

Martina Eberle/Frank Groß/Martin Heumann

# Entgeltverhandlungen 2005 – wird jetzt alles einfacher?

Der Beginn der Verhandlungsrunde steht unmittelbar bevor

*Der Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region – Berufsverband – e. V. (www.khzv.de) berät und begleitet seine Mitgliedskrankenhäuser seit vielen Jahren rund um die Budget- und Entgeltverhandlungen. Mit der Einführung der DRGs sollte eigentlich alles einfacher werden. Für die Verhandlungsrunde 2005 ist dies allerdings nicht zu erwarten. Die von den Vertragspartnern vor Ort zu bewältigenden Aufgaben sind umfangreich, komplex und mit vielen Vorbereitungsarbeiten auf beiden Seiten verbunden. Vieles wird bei den Entgeltverhandlungen 2005 neu sein. Manche Problemstellung ist aus den Vorjahren bekannt. Ziel dieses Artikels ist es, die Vielfältigkeit der zu bewältigenden Aufgaben sowie die aus der Sicht der Autoren wesentlichen Problem- und Spannungsfelder der Verhandlungsrunde 2005 aufzuzeigen. Der Inhalt des Artikels bezieht sich primär auf die Krankenhäuser bzw. Teile von Krankenhäusern, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen. Für die Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die nach wie vor nach den Regelungen der BPfIV verhandeln, hat sich im Vergleich zu den Vorjahren wenig verändert.*

## Grundsätzliche Änderungen der Verhandlungssystematik

An die Stelle der Verhandlung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets tritt 2005 der schrittweise Einstieg in ein neues Verhandlungsprinzip: Menge x Preis. Dabei ist zu beachten, dass der Preis mehr oder weniger feststeht, zumindest nachdem die Entgeltverhandlung abgeschlossen ist. Der Preis für die Leistung ergibt sich – vereinfacht gesagt – aus der Multiplikation des krankenhausespezifischen Basisfallwerts mit dem jeweiligen Relativgewicht der abzurechnenden DRG. Erst in einigen Jahren – frühestens nach dem Abschluss der Konvergenzphase – wird jedes Krankenhaus eines Bundeslandes nach derzeitiger Gesetzeslage das gleiche Geld für die gleiche Leistung bekommen. Vielleicht ist dann eine Entgeltverhandlung tatsächlich so einfach, wie sie sich mancher heute vorstellt.

Zwischenzeitlich werden die krankenhausespezifischen Basisfallwerte über mehrere Jahre hinweg schrittweise nach einer klar vom Gesetzgeber festgelegten Systematik an den landesweiten Basisfallwert angeglichen (siehe Abbildung 1). Das Formular B2 der AEB spiegelt diese Systematik wider und führt die Punkte auf, über die sich die Verhandlungspartner vor Ort verständigen müssen. Dabei wird vermutlich über nicht wenige Punkte des B2-Schemas gestritten.

Zunächst ist die Feststellung wichtig, dass krankenhausespezifische Kostensituationen bei den Verhandlungen keine Rolle mehr spielen. Ab dem Jahr 2005 gibt es für das einzelne Krankenhaus keinen Anspruch mehr auf ein medizinisch leistungsgerechtes Budget. Die Tatsache, dass strukturelle Unterschiede zwangsweise zu unterschiedlichen Kosten bei der Leistungserbringung führen, bleibt in dem neuen System unberücksichtigt. So sind beispielsweise Krankenhäuser mit einer Pavillonbauweise und dadurch bedingten höheren Wegezeiten künftig im Nachteil, weil die entstehenden Mehrkosten zu Lasten des Krankenhauses gehen.

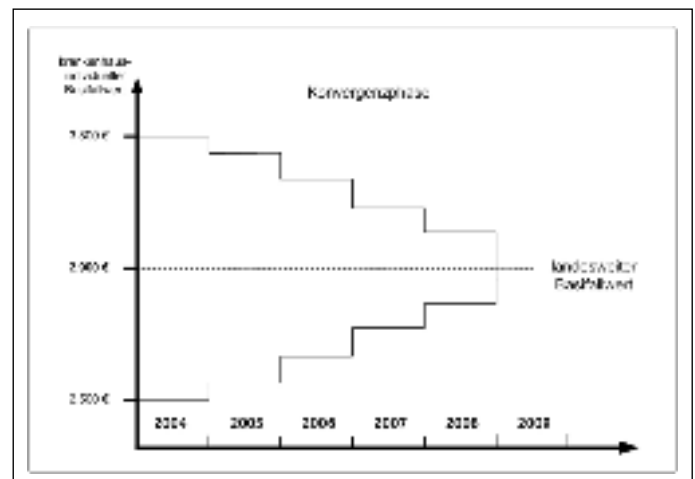
Die Verhandlung der Leistungsseite wird mehr Raum einnehmen als unter den bisherigen Bedingungen. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass es im Rahmen der Verhandlungen nur noch um leistungsseitige Problemstellungen geht. Im Folgenden sollen einige der Veränderungen der Verhandlungssystematik näher beschrieben werden.

## Änderungen der Verhandlungsinhalte im Detail

### ■ Keine Berücksichtigung der Verweildauer mehr!

Bei Verhandlungen unter BPfIV-Gesichtspunkten war die Berücksichtigung der Verweildauerreduzierung vorgeschrieben und auch im praktischen Verhandlungsgeschehen ein „big point“. Es wurden häufig Verweildauerrückgänge, differenziert nach Abteilungen, ermittelt und vorausgeschätzt, pauschal mit anteiligen Kosten je Tag bewertet und von den Krankenkassen in Abzug gebracht. Die Krankenhäuser haben auf dem Wege des so genannten 2-Stufen-Modells Personal- und Sachkostensteigerungen gegengerechnet oder ggf. entsprechende Fallzahlsteigerungen angeboten. Die Berücksichtigung von Budgetabzügen für

Abbildung 1: Konvergenzphase



Verweildauerverkürzungen ist bei den individuellen Entgeltverhandlungen auf der Ortsebene nicht mehr vorgesehen. Auf der Landesebene versuchen die Krankenkassen allerdings, die eingetretenen und prognostizierten Verweildauerreduzierungen zur Senkung des Basisfallwerts einzubringen.

### ■ Kein Fallkostenvergleich mehr!

Bei den Verhandlungen des medizinisch leistungsgerechten Budgets wurde seitens der Krankenkassen in Einzelfällen der Parteienvergleich auf der Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) sowie der Diagnosestatistik eingebracht. Künftig spielen diese Vergleiche keine Rolle mehr, da es dafür keine gesetzliche Grundlage mehr gibt. Außerdem sind sie inhaltlich überflüssig, weil es über die Konvergenzphase automatisch zu einer Abschmelzung ggf. noch vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven kommt.

### ■ Jedes Haus erhält die Veränderungsrate!

Jedes Krankenhaus hat einen gesetzlichen Anspruch auf die Fortschreibung des Budgets um die Veränderungsrate. Es ist nicht zu erkennen, dass diese Fortschreibung Verhandlungsgegenstand sein könnte. In der Vergangenheit sah dies anders aus. Zwar lag es im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten, das Budget um die Veränderungsrate zu steigern. Gleichwohl war es nicht immer selbstverständlich, eine Budgetsteigerung in dieser Höhe durchsetzen zu können. In den jetzt anstehenden Verhandlungen sollte die Erhöhung des Budgets um die Veränderungsrate also unbedingt eingefordert und eine Diskussion darüber abgelehnt werden. Die Veränderungsrate liegt bei 0,38 Prozent für das gesamte Bundesgebiet.

