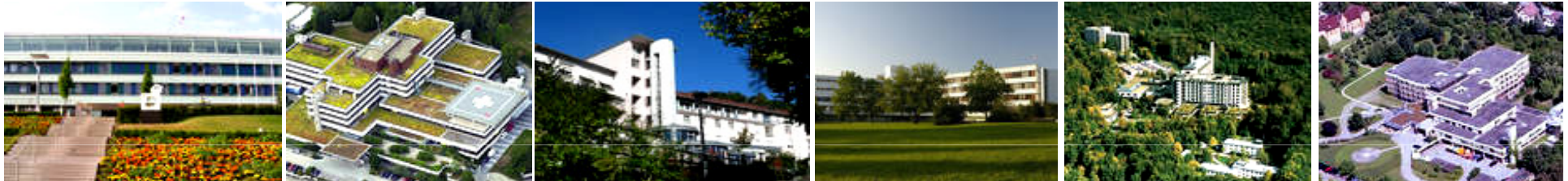




Klinikverbund
Südwest



Einführung in die Krankenhausfinanzierung

„Krankenhausfinanzierung leicht gemacht“

Vortrag am Mittwoch, 16. Juni 2010 in Sindelfingen

Martin Loydl
Dipl. Betriebswirt (BA)

Vorstellung



Martin Loydl

Dipl. Betriebswirt (BA)

Beruflicher Werdegang:

- Studium an der Berufsakademie Stuttgart Fachbereich Wirtschaft - Schwerpunkt Krankenhauswesen
- 1996 bis 1999 Tätigkeit im Bereich Finanzwesen und Controlling bei den Kreiskliniken Reutlingen
- 1999 bis 2003 Beratertätigkeit bei der HWP Planungsgesellschaft mbH Stuttgart mit den Schwerpunkten Betriebsorganisation, betrieblich-bauliche Entwicklungsplanung und Struktur- und Organisationsberatung
- 2003 bis 2006 Stellv. Leiter der Stabsstelle „Medizinplanung und Strukturfragen“ des Klinikumsvorstandes am Universitätsklinikum Tübingen
- Klinikverbund Südwest seit 02/2006
 - 2006 bis 2007 Geschäftsbereichsleiter Unternehmenssteuerung / OE
 - seit 06/2007 Geschäftsbereichsleiter Finanzen und Patientenmanagement



Kontakt:

Klinikverbund Südwest
Arthur-Gruber-Straße 70
71065 Sindelfingen

Telefon: 0 70 31 / 98 – 13038

Mail: m.loydl@klinikverbund-suedwest.de

<http://www.klinikverbund-suedwest.de>



Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

- **Grundlagen**
- Entwicklung
- Aktuelle Brennpunkte



Leitsatz der Finanzierung:

„Ohne Kohle geht nix“



Grundlagen



Grundsatzfrage:

„Wo kommt die Kohle her?“



Für was werden Finanzmittel benötigt ?



- **Laufender Betrieb**
 - Personal
 - Medizinischer Sachbedarf
 - Lebensmittel
 - Instandhaltung und Wartung
 - Miete
 - Strom, Wasser, Heizung
 - Leasing
 - Zinsen
 - Tilgung
 - Dienstleistungen
 - ...

Für was werden Finanzmittel benötigt ?



- **Investitionen**

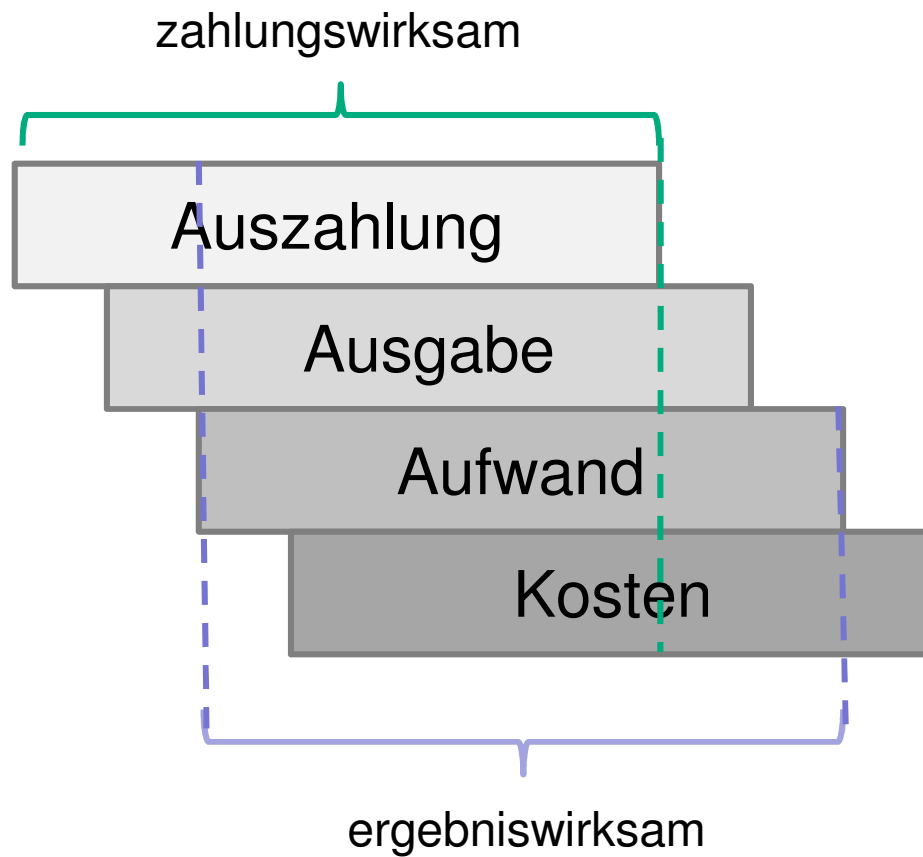
Definition: Als Investition bezeichnet man eine langfristige Anlage von Kapital in Sachwerten.

