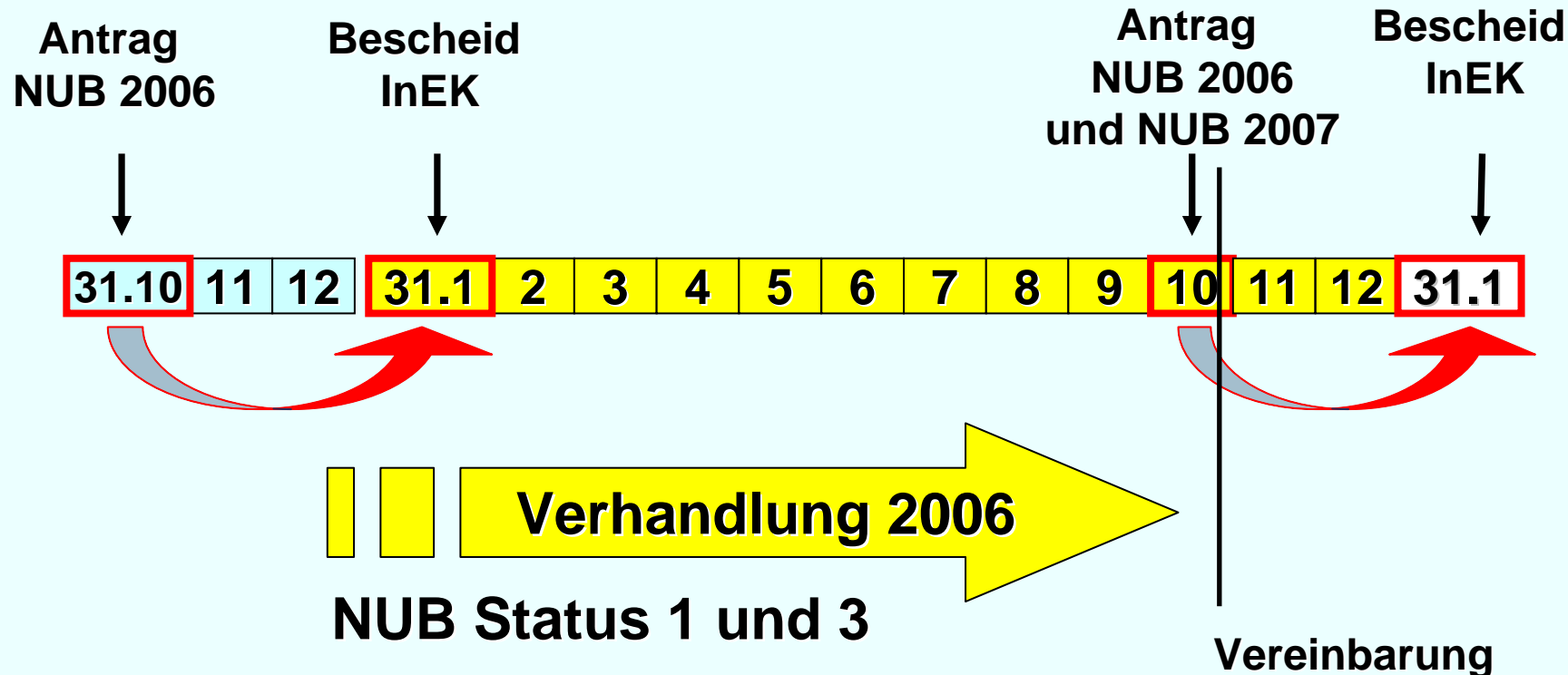


Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

NUB-Leistungen

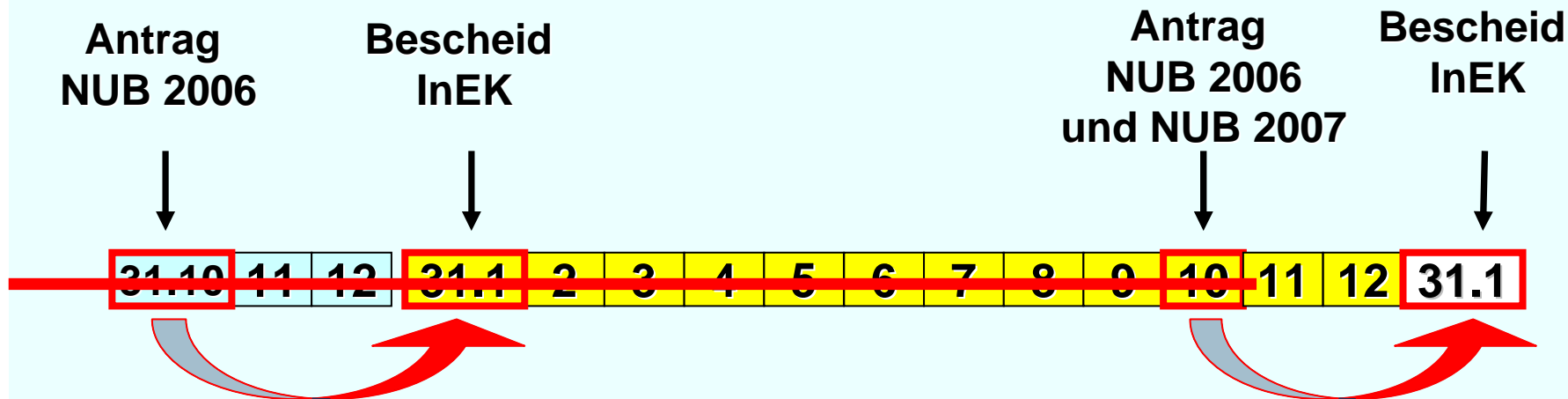
- Handhabung bundesweit sehr uneinheitlich
- Teilweise vorrangig Zusatzfinanzierung
- Teilweise komplette Finanzierung aus Budget gefordert
- Konzept muss noch reifen
- Auch bereits genehmigte Innovation muss jedes Jahr von jedem KH neu beantragt werden
- KK rügen dann Antragsflut, ist aber systembedingt
- Auch in diesem Jahr wieder Stichtag 30.10. !!!!!

NUB-Leistungen in der Praxis



- Vereinbarung 2005 wirksam zum Jahresende
- Vorher unklar ob NUB finanziert oder nicht
- Kostenträger warten 2006 auf NUB Bescheid InEK
- Wenn 2005 vereinbartes NUB 2006 kein NUB mehr
→ keine weitere Abrechnung in 2006

NUB-Leistungen in der Praxis



Ergebnis:

- NUB wirkt nur, wenn Verhandlung frühzeitig beendet, sonst bis zu einem Jahr weitere Verzögerung
- Vereinbarung bis Mitte Vereinbarungsjahr extreme Ausnahme

Erwartung Verhandlung 2006

- Leistung wird in Case-Mix gemessen
 - ➔ Diskussion über Mengenveränderungen
(was ist andere Leistung, was ist Kodierbedingt ?)
- Leistungsverlagerung
 - ➔ Brustzentren
 - ➔ Mindestmengen KMT
- Mengenveränderungen bei Zusatzentgelten
 - Mehrverbrauch 2005
 - Indikationserweiterungen
- Weitere NUB-Leistungen (Medikamente, Verfahren)

Fazit Verhandlung 2005

- Geld folgt der Leistung
- Vergütung wird schrittweise leistungsbezogener

ABER

- Zunehmende Systemkomplexität (birgt viele Risiken)
Leistungsgerechte Abbildung hat ihren „Preis“
- Noch keine Systemstabilität
(Als Preissystem noch nicht einsetzbar !)
- Teilstationäre DRGs noch nicht umgesetzt (bis auf Dialyse)
- Fehlplanung bei Leistungsmengen führen zu Budgetrisiken !
- Deshalb:
Auch 2006 wieder intensive Vorbereitung notwendig