### ■ Mehr Leistung – mehr Geld!

Eine wesentliche Neuerung in der Verhandlungslogik besteht darin, dass Krankenhäuser höhere Leistungszahlen mit den Kostenträgern vereinbaren können, die dann von den Krankenkassen zu den vom Gesetzgeber vorgegebenen Sätzen finanziert werden müssen. Die Vereinbarung von Mehrleistungen kann ggf. auch vor der Schiedsstelle durchgesetzt werden. In der Vergangenheit war das Krankenhaus dabei auf das – selten anzutreffende – Wohlwollen der Vertragspartner angewiesen. Wer Mehrleistungen in den Verhandlungen – oder im Zweifelsfall vor der Schiedsstelle – durchsetzen will, muss die Art und die Anzahl der zusätzlich zu vereinbarenden Leistungen nachvollziehbar darstellen können und die geplante Entwicklung glaubhaft begründen. Am anschaulichsten gelingt dies, wenn die Leistungen bereits in der Vergangenheit erbracht, aber bisher nicht vereinbart wurden. Aber auch Leistungen, die bislang nicht von dem Krankenhaus erbracht wurden, können Bestandteil der Forderung sein. Die Bewertung von Mehrleistungen ist durch den Gesetzgeber klar geregelt. Die Bewertungsrelationen der über das Niveau 2004 hinaus vereinbarten Leistungen gehen mit 33 Prozent des landesweiten Basisfallwerts in das neue Erlösbudget ein. Gleiches gilt im Fall von Minderleistungen. (Zur Vereinbarung von Mehr- und Minderleistungen siehe auch weiter unten).

### ■ Wegfall der hausindividuellen Deckelung

In Zusammenhang mit der Möglichkeit, mehr Leistungen bei gleichzeitig vorgegebener Budgeterhöhung zu vereinba-

ren, steht der Wegfall des in § 6 Absatz 1 Satz 3 BPfIV festgesetzten Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bezogen auf das einzelne Krankenhausbudget. Die Sicherung der Beitragssatzstabilität obliegt nun den Verhandlungspartnern bei der Kalkulation des landesweiten Basisfallwerts. Eine krankenhaushausindividuelle Deckelung gibt es nicht mehr.

### ■ Keine Deckelung – keine Ausnahmetatbestände

Bis zur Verhandlungsrunde 2004 gab es einzelne Ausnahmetatbestände, die eine Durchbrechung der Budgetobergrenze ermöglichten. Weil die krankenhaushausindividuelle Deckelung aufgehoben ist, gibt es auch keine Ausnahmetatbestände der alten Form mehr. Das heißt nicht, dass es die Finanzierung entsprechender Sachverhalte nicht mehr gibt, etwa zusätzliche, über die Budgetobergrenze hinausgehende finanzielle Mittel in Folge zusätzlicher „Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes“ (§ 6 Absatz 1 Satz 4 Nr. 2 BPfIV). Dies galt bisher auch dann, wenn mit der Schaffung der zusätzlichen Kapazitäten keine konkreten Mehrleistungen verbunden waren. Ein Beispiel hierfür ist der vom Land geförderte Neubau einer Intensivstation: Das Krankenhaus hält zwar die gleiche Anzahl von Intensivbetten vor, doch deren neue räumliche Struktur verursacht unabwiesbare Mehrkosten.

Diese Form des Ausnahmetatbestandes gilt künftig nicht mehr. Zusätzliches Geld gibt es nur noch im Fall eines direkten Leistungsbezugs. Nicht leistungsinduzierte Mehr-



# Gefunden



**ITeG**  
IT-Messe & Dialog  
im Gesundheitswesen

Frankfurt am Main  
26. bis 28. April 2005

[www.iteg-messe.de](http://www.iteg-messe.de)

kosten führen streng nach dem Gesetz nicht mehr zu einer Aufstockung des Budgets. Im genannten Beispiel bleibt das Krankenhaus auf den zusätzlichen Kosten sitzen. Allerdings kann auf dem Verhandlungsweg versucht werden, vor Ort praktikable Lösungen zu finden. Dazu wird die Kreativität und das Wohlwollen beider Vertragspartner benötigt. Je partnerschaftlicher das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ist, desto größer dürften die Erfolgsaussichten für erfolgreiche und unkonventionelle Lösungen sein.

## Budgetseitige Vorbereitung der Verhandlung

### ■ Ausgangsbasis

Unstrittig wird die Budgetausgangsbasis für das Jahr 2005 sein. Sie bezieht sich auf das veränderte Erlösbudget, welches der Nr. 14 des B1-Formulars der Vereinbarung 2004 entspricht. Dieser Betrag beinhaltet das Erlösbudget aus Fallpauschalen und bundesweit bewerteten Zusatzentgelten sowie die Ausgleichs aus Vorjahren. Nicht enthalten sind folglich die im Vorjahr vereinbarten § 6 (1)-Entgelte (B1 Nr. 16), die nicht bundesweit einheitlich bewerteten Zusatzentgelte, die krankenhaushausindividuell verhandelten DRGs sowie die teilstationären Leistungen.

### ■ Zuschlagstatbestände

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Beträge nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 und 6 KHG künftig über Zuschläge und nicht mehr innerhalb des DRG-Erlösbudgets finanziert werden. Beispielhaft zu nennen sind Zuschläge

- für die Aufnahme von Begleitpersonen,
- für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen,
- für die Abschaffung des AiP,
- für Ausbildungsstätten,
- für Zentren und Schwerpunkte,
- zur Sicherstellung der Versorgung.

Ziel der Zuschlagsregelungen ist es, Tatbestände, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, außerhalb des DRG-Erlösbudgets bzw. des Basisfallwerts zu finanzieren. Damit wird die Vergleichbarkeit der Basisfallwerte gewährleistet, entsprechende Beträge sind von den vorgesehenen Konvergenzschritten abgekoppelt. Es lohnt sich, die für die Krankenhäuser bedeutsamsten Zuschläge und die damit in Zusammenhang stehenden Tatbestände genauer zu analysieren:

#### ● Zuschlag für Begleitpersonen

Die Kosten für die medizinisch begründete Aufnahme von Begleitpersonen sind seit jeher in den Budgets der Krankenhäuser enthalten. Dies gilt insbesondere für Kinderkrankenhäuser oder Krankenhäuser mit einer pädiatrischen oder anderen Fachabteilung, in der regelmäßig Kinder behandelt werden (zum Beispiel HNO). Es können auch andere Bereiche betroffen sein; dies ist krankenhaushausindividuell zu prüfen. Ab 2005 kann für die Aufnahme von Begleitpersonen aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltung ein Zuschlag in Höhe von 45 € für Unter-

kunft und Verpflegung je Berechnungstag angesetzt werden. Voraussetzung dafür ist die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme, die vom Krankenhausarzt in den Krankenunterlagen nachvollziehbar dokumentiert werden muss.