- Umbaumaßnahmen
- Neubaumaßnahmen
- Unternehmenskäufe
- Anlagen
- Geräte
- Rechte, Lizenzen
- ...

EXKURS: Begriffsabgrenzung



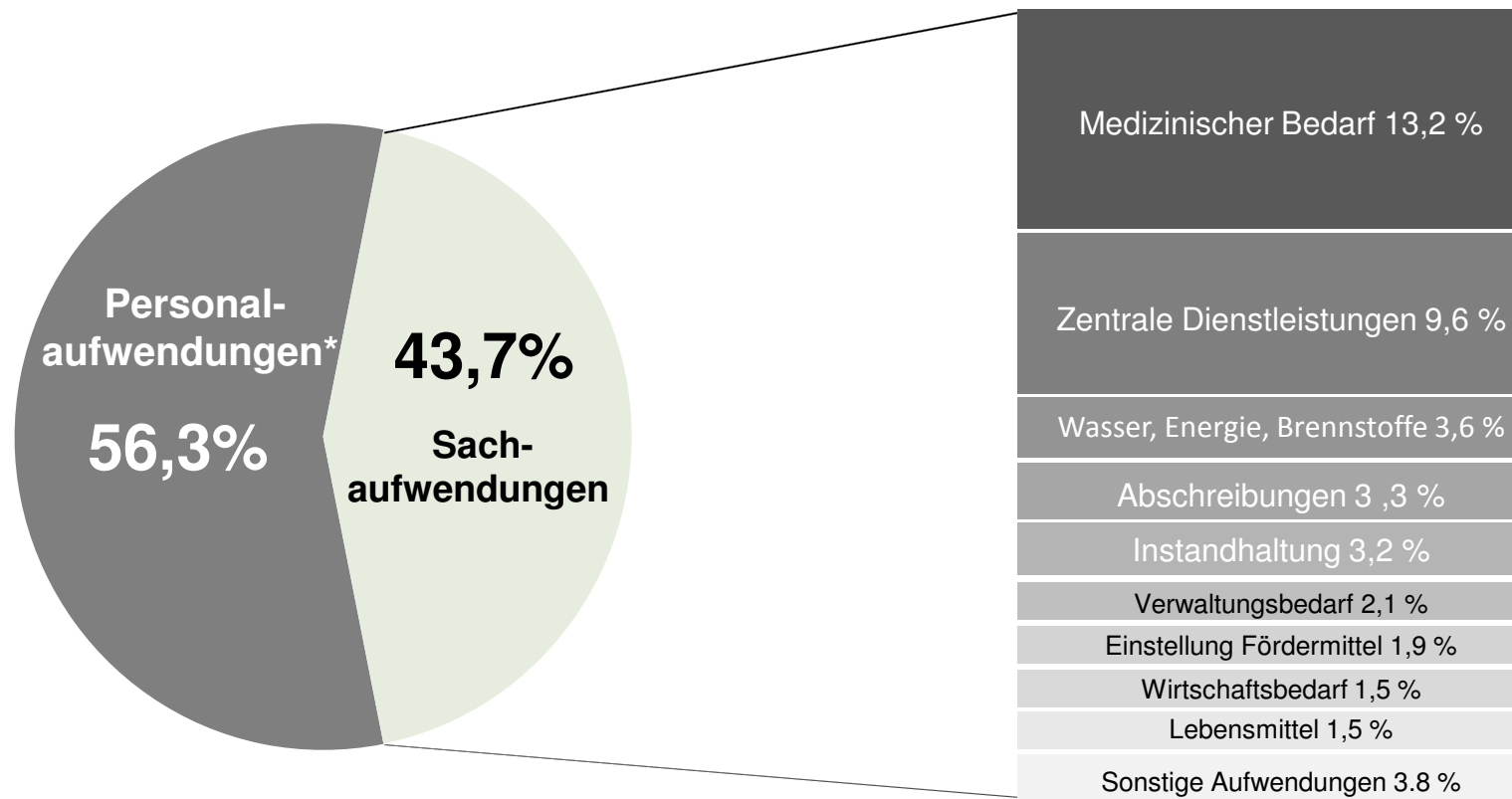
Zur Unterscheidung von **Auszahlung**, **Ausgabe**, **Aufwand** und **Kosten**



Für was werden Finanzmittel benötigt ?