Damit es bei der Abrechnung der Zuschläge nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt, müssen die bislang im Budget enthaltenen Kosten für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen ausgegliedert werden. Der Gesetzestext (§ 4 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 a) spricht von den in der Vergangenheit über das Budget finanzierten Kosten und nicht von den Erlösen, die das Krankenhaus künftig für die Aufnahme von Begleitpersonen erhält.

Die Kalkulation und der Nachweis, in welcher Höhe diesbezügliche Kosten im bisherigen Budget enthalten sind, dürften nicht ganz einfach sein: Die Kosten für Begleitpersonen waren bisher meist kein expliziter Verhandlungsgegenstand. Folglich liegt es im Aufgabenbereich des einzelnen Krankenhauses, eine entsprechende Berechnung anzustellen. Diese kann sich hilfsweise auch an den Erlösen orientieren, die für die Aufnahme von Begleitpersonen im Jahr 2005 erwartet werden. Auf jeden Fall ist bei der Ausgliederung der Kosten aus der Sicht des betroffenen Krankenhauses vorsichtig vorzugehen, da ein Ausgleichsanspruch bei Fehlschätzung nicht besteht.

#### ● Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen werden ab dem Jahr 2005 ebenfalls über Zuschläge auf den Rechnungsbetrag finanziert. Somit ist es notwendig, bereits für Vorjahre vereinbarte Beträge aus dem Budget auszugliedern. Die Möglichkeit, zusätzliches Geld in Höhe von 0,2 Prozent des Gesamtbetrags pro Jahr zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen einzufordern, besteht seit 2003. Maximal können also für solche Maßnahmen 0,4 Prozent des Gesamtbetrags 2004 in den derzeitigen Budgets enthalten sein. Dies ist krankenhaushausindividuell anhand der Pflegesatzvereinbarungen zu überprüfen, da keineswegs alle Krankenhäuser entsprechende finanzielle Mittel erhalten haben. Nur das, was tatsächlich in den vergangenen 2 Jahren konkret für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in die Budgets eingeflossen ist, darf im Rahmen der Verhandlungsrunde 2005 ausgegliedert werden.

Es kann darüber spekuliert werden, an welcher Stelle im B2-Formular die entsprechenden Beträge ausgegliedert werden; im Gesetz ist dies nicht ausdrücklich geregelt. Grundsätzlich gäbe es 2 Möglichkeiten: Abzug in Nr. 2 (./.-Kosten für Zuschlagstatbestände) oder Nr. 10 (+/- neue Basisberichtigungen, ohne Ausgleichsanteil). Ein Abzug zusammen mit den anderen Zuschlagstatbeständen unter B2 Nr. 2 scheint sachgerecht. Dies sollte mit den Kostenträgern vor Ort abgestimmt werden.

Nach der Ausgliederung der bereits für Vorjahre erhaltenen Beträge sollte ein neuer Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen für das Jahr 2005 vereinbart werden (§ 4 Absatz 13 KHEntgG). Grundsätzlich ist es möglich, für

die Jahre bis 2009 pro Jahr einen Betrag von 0,2 Prozent des Erlösbudgets für entsprechende Maßnahmen zu erhalten. Wurde im Vorjahr kein Betrag vereinbart, so ist im Folgejahr ein Betrag bis zu 0,4 Prozent des Erlösbudgets möglich. Grundlage für die Berechnung der 0,2 bzw. 0,4 Prozent ist das Erlösbudget 2005 zuzüglich der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 Satz 1.

Vorteilhaft für die erfolgreiche Durchsetzung des Zuschlags kann eine schriftliche Vereinbarung mit der Personalvertretung sein, aus der hervorgehen sollte, um welche Maßnahme es sich handelt, wie hierdurch die Arbeitszeitbedingungen der Mitarbeiter verbessert werden und welche zusätzlichen Kosten durch die Umsetzung entstehen.

Der gesamte vereinbarte Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wird zur Berechnung des Zuschlags ins Verhältnis gesetzt zu der Summe aus dem Erlösbudget und der Erlössumme aus § 6 Absatz 3 KHEntgG. Der Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wird mit dem Zuschlag für Mehrkosten in Folge der Abschaffung des AiP zusammengefasst und mit den Rechnungsbeträgen des Krankenhauses vergütet.

#### ● Zuschlag für Mehrkosten infolge der Abschaffung des AiP

Eine Folge der Änderung der Bundesärzteordnung war die Abschaffung der AiP-Phase bei der Arztausbildung. Die AiP-Verträge mussten durch Assistenzarztverträge mit erheblich höheren Kosten ersetzt werden. Die Krankenhäuser haben einen Anspruch darauf, dass diese Mehrkosten seitens der Krankenkassen übernommen werden. Daher muss sichergestellt werden, dass die bislang im Krankenhaus beschäftigten AiPler auch weiterhin langfristig – nicht nur bis zum Auslaufen der entsprechenden Arbeitsverhältnisse – als Assistenzärzte beschäftigt werden können. Zu einer problemlosen Umsetzung dieser Thematik in den Entgeltverhandlungen haben sich die Krankenkassen bundesweit mittels einer gemeinsam mit der DKG und dem Marburger Bund abgegebenen Erklärung vom 19. Juli 2004 verpflichtet.

Die Mehrkosten für die Abschaffung des AiP entstehen den Krankenhäusern seit Oktober 2004. In der Verhandlungsrunde 2004 wurden auf Wunsch der Krankenkassen nur vereinzelt zusätzliche Kosten in den Budgets berücksichtigt. Für diese Gelder ist eine Ausgliederung in entsprechender Höhe vorzunehmen, weil auch diese Kosten künftig in der Form eines Zuschlags finanziert werden. Eine Ausgliederung entfällt, wenn der Betrag 2004 nur als Ausgleich und nicht budgeterhöhend gezahlt wurde. Für die meisten Krankenhäuser dürfte gelten, dass die Mehrkosten im Rahmen der Verhandlungen 2005 eingefordert werden müssen, ggf. ergänzt um einen Ausgleich für die 2004 bereits entstandenen, aber noch nicht berücksichtigten Mittel.

Wenn auch die Finanzierung der entstehenden Mehrkosten grundsätzlich unstrittig sein dürfte, so könnte es in der Detailumsetzung durchaus zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern kommen, etwa in der wich-

tigen Frage, wie viele AiPler der Berechnung der Mehrkosten zugrunde zu legen sind. Auch die tatsächliche Höhe der Differenz zwischen einem AiP- und einem Assistenzarztgehalt wird voraussichtlich Gegenstand von Diskussionen sein. Die von den Krankenkassen vielerorts geforderte Limitierung der Mehrkosten je AiP auf 29 000 € ist anhand des Gesetzestextes weder nachvollziehbar noch inhaltlich haltbar. Im Gegenteil: Der Gesetzeswortlaut bezieht sich ausdrücklich auf die durch die Abschaffung des AiP entstehenden Mehrkosten. Dabei können nur die krankenhaushausindividuellen Mehrkosten maßgeblich sein und nicht der oft zitierte angebliche Durchschnittswert in Höhe von 29 000 €. Eine erste Schiedsstellenentscheidung hat diese Frage zugunsten der Krankenhäuser entschieden. Die Verhandlungen könnten sich trotzdem schwieriger gestalten, als es auf Grund der abgegebenen Erklärungen teilweise angenommen wird. Grund dafür ist der nicht unerhebliche Betrag, um den es dabei geht. Den Krankenhäusern kann nur empfohlen werden, die notwendigen Berechnungen, Kalkulationen und Darstellungen so vorzubereiten, dass sie im Zweifelsfall auch einen außenstehenden Dritten überzeugen können.

#### ● Zuschlag Ausbildungsbudget

Ab 2005 erfolgt die Finanzierung der Ausbildungskosten zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen über Zuschläge (§ 17 a KHG). Hierfür wird ein eigenständiges zweckgebundenes Ausbildungsbudget gebildet (§ 17 a Absatz 3 KHG). Die Ermittlung dieses Budgets für 2005 ist in § 17 a Absatz 4 Sätze 1 und 3 bis 5 KHG geregelt: In einem 1. Schritt sind die im Budget 2004 enthaltenen Kosten der Ausbildungsstätten und die Mehrkosten für Ausbildungsvergütung festzuhalten und aus dem Krankenhausbudget auszugliedern. Anschließend wird auf dieser Basis das Ausbildungsbudget 2005 vereinbart, dabei sind weitere Kosten zu berücksichtigen.

Der auszugliedernde Betrag der Ausbildungskosten 2004 ist im Rahmen der Entgeltverhandlungen 2005 explizit zu verhandeln (B2 Nr. 8). Der Gesetzgeber geht offenbar davon aus, dass mit dem Budget 2004 die tatsächlichen Ausbildungskosten finanziert wurden. Tatsächlich waren jedoch auch die Ausbildungskosten budgetiert, eine Anpassung an die tatsächlichen Kostenentwicklungen fand nicht statt, insbesondere nicht an die im Vergleich zur Veränderungsrate hohen Steigerungsraten bei den Personalkosten. Es kann also nicht unkritisch davon ausgegangen werden, dass mit den Krankenhausbudgets 2004 die Ist-Kosten für die Ausbildung der Krankenhäuser tatsächlich gedeckt waren. Somit bleibt krankenhaushausindividuell zu prüfen, ob die Beträge realistisch sind.

Unter die Ausbildungskosten fallen sämtliche Personal- und Sachkosten der in § 2 Nr. 1 a KHG aufgeführten Ausbildungsstätten. Dazu gehören insbesondere die Kosten für die Lehrkräfte und die direkten Sachkosten der Ausbildungsstätten, aber auch zum Beispiel Kosten für Mentoren und anteilige Kosten etwa der Personalverwaltung. Für Krankenhäuser, die an einer Verbundschule beteiligt sind, sind neben den Aufwendungen aus der Ausbildungsstätten-Umlage auch Kosten für Mentoren etc. anzusetzen. Bei

den kooperativen Schulformen besteht zwischen den beteiligten Krankenhäusern erheblicher Abstimmungsbedarf bei der Kostenausgliederung und bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets. Die Kosten für die Ausbildungsvergütungen gehören nicht zu den Kosten der Ausbildungsstätten und sind von daher bei der Ermittlung der Ausbildungskosten 2004 gesondert zu betrachten.

Aufsetzend auf den im B2-Formular ausgegliederten Betrag wird anschließend das vom Krankenhausbudget künftig separierte Ausbildungsbudget 2005 verhandelt. Dabei sind gemäß der Vorgabe in § 17 a KHG die Personal- und Sachkostenentwicklungen 2005 zu berücksichtigen. Dies schließt die Folgekosten aus den Änderungen des Krankenpflegegesetzes zum 1. Januar 2004 ein, da die Verhandlung dieser unabweislichen Mehrkosten für die Krankenhäuser 2004 vielfach auf Wunsch der Krankenkassen auf 2005 verschoben wurde. Es ist von erheblicher Bedeutung, insbesondere die Mehrkosten für die Umsetzung des neuen Krankenpflegegesetzes nachvollziehbar zu kalkulieren, da sie eine erhebliche Größenordnung darstellen können und zur Finanzierung der Ausbildungsstätten dringend benötigt werden.

2005 wird es mit großer Wahrscheinlichkeit noch keine Ausgleichsfonds auf Landesebene geben. Daher müssen die örtlichen Vertragsparteien gemäß § 17 a Absatz 8 Satz 2 KHG auf der Basis des Ausbildungsbudgets 2005 einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je Fall vereinbaren. Gemäß § 17 a Absatz 4 Satz 4 KHG ist eine Fehlschätzung des Ausgliederungsbetrages in B2 Nr. 8 bei der Budgetvereinbarung 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 inklusive eines Ausgleichs zu berücksichtigen.

### ■ **BAT-Berichtigung**

Der Anspruch auf die BAT-Berichtigung bezieht sich auf das Jahr 2004 und ist von den Krankenkassen dann zu zahlen, wenn das Krankenhaus ansonsten nicht in der Lage ist, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Nach wie vor liegen die Auffassungen der Vertragsparteien weit auseinander, wie diese vom Gesetzgeber vorgegebene Bedingung zu interpretieren bzw. wann sie erfüllt ist. Die BAT-Berichtigung des Jahres 2004 beträgt 0,35 Prozent für das Beitrittsgebiet und 0,56 Prozent für das übrige Bundesgebiet. Aufgrund der bedeutenden prozentualen Höhe bleibt dies ein wesentlicher Verhandlungsgegenstand, zumal der Betrag für 2004 auch in Form eines Ausgleichs nachfinanziert werden muss und somit gleich zweimal zur Geltung kommt.

In der Verhandlungsrunde 2004 wurde von den Krankenkassen im Rheinland häufig eine schriftliche Begründung gefordert, warum das Krankenhaus ohne diese Korrektur seinen Versorgungsauftrag nicht erfüllen kann. Aufgrund der finanziellen Bedeutung dieses Punktes in Verbindung mit der fehlenden gesetzlichen Definition, wann die Erfüllung des Versorgungsvertrags eines Krankenhauses gefährdet ist, wird es auch 2005 zu erheblichen Diskussionen mit den Krankenkassen kommen. Auch die Spruchpraxis der Schiedsstellen in dieser Fragestellung war 2004 nicht einheitlich, sodass an dieser Stelle nur empfohlen werden kann, die BAT-Berichtigung sowie einen BAT-Ausgleich ein-

zufordern und dies mit einer entsprechenden Begründung zu untermauern.

Krankenhäuser, die 2004 eine BAT-Basiskorrektur 2003 ganz oder in Teilen realisieren konnten, dürften gute Voraussetzungen besitzen, daraus auch einen Anspruch für 2004 in 2005 abzuleiten. In diesen Fällen haben die Krankenkassen bereits im letzten Jahr die Notwendigkeit einer BAT-Korrektur auf der Basis der abgegebenen Erklärungen des Krankenhauses anerkannt und akzeptiert. Die Fortschreibung der Budgets 2004 um die Veränderungsrate in Höhe von 0,02 Prozent im Vergleich zu den deutlich höher liegenden Personal- und Sachkostenentwicklungen von 2004 kann zu keiner Entspannung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser beigetragen haben. Eher ist das Gegenteil der Fall. Aus diesem Grund müssten die Krankenkassen konsequenterweise zumindest diesen Häusern die BAT-Berichtigung und den BAT-Ausgleich für 2004 zugestehen.