Struktur der Aufwendungen am Beispiel der Kreiskliniken Böblingen



▶ *einschließlich der Personalanteile der bezogenen Dienstleistungen beträgt der Personalaufwand rd. 65 %

Für was bekommt das Krankenhaus Geld ?



Leistung des Krankenhauses (Definition nach § 107 SGB V)

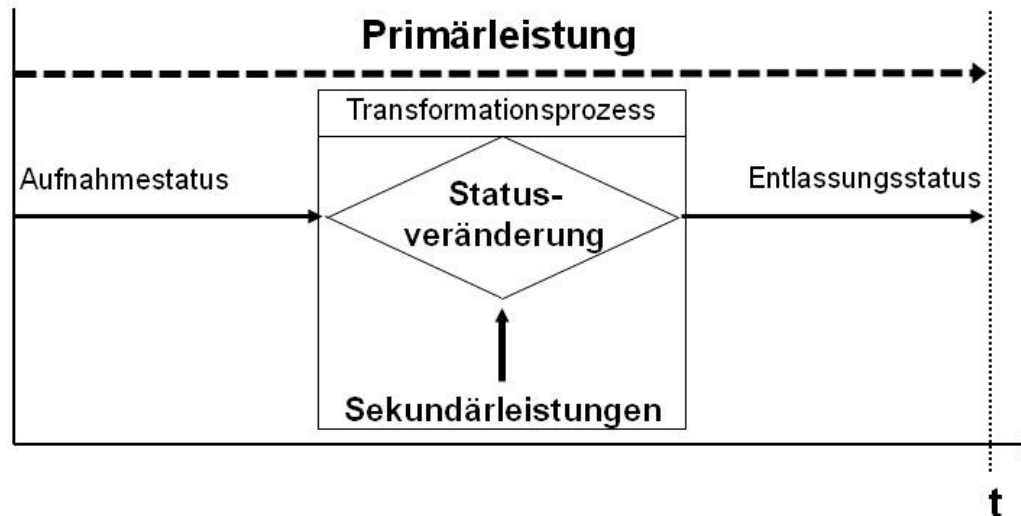
- Krankenhäuser sind Einrichtungen, die **Krankheiten erkennen, heilen**, Verschlimmerungen **verhüten**, Beschwerden **lindern** oder **Geburtshilfe** leisten;
- stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung
- verfügen über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- arbeiten nach wissenschaftlich anerkannten Methoden
- sind in der Lage, durch jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen zu erbringen

Das Leistungsspektrum lässt sich damit in die beiden Bereiche **Behandlungsleistungen** und **Vorhalteleistungen** (Leistungsbereitschaft) unterteilen

Für was bekommt das Krankenhaus Geld ?



a) Behandlungsleistung



Die Primärleistung L^P eines Behandlungsfalles F ergibt sich aus

$$L_F^P = \sum_{i=1}^l L_i^S \cdot n_i$$

bei L_i^S = Sekundärleistungsart i
 n_i = Anzahl der Sekundärleistungen der Art i
 l = Gesamtheit der Sekundärleistungsarten.

Für was bekommt das Krankenhaus Geld ?



b) Vorhalteleistung

Was bedeutet das ? → **Ständige Leistungsbereitschaft**

Problem: Wie bewerte ich die Vorhalteleistung ?

Möglicher Ansatz:

Was müssten wir vorhalten, wenn wir morgen keinen einzigen Patienten behandeln würden, aber grundsätzlich Leistungsbereit sein müssten ?

- ...

Für was bekommt das Krankenhaus Geld ?



b) Vorhalteleistung

Was bedeutet das ? → **Ständige Leistungsbereitschaft**

Problem: Wie bewerte ich die Vorhalteleistung ?

Möglicher Ansatz:

Was müssten wir vorhalten, wenn wir morgen keinen einzigen Patienten behandeln würden, aber grundsätzlich Leistungsbereit sein müssten ?