### ■ **Ausgleiche aufgrund von Berichtigungen für Vorjahre**

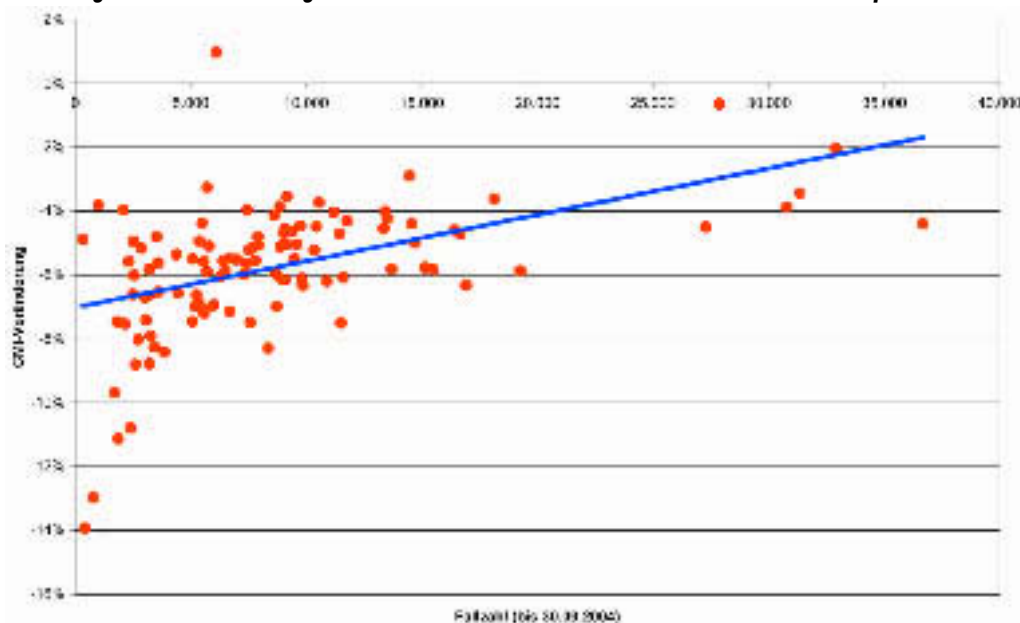
Unter der Position Ausgleich in B2 Nr. 30 sind neben dem BAT-Ausgleich auch die Erlösausgleiche für 2003 und 2004 zu berücksichtigen. Sollten Belegungsausgleiche nach der BPfIV anzufertigen sein, kann auf jahrelang bewährte Schemata zurückgegriffen werden. Anders sieht es bei den Erlösausgleichen nach dem KHEntgG aus. Weder für 2003 noch für 2004 konnte vielerorts eine Abstimmung mit den Krankenkassen hinsichtlich eines anzuwendenden Schemas erreicht werden. Für 2004 könnte eine Lösung darin bestehen, die Ausgleichs vorläufig zu stellen und ggf. Abschlagszahlungen zu vereinbaren, ohne dass damit eine der Parteien ihre Auffassung oder Rechtsposition aufgeben müsste. Problematisch ist dies allerdings für den Jahresabschluss. Für 2003 sieht die Situation insofern anders aus, als dass alle für einen endgültigen Ausgleich notwendigen Informationen in der Regel vorliegen.

Diese Grundsatzfragen, bei denen es in der Konsequenz bei einer Reihe von Krankenhäusern um viel Geld geht, müssen ggf. unter Zuhilfenahme der Schiedsstelle geklärt werden.

Folgende Fragen sind offen:

- Sind unfertige Leistungen in die Erlösausgleiche mit ein-zubeziehen? Aus Sicht der Autoren gibt es für ein solches Vorgehen keinerlei rechtliche – auch keine handels- oder bilanzrechtliche – Begründung; dennoch wird dieser Ansatz von einzelnen Krankenkassen gefordert.
- Sind die Überliegererlöse am Jahresbeginn im Erlösausgleich 2003 nach dem KHEntgG zu berücksichtigen? Nach dem Gesetzeswortlaut ist dies nicht der Fall.
- Welcher Nachweis ist ausreichend, um darzustellen, dass Mehrerlöse aus einem CMI-Anstieg nicht kodierbedingt und damit nicht zu 100 Prozent an die Kassen abzugeben sind? Mit diesem Nachweis wären die Mehrerlöse, die aufgrund von Leistungsstrukturveränderungen entstanden sind, für 2003 nur zu 75 Prozent zurückzuzahlen.

Krankenhäuser, die bereits 2003 DRGs abgerechnet haben, konnten meist mit den Krankenkassen lediglich einen vor-

**Abbildung 2: CMI-Veränderungen DRG-Version 2004 zu 2005 auf Basis Fallzahl 2004 je Krankenhaus**

läufigen Erlösausgleich vereinbaren. Die Vereinbarung eines endgültigen Ausgleichs wird sicherlich schwer werden. Je nachdem, um welche Höhe es insgesamt für das einzelne Krankenhaus geht, ist die Suche nach Kompromisslösungen ohne Anerkennung der jeweiligen Rechtspositionen einfacher oder schwerer.

## Leistungsplanung

### ■ Ermittlung der Ausgangsbasis

Am Anfang des Artikels wurde dargestellt, dass die Bestimmung des Ausgangsbudgets vermutlich auch in der Praxis kein Problem darstellen wird. Anders verhält es sich mit der Leistungsmenge. Der vereinbarte Casemix für das Jahr 2004 ist klar definiert und kann in B1 Nr. 22 der Vereinbarung 2004 entnommen werden. Er ist aber keinesfalls ohne weiteres und unverändert die Grundlage für die Mengenvereinbarung 2005. Die vereinbarte Summe effektiver Bewertungsrelationen muss, bevor sie zur Grundlage einer Leistungsvereinbarung 2005 gemacht werden kann, um die Auswirkungen des neuen G-DRG-Kataloges korrigiert werden. Durch die Veränderung der Bezugsgröße (normierte mittlere Fallkosten der Inlier) sind die Bewertungsrelationen durchschnittlich um ca. 5 Prozent im Vergleich zu den Bewertungsrelationen des Vorjahreskatalogs gesunken. Dies führt dazu, dass der CMI aller Krankenhäuser bei Berücksichtigung identischer Leistungen um diesen Wert sinkt. Darüber hinaus gibt es weitere Effekte durch die Veränderungen im DRG-Katalog, die ebenfalls dazu führen, dass die gleichen Leistungen höher oder niedriger als im Vorjahr bewertet werden. Für das einzelne Haus ergibt sich deshalb in der Regel aus der Vermengung der Effekte eine andere Abweichung als die genannten 5 Prozent. In der Gesamtauswirkung ist der Bezugsgrößeneffekt immer enthalten. Abbildung 2 spiegelt einen ersten Eindruck der Auswirkungen des neuen Katalogs wider.