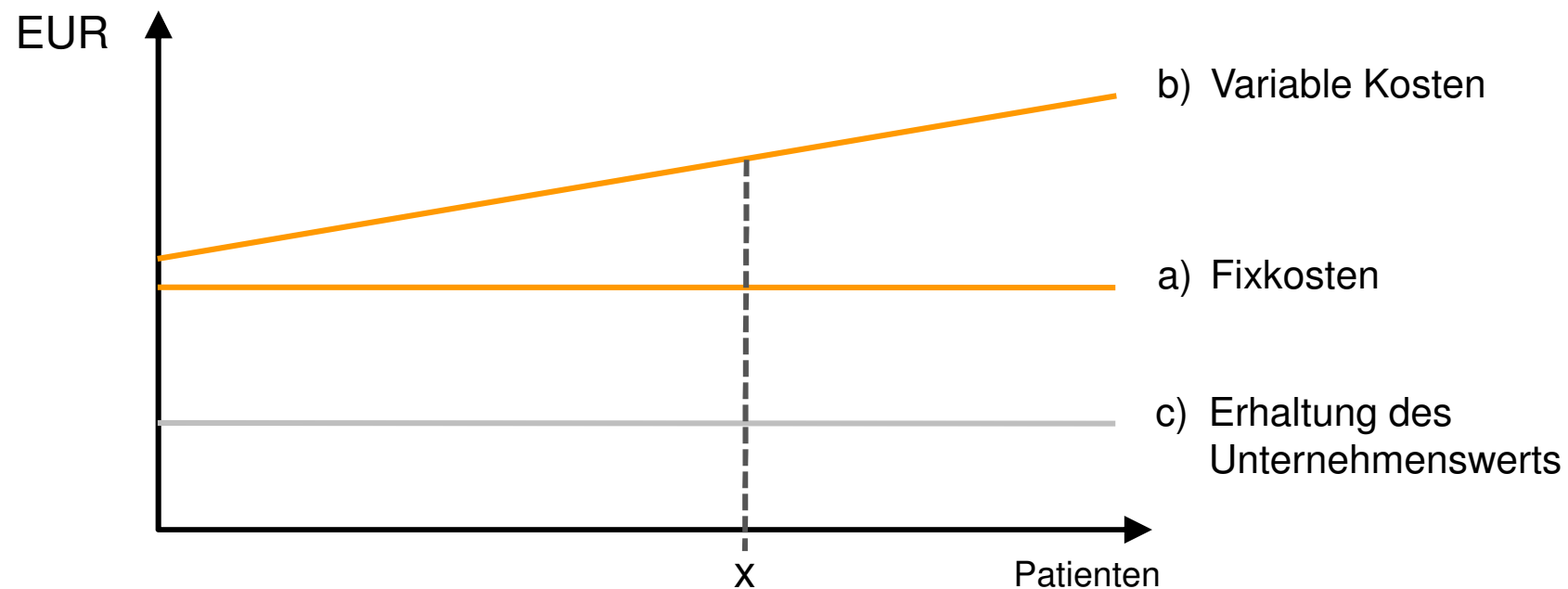
- Personal → Mindestbesetzung: nach TVöD kurzfristige Anpassung möglich ?
- Räume
- Geräte
- Heizung
- Zinsen
- ...

Wie viel Geld benötigen wir ?



Wir brauchen Geld für

- a) die aktuelle Leistungsbereitschaft
- b) den Betrieb (in Abhängigkeit der Beschäftigung, d.h. Anzahl der Patienten)
- c) die Sicherstellung der zukünftigen Leistungsbereitschaft

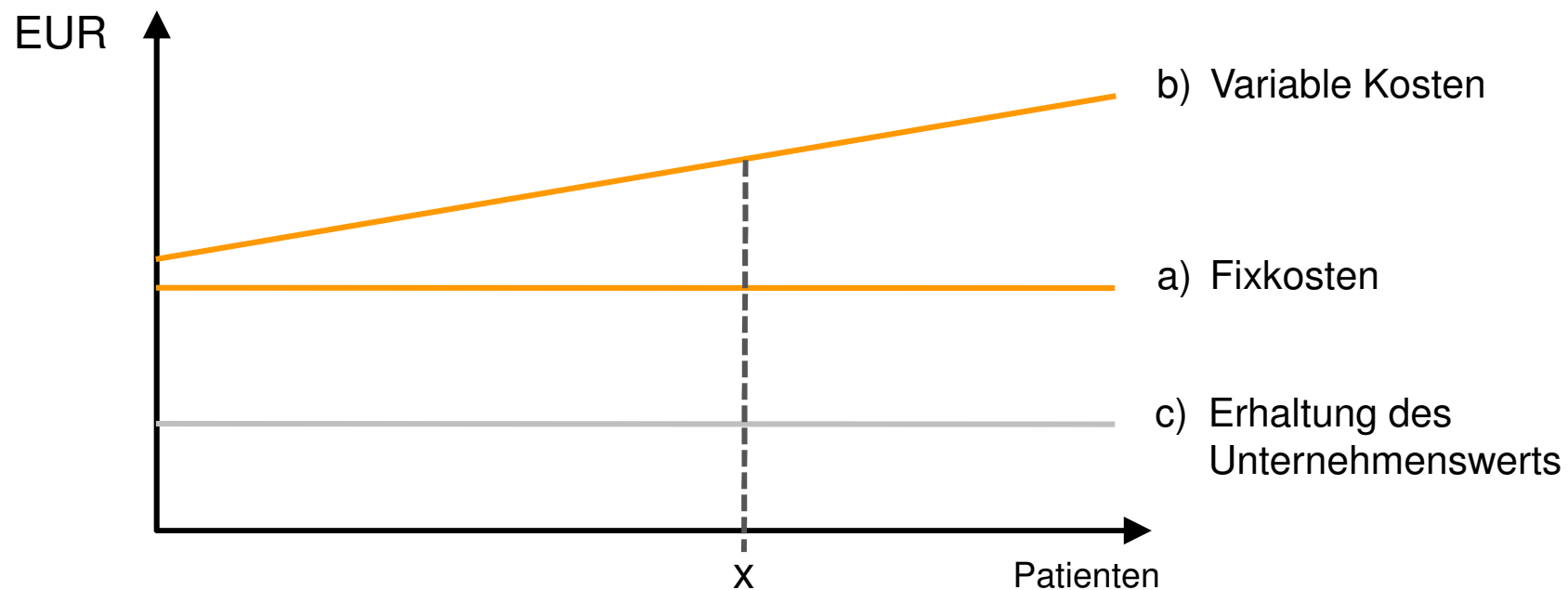


Wie viel Geld benötigen wir ?



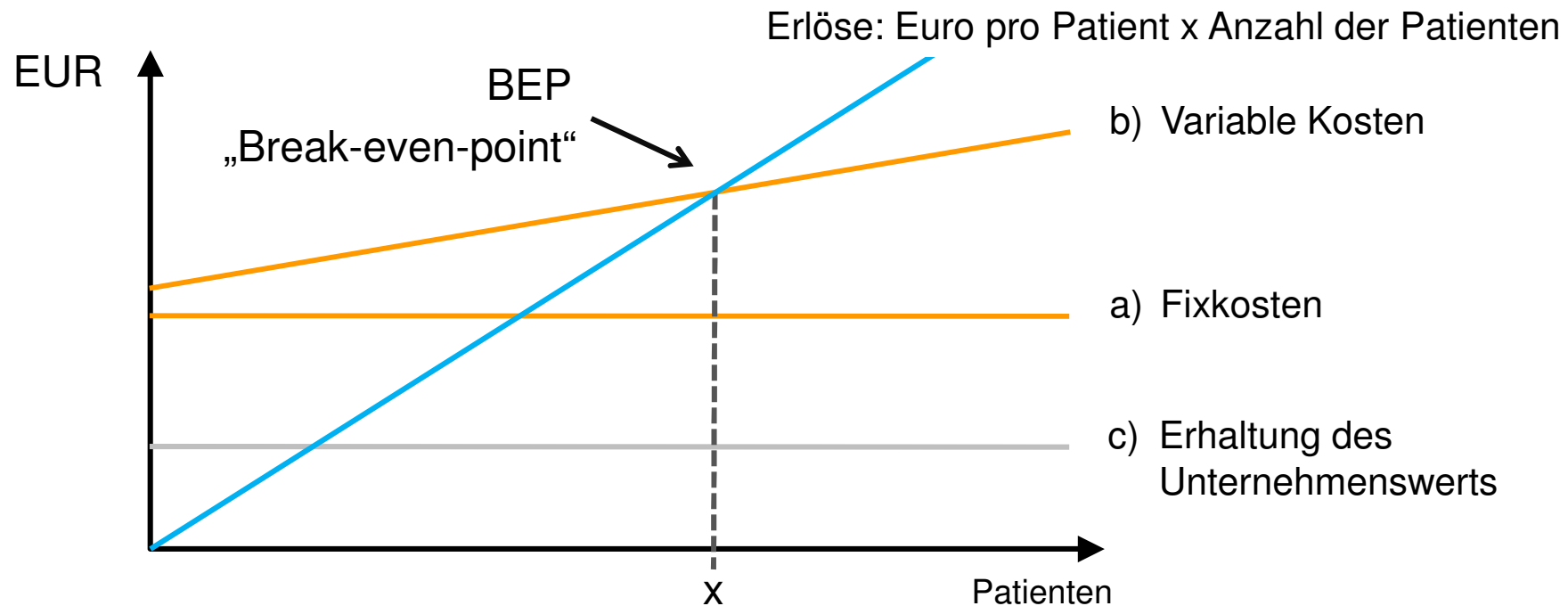
Wir brauchen Geld für

- a) die aktuelle Leistungsbereitschaft
- b) den Betrieb (in Abhängigkeit der Beschäftigung, d.h. Anzahl der Patienten)
- c) die Sicherstellung der zukünftigen Leistungsbereitschaft



Bei privaten Klinikträgern kommt die **Renditeerwartung** hinzu

Wie viel Geld benötigen wir ?