Im Rahmen der Verhandlungen sollte zwingend durchgesetzt werden, dass die Bezugsgrößen- und Katalogeffekte bei der Herleitung der Ausgangsbasis für die Leistungsver-

einbarung 2005 berücksichtigt werden. Ausgangsbasis müssen die vereinbarten Leistungen des Vorjahres sein, bewertet mit der DRG-Klassifikation des Jahres 2005.

Eine exakte, regelhafte Überleitung des vereinbarten CM 2004 nach 2005 ist nicht ohne weiteres möglich. Dennoch stellt es die Aufgabe der Vertragspartner und besonders des Krankenhauses dar, eine Überleitung so sachgerecht wie eben möglich zu erarbeiten.

Eine bequeme Möglichkeit, den Effekt der Katalogänderung insgesamt abschätzen zu können, beginnt mit der Er-

mittlung der prozentualen CM-Differenz zwischen der G-DRG-Version 2004 und 2005 auf Basis der Ist-Daten 2004. Dazu ist es notwendig, die Daten des Jahres 2004 mit beiden G-DRG-Versionen unter Berücksichtigung der Kodier- und Abrechnungshinweise des jeweiligen Jahres zu gruppieren. Die so erhaltenen CM-Werte werden ins Verhältnis zueinander gesetzt und stellen damit den Veränderungsfaktor zwischen den beiden Katalogen dar. Um diesen Faktor kann die Vereinbarung des Jahres 2004 fortgeschrieben werden. Das Ergebnis ist ein möglicher Ausgangswert für 2005.

Bei einer solchen vereinfachten Vorgehensweise müssen jedoch Leistungsverlagerungen im Bereich der Entgelte nach § 6 (1) oder ggf. vorhandene erhebliche Leistungsstrukturverschiebungen zwischen den Ist-Daten und der Vereinbarung des Jahres 2004 zusätzlich berücksichtigt werden. Die Sachgerechtigkeit der beschriebenen Überleitungslösung ist insofern krankenhausesindividuell zu prüfen.

### ■ Berücksichtigung neuer Kodier- und Abrechnungsregelungen

Es gibt eine Reihe neuer Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln, die ebenfalls bei der Leistungsplanung berücksichtigt werden müssen. Das InEK hat wertvolle Hilfen (Hinweise zur Leistungsplanung) auf seiner Homepage veröffentlicht, die nachdrücklich zur Lektüre empfohlen werden.

### ■ Bewertung von Leistungsveränderungen

Sowohl positive wie auch negative Casemix-Veränderungen werden im 1. Jahr der Konvergenzphase regelhaft mit 33 Prozent, bezogen auf den landesweiten Basisfallwert, im Erlösbudget berücksichtigt. In späteren Jahren greifen höhere Prozentsätze (siehe Tabelle 1). Erklärungsbedürftig ist, dass in § 4 Absatz 4 KHEntG sowohl 21,2 Prozent als auch 33 Prozent zur Bewertung von Mehr- und Minderleistungen im 1. Jahr der Konvergenzphase angegeben werden.

Die Auflösung des scheinbaren Widerspruchs zeigt, dass Leistungsveränderungen bei der Ermittlung des veränder-

ten Ausgangswertes zunächst lediglich mit 21,2 Prozent zu bewerten sind. Die Summe der vereinbarten, effektiven Bewertungsrelationen verändert sich dann um die gesamten Bewertungsrelationen der Leistungsveränderungen. So bleiben 78,8 Prozent des zusätzlich vereinbarten Casemix nicht finanziert. In der weiteren Berechnung nach B2 ist vorgesehen, dass im Rahmen des Konvergenzeffekts im 1. Jahr der veränderte Ausgangswert um 15 Prozent zum Zielbudget angepasst wird. Diese Anpassung der nicht finanzierten Leistungsveränderungen von 78,8 Prozent ergibt eine „weitere Finanzierung“ um 11,82 Prozent. Somit ergibt sich in der Addition mit den bereits im Ausgangswert enthaltenen 21,2 Prozent der Wert von 33,02 Prozent. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dieser Konvergenzeffekt für Krankenhäuser, die der Kappung unterliegen, deutlich geringer ausfallen kann.

**Tabelle 1: Anrechnungssätze zusätzlicher oder wegfallender Leistungen**

Jahr	Anrechnung von Mehr- und Minderleistungen	
	ohne Konvergenzeffekt	mit Konvergenzeffekt
2005	21,2 %	33 %
2006	34,7 %	50 %
2007	49,4 %	65 %
2008	64,0 %	80 %
2009	100,0 %	100 %

Ob es finanziell sinnvoller ist, Mehrleistungen zu vereinbaren oder stattdessen auf die Erlösausgleiche zu setzen, ist letztlich abhängig vom hausindividuellen Basisfallwert und muss von daher krankenhausesindividuell geprüft werden. Grundsätzlich gilt, dass Mehrleistungen nur dann vereinbart werden sollten, wenn sie langfristig am Haus etabliert werden können.

Hinsichtlich der Bewertung von Mehr- und Minderleistungen sind im Gesetz Ausnahmen von der pauschalen Methode vorgesehen, zum Beispiel bei Transplantationen und anderen Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder Leistungsveränderungen bei der Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit. Das Krankenhaus erhält die Möglichkeit, abweichend zu den 33 Prozent die tatsächlich entstehenden zusätzlichen Kosten im Budget zu berücksichtigen. Die Mehrkosten sind zu kalkulieren und nachvollziehbar in die Verhandlungen einzubringen. Hier gilt wie bisher, dass die Chance der erfolgreichen Umsetzung einer solchen Forderung unmittelbar von der Qualität der vorgelegten Unterlagen abhängig ist. Ggf. können die Krankenkassen in der Schiedsstelle dazu gezwungen werden, höhere Kosten als die vom Gesetzgeber vorgesehenen 33 Prozent zu akzeptieren. Für diesen Fall ist es erst recht notwendig, kalkulatorisch nachvollziehbar darzustellen, wie

hoch die entstehenden Mehrkosten tatsächlich sind. Sollten größere organisatorische Einheiten geschlossen werden, haben die Krankenkassen ihrerseits die Möglichkeit, für reduzierte Leistungsmengen einen höheren Abzug zu fordern als pauschal 33 Prozent der Bewertungsrelationen, die mit den entfallenden Leistungen korrespondieren.