Kurzfristig: Die Einnahmen müssen mindestens die Ausgaben decken

Langfristig: Die Erträge müssen mindestens die Aufwendungen decken

Grundsätzlich gilt:

Zu jeder Zeit müssen die Zahlungsverpflichtungen bedient werden können
(**Zahlungsfähigkeit**)

Wie viel Geld benötigen wir ?



Insolvenz (lat. *insolvens*, „nicht-lösend“, hier im Sinne von: „nicht einlösen können“),

bezeichnet die Eigenschaft eines Schuldners, seine **Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem Gläubiger nicht erfüllen** zu können. Die Insolvenz ist gekennzeichnet durch akute Zahlungsunfähigkeit, drohende Zahlungsunfähigkeit und/oder Überschuldung.

Konkurs (lat. *concurrere* „zusammenlaufen“)

ist das **gerichtliche Verfahren**, sofern keine außergerichtliche Einigung erzielt werden kann, mit dem Ziel, den **insolventen Rechtsträger zu liquidieren**.

Das aktuelle Beispiel beim Klinikverbund Hegau-Bodensee-Hochrhein zeigt, dass eine Insolvenz auch bei öffentlichen Krankenhäusern ein relevantes Thema darstellt.

Wo kommt das Geld her ?



Wo kommt das Geld her ?



... vom Kunde !



Wo kommt das Geld her ?



- Stationäre Behandlung
- Ambulante Behandlung (als Institution)
- Kostenerstattung aus der chefärztlichen Nebentätigkeit Nutzungserstattung (Chefarztliquidation, Ermächtigungen ...)
- Wahlleistungen
 - Unterkunft
 - medizinische Wahlleistungen
- Arzneimittelherstellung (insb. Zytostatika)
- Notarzt
- Warenvertrieb (medizinisch / nicht medizinisch)
- Telefon
- Parkgebühren
- Leichenschaugebühren
- Spenden
- Trägerzuschüsse
- Drittmittel
- Fördermittel Land
- Ausbildungsfond
-

Wo kommt das Geld her ?



Arten der Finanzierung

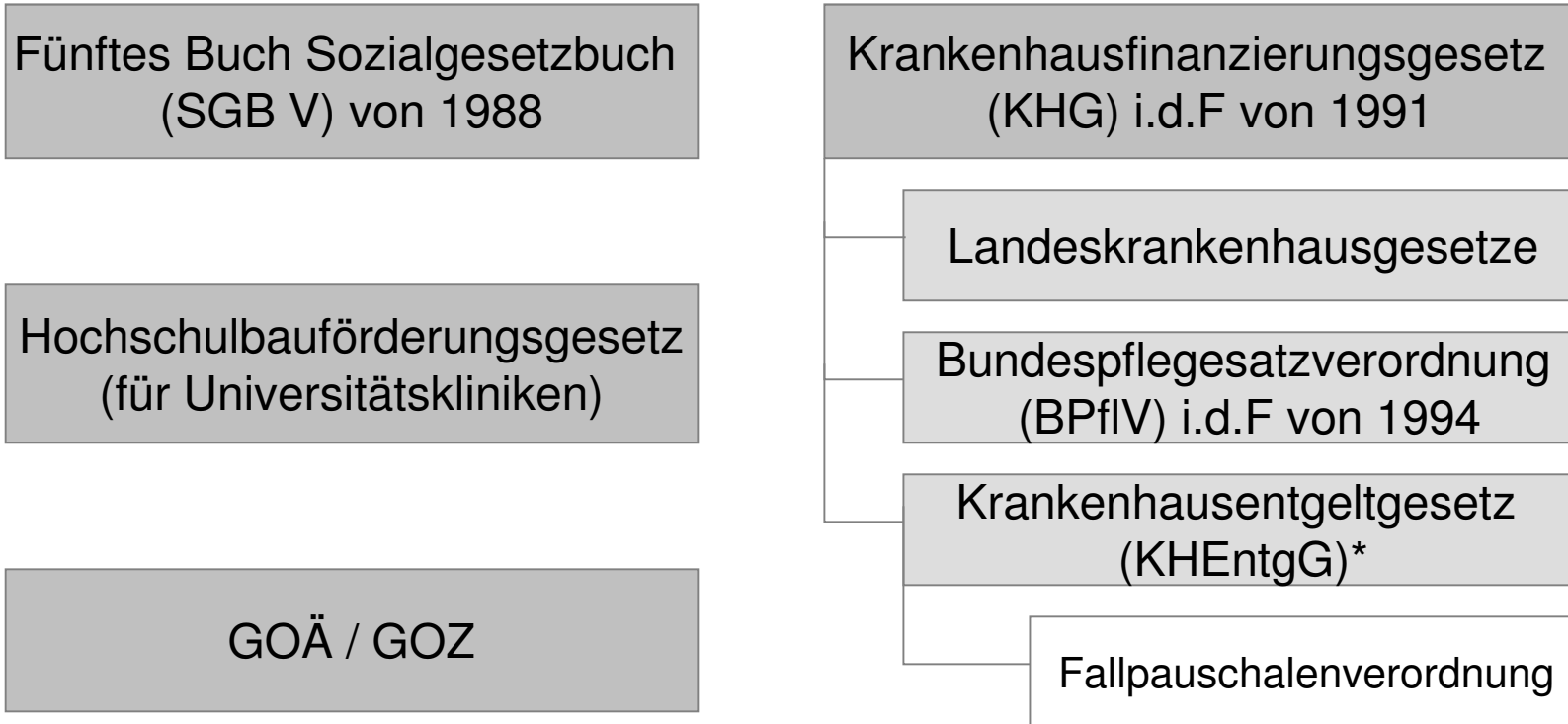
- **Eigenfinanzierung**
 - Cashflow (aus laufendem Betrieb)
 - Kapitalaufstockung Gesellschafter
- **Fremdfinanzierung**
 - Bank
 - Schuldschein (theoretisch)
 - Inter Company-Darlehen
 - Lieferant (z.B. Leasing)
- **Träger**
 - Zuschüsse
 - Verlustabdeckung
- **Land (Staat)**
 - Einzelfördermittel
 - Pauschalfördermittel



Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

- Grundlagen
- **Entwicklung**
- Aktuelle Brennpunkte

Aktuelle Gesetzssystematik



* Eingeführt durch das Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002

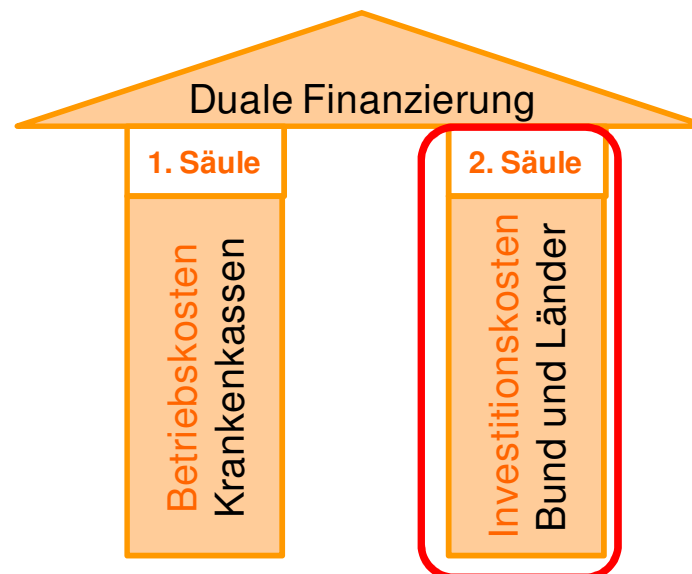
Die Krankenhausfinanzierung ab 1972



Die duale Finanzierung der Krankenhäuser

Die bis 1972 erfolgte **monistische Finanzierungssystematik** (Finanzierung alleine durch die Krankenkassen) führte im Nachkriegsdeutschland zu bedenklichen **Investitionsrückständen** in den Krankenhäusern, die Ende der 60er Jahre im Rahmen einer Enquête-Kommission des Bundestages untersucht und aufgedeckt wurden.

Durch das **Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972** wurde die monistische Finanzierung durch die duale Finanzierung der Krankenhäuser abgelöst:



Die Krankenhausfinanzierung ab 1972



Das Selbstkostendeckungsprinzip von 1972 (- 1993)

Das bisherige Prinzip der Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger wurde zugunsten der Krankenhäuser aufgegeben.

Die Investitionsförderung und die Pflegesätze mussten zusammen die Selbstkosten eines Krankenhauses decken.

Die Vergütung der Betriebskosten erfolgte nachwievor über tagesgleiche Pflegesätze, die prospektiv mit den Krankenkassen verhandelt wurden.

Gewinne und Verluste des Krankenhauses wurden nachträglich ausgeglichen.

Die Krankenhausfinanzierung ab 1972



Krankenhausplanung seit 1972

Die **Länder** sind für die **Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen** verantwortlich.

Sie stellen **Krankenhaus(bedarfs)pläne** auf und entscheiden über die Aufnahme von Krankenhäusern in die Pläne.

Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist **Voraussetzung für die Förderung** der Krankenhäuser.

Die Förderungen von Baumaßnahmen erfolgt erst, wenn die Maßnahme in das **Investitionsprogramm** des Landes aufgenommen worden ist.