### ■ Die Bedeutung des vereinbarten CMI

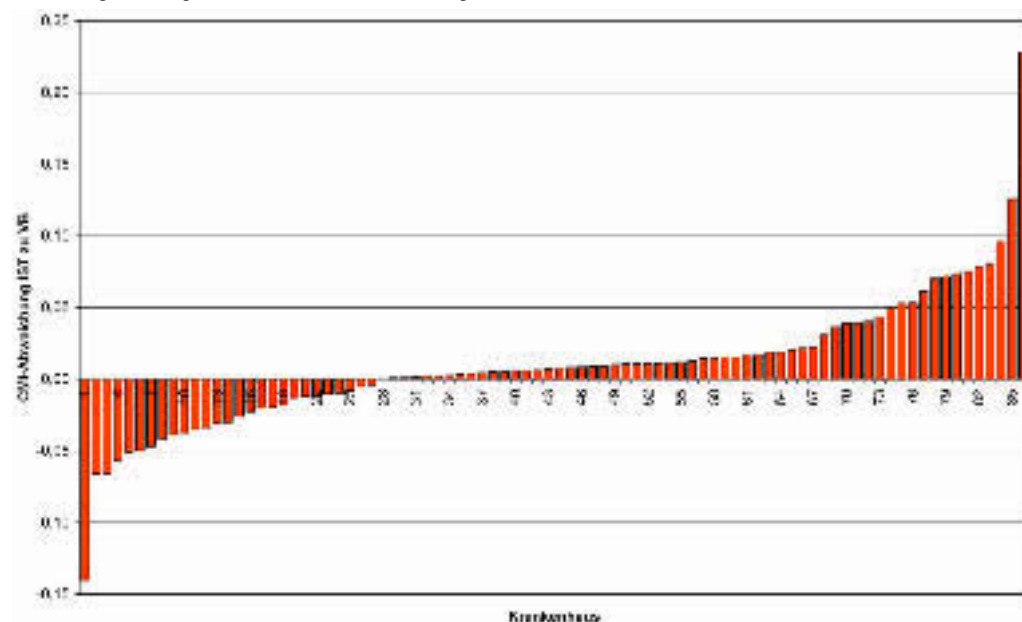
Aus der Erfahrung der Jahre 2003 und 2004 lässt sich festhalten, dass mit der Leistungsplanung erhebliche Risiken verbunden sind. Aus der Sicht der Autoren besteht eine der größten Gefahren darin, dass mangels Erfahrung im Umgang mit dem DRG-System ein zu hoher CMI prognostiziert und vereinbart wird (siehe Abbildung 3).

Die Gründe dafür sind unter anderem:

- Falsche Hochrechnung der Leistungszahlen aus unterjährigen Zeiträumen;
- Wahl einer Ausgangsbasis für die Hochrechnung, in der mit falschem Ehrgeiz überkodiert wurde;
- Überschätzung noch vorhandenen Kodierpotenzials oder
- Unterschätzung des Effekts eines zu hoch vereinbarten CMI.

Eine Korrekturmöglichkeit für diese Art von Fehlschätzungen des CMI hat der Gesetzgeber grundsätzlich nicht vorgesehen. Die Folgen sind fatal. Zunächst bemerkt das Krankenhaus die mangelnde Liquidität. Die dann zum Teil erheblichen Mindererlöse werden mit 40 Prozent nur unzureichend ausgeglichen, denn letztlich hat das Krankenhaus die gleichen Leistungen wie in der Vergangenheit erbracht. Mit dem Mindererlösausgleich ist dieser Fehler jedoch noch nicht geheilt, denn in der Verhandlung für das Folgejahr sieht sich das Krankenhaus einem zu hoch vereinbarten Casemix gegenüber. Können die Krankenkassen nicht davon überzeugt werden, dass dieser Irrtum in der Ausgangsbasis liegt, müssen Krankenhäuser im Folgejahr eine pauschale Abwertung des Budgets hinnehmen, da seitens der Krankenkassen eine Leistungsminderung geltend gemacht wird.

**Abbildung 3: Vergleich der CMI-Vereinbarung 2004 mit den Ist-Werten 2004**



Der Gesetzgeber hat dieses Problem an anderer Stelle nur zum Schutz der Krankenkassen gesehen und geregelt: Erlöse, die aufgrund von Upcoding entstanden sind, müssen zu 100 Prozent ausgeglichen werden. Es kann also nur dringend empfohlen werden, die Vereinbarung eines zu hohen CMI, der später in der Realität nicht erreicht werden kann, unbedingt zu vermeiden.

### ■ Die Berücksichtigung des ambulanten Potenzials

2004 wurde der Katalog ambulanter Operationen und stationärer Maßnahmen eingeführt. In Einzelfällen ist es daraufhin zu erheblichen Rückgängen der Fallzahl und zu einer deutlichen Verschiebung des CMI gekommen. Dieser Umstand sollte sowohl bei der Ermittlung des Erlösausgleichs als auch bei der Planung dringend beachtet werden. Ausgangsbasis für die Verhandlung 2005 kann nicht die für das Jahr 2004 vereinbarte E1-Fallzahl multipliziert mit dem Ist-CMI 2004 sein, der nach der neuen G-DRG-Version 2005 ermittelt wurde. Würde man diesen Weg wählen, erhielten die Krankenkassen die erheblichen Verschiebungen zu einem deutlich schwereren Patientenkontext umsonst, ohne eine entsprechende Budgetaufstockung für das Krankenhaus.

Fraglich ist, ob ein Krankenhaus vorhandenes ambulantes Potenzial aktiv ausgliedern soll. Gemeinhin sollte diese Frage für 2005 wohl bejaht werden, wenn ansonsten Leistungen vereinbart würden, die sich später als nicht abrechnungsfähig erweisen. Dies würde zu einem effektiven Ver-

lust in Höhe von 60 Prozent führen, weil die durch die Nichtabrechnung dieser Leistungen entstehenden Mindererlöse nur zu 40 Prozent ausgeglichen werden. Im Vergleich dazu dürfte sich ein Krankenhaus mit der proaktiven Ausgliederung grundsätzlich besser stehen, weil dann lediglich 33 Prozent der hinter dem ambulanten Potenzial liegenden Bewertungsrelationen bzw. der variable Anteil der zu bewertenden Fälle aus dem Budget herausgezogen werden.

### ■ Weitere Tatbestände, die bei der Leistungsplanung berücksichtigt werden sollten

Im Übrigen gilt es, wie in den Vorjahren einige weitere Sachverhalte bei der Leistungsplanung zu berücksichtigen. Dazu gehören zum Beispiel

- Auswirkungen allgemeiner Belegungstrends auf die Belegung des eigenen Hauses,
- Auswirkungen von DMP,
- Auswirkungen von Verträgen zur Integrierten Versorgung,
- Auswirkungen von Mindestmengenvereinbarungen, auch wenn sich diesbezüglich für 2005 nichts gegenüber 2004 verändert hat,
- Auswirkungen von möglichen Chefarzt- oder Oberarztwechseln, die zu einer Veränderung des Leistungsspektrums führen und
- Auswirkungen von neuen Therapiekonzepten und Behandlungsformen.

## NEU: KTQ-GQB - Version 1.0

Auf Grund zahlreicher Nachfragen bietet die KTQ-GmbH den Krankenhäusern voraussichtlich ab Ende Februar 2005 die Software „KTQ-GQB“ zur Unterstützung der Dokumentation und Weitergabe des Gesetzlichen Qualitätsberichtes nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V an.

#### Funktionalitäten von KTQ-GQB:

Die Erfassungssoftware KTQ-GQB bildet den ab dem Jahr 2005 für die deutschen Krankenhäuser gesetzlich verpflichtenden Qualitätsbericht komplett ab.

Die Ausfüllhinweise sind ebenfalls komplett hinterlegt.

Der Gesetzliche Qualitätsbericht kann als Worddokument sowie als XML-Datei abgespeichert und ausgedruckt werden.

Die XML-Datei entspricht der empfohlenen Datensatzbeschreibung der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Die Software KTQ-GQB kann durch ein entsprechendes Update um die Funktionalitäten von KTQ-DOC erweitert werden\*.

\* In diesem Fall wird der bereits gezahlte Betrag auf den Verkaufspreis von KTQ-DOC angerechnet.

#### KTQ-GQB - Version 1.0

Die Erfassungssoftware KTQ-GQB ist voraussichtlich ab Ende Februar 2005 zum Preis von € 150,00 zzgl. der gesetzlichen MwSt. - je Lizenz - erhältlich. Nähere Auskünfte erhalten Sie unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de). Nutzen Sie dort das Bestellformular oder fordern Sie es mit Hilfe des Coupons bei der KTQ-GmbH an.

Bitte senden Sie mir das Bestellformular KTQ-GQB 1.0 an folgende Adresse zu:

Institution: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

KTQ-GmbH

Frankfurter Straße 84 · 53721 Siegburg

Telefon (0 22 41) 1 08-2 38 · Fax (0 22 41) 1 08-5 65

[www.ktq.de](http://www.ktq.de) · [info@ktq.de](mailto:info@ktq.de)



lössumme wird um die Einnahmen aus den in E2 vereinbarten Zusatzentgelten erhöht. Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen den Zielwert im Jahr 2005 um 50 € pro vollstationärem Fall senken, solange nichts anderes vereinbart ist.

Der Angleichungsbetrag 2005 (B2 Nr. 23) entspricht 15 Prozent der Differenz zwischen dem Zielwert (B2 Nr. 18) und dem veränderten Ausgangswert (B2 Nr. 15). In den Folgejahren sind die mit dem 2. FPÄndG festgelegten Anpassungsschritte anzuwenden. Ist der so ermittelte Anpassungsbetrag negativ, wird er einer Obergrenzenbetrachtung unterzogen. Dieser Absolutbetrag darf nicht größer sein als 1 Prozent des veränderten Ausgangswerts und wird ggf. auf diese so genannte Obergrenze von 1 Prozent gekappt. Der so ermittelte Anpassungsbetrag wird zum veränderten Ausgangswert hinzuaddiert bzw. davon subtrahiert. Das Ergebnis ist das Erlösbudget.

Von dieser Ausgangsgröße werden die Erlöse aus Zusatzentgelten nach E2 sowie die Überliegenerlöse subtrahiert. Zusätzlich müssen die Ausgleichs berücksichtigt werden. Der ermittelte Wert muss durch die vereinbarten Bewertungsrelationen dividiert werden, um den krankenhausesindividuellen Basisfallwert für 2005 zu errechnen.

## Fazit

Die nächste Verhandlungsrunde ist immer die schwerste. Dies gilt auch für die Entgeltverhandlungen 2005. Die Vorbereitungen hierzu sind nicht einfach. Zahlreiche Aspekte müssen strategisch und taktisch durchdacht und – bezogen auf die hausindividuelle Situation – geplant werden. Von Anfang an sollten alle Unterlagen so überzeugend aufbereitet werden, dass ein Gang vor die Schiedsstelle im Zweifel nicht gescheut zu werden braucht. Es gibt auch im Verhandlungsjahr 2005 eine ganze Reihe von Punkten, die erhebliches Streitpotenzial in sich bergen. Die für die Verhandlung Verantwortlichen sollten sich zügig mit den vorbereitenden Arbeiten beschäftigen. Viel Zeit bleibt nicht, auch wenn die landesweiten Basisfallwerte noch oder zumindest teilweise noch nicht vorliegen.

Auf der einen Seite drückt der so genannte Bezugsleistungseffekt mit ca. 5 Prozent stark auf die Liquidität der Krankenhäuser. Hinzu kommt für viele „Normalversorger“ ein CMI-absenkender Katalogeffekt, der die Liquidität ebenfalls belasten wird. Ein zügiger Einstieg in die Verhandlungen liegt insofern im Grundinteresse aller Krankenhäuser. Wie in der Vergangenheit muss das Krankenhaus darauf achten, dass es nicht eine verspätete Genehmigung zu verschulden hat. Die Krankenkassen könnten mit Hinweis auf § 15 Absatz 2 KHEntgG den Ausgleich von Mindererlösen zu verweigern versuchen. Vor diesem Hintergrund ist das Krankenhaus gut beraten, zügig aufzufordern und zu verhandeln oder zumindest seine Bereitschaft zu Verhandlungen ernsthaft zu signalisieren. Es bietet sich an, in Vorgesprächen mit den Krankenkassen wichtige Punkte vorzuklären.

Ziel des Krankenhauses muss es sein, in kurzer Zeit eine optimale Vorbereitung auf die Verhandlungsrunde zu errei-

chen. Aus dem Interessenkonflikt, auf der einen Seite frühzeitig verhandeln zu müssen und auf der anderen Seite genügend Zeit zur sorgfältigen Vorbereitung der Verhandlung zu haben, gibt es keinen Ausweg. Sollten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene doch noch eine Lösung finden, wie die ab Januar entstehende Liquiditätslücke geschlossen werden kann, würde die Situation (zumindest vom zeitlichen Aspekt her) sicherlich entschärft.

Es gilt, die nötige Ausgewogenheit zwischen Schnelligkeit und inhaltlicher Qualität der vorzulegenden Unterlagen zu finden. Vieles kann auch ohne Feststehen des landesweiten Basisfallwerts bereits heute abschließend vorbereitet werden. Dazu gehören im Grunde genommen alle budgetseitig vorzubereitenden Punkte bis auf die exakte Bewertung geplanter Mehr- oder Minderleistungen bzw. die Ermittlung des Zielbudgets. Auch leistungsseitig können die Arbeiten vorangetrieben werden. Alle dazu notwendigen Rahmenbedingungen sind bekannt.

Natürlich wäre es wünschenswert, zunächst 1 bis 2 Quartale abzuwarten, um festzustellen, wie der neue Katalog unter der Anwendung der neuen Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln und der neuen ICD- und OPS-Verschlüsselung tatsächlich wirkt. Dies würde die Planungssicherheit deutlich erhöhen. Ein solcher Ansatz steht allerdings im Widerspruch zu dem Ziel einer zügigen Durchführung der Verhandlungen. Ein entscheidender Punkt auf der Leistungsseite wird sein, die Auswirkungen des neuen DRG-Katalogs inklusive des darin enthaltenen Bezugsgrößeneffektes auf das vereinbarte Leistungsniveau 2004 sachgerecht anzuwenden, um so eine korrekte Ausgangsbasis für die Leistungsverhandlungen 2005 zu erhalten.

Anschrift der Verfasser:

Martina Eberle, Frank Groß, Martin Heumann,  
Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region – Berufsverband – e. V.,  
Fauststraße 84,  
51145 Köln  
www.khzv.de  
post@khzv.de ■

## Anschrift der DKG:

Wegelystraße 3, 10623 Berlin,  
Postfach 12 05 55, 10959 Berlin

Telefon 0 30/3 98 01-0,  
Fax 0 30/3 98 01-30 00

Mail: [dkgmail@dkgev.de](mailto:dkgmail@dkgev.de)  
Internet: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)