Die Krankenhausfinanzierung ab 1972



Investitionsförderung seit 1972

Pauschalförderung

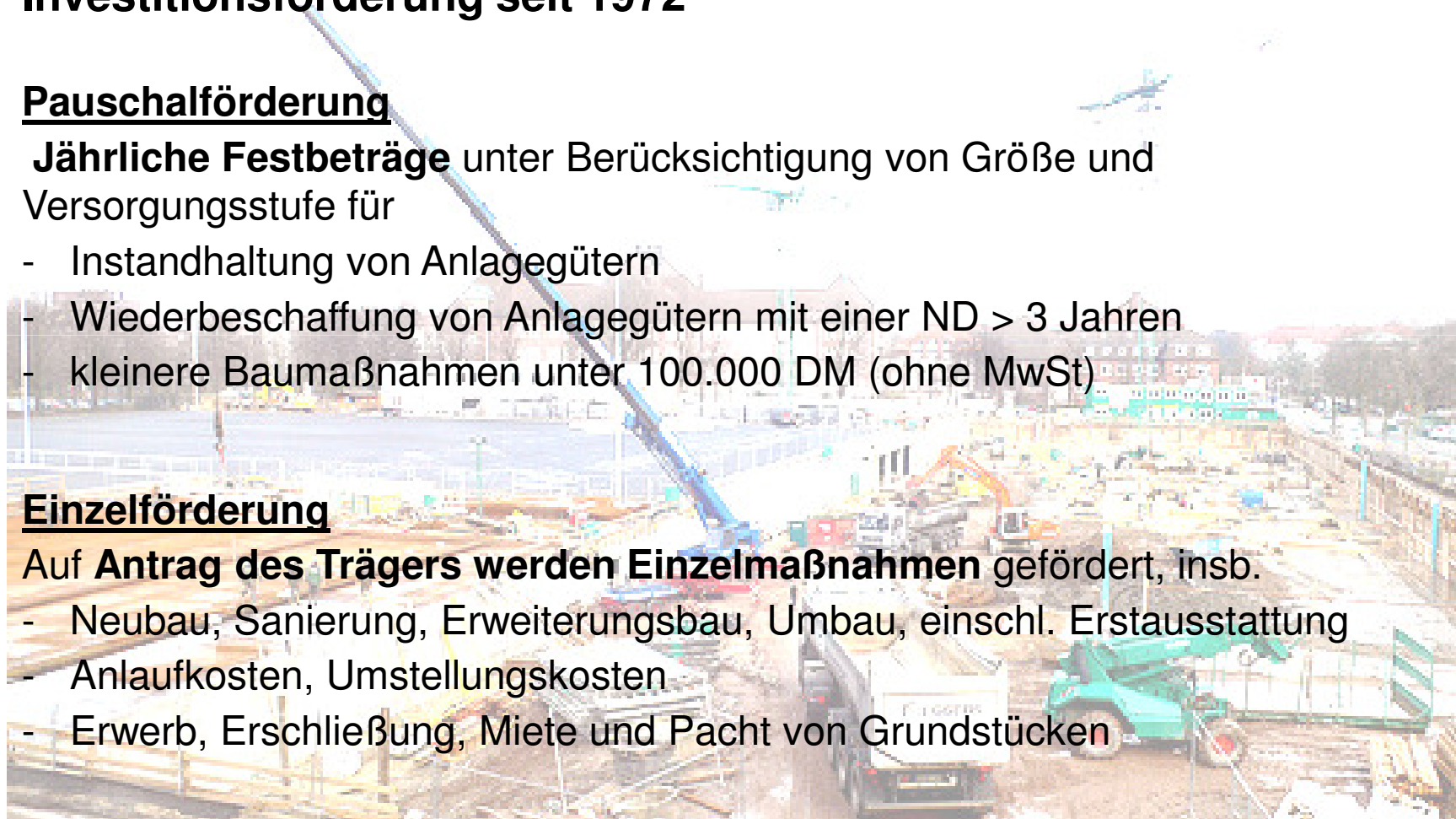
Jährliche Festbeträge unter Berücksichtigung von Größe und Versorgungsstufe für

- Instandhaltung von Anlagegütern
- Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer ND > 3 Jahren
- kleinere Baumaßnahmen unter 100.000 DM (ohne MwSt)

Einzelförderung

Auf **Antrag des Trägers** werden **Einzelmaßnahmen** gefördert, insb.

- Neubau, Sanierung, Erweiterungsbau, Umbau, einschl. Erstausrüstung
- Anlaufkosten, Umstellungskosten
- Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken



Die Krankenhausfinanzierung ab 1985



Modifikation des Selbstkostendeckungsprinzips

Zur Entschärfung der finanziellen Situation der Krankenkassen und öffentlichen Haushalte wurde das Selbstkostendeckungsprinzip modifiziert.

Das Krankenhaus hatte seitdem **nur Anspruch auf die vorkalkulierten Kosten** für geplanten Leistungen, nicht auf die tatsächlich angefallenen. Der nachträgliche Gewinn- bzw. Verlustausgleich entfiel.

Konsequenzen:

Schaffung von Anreizen zur wirtschaftlichen Betriebsführung ab 1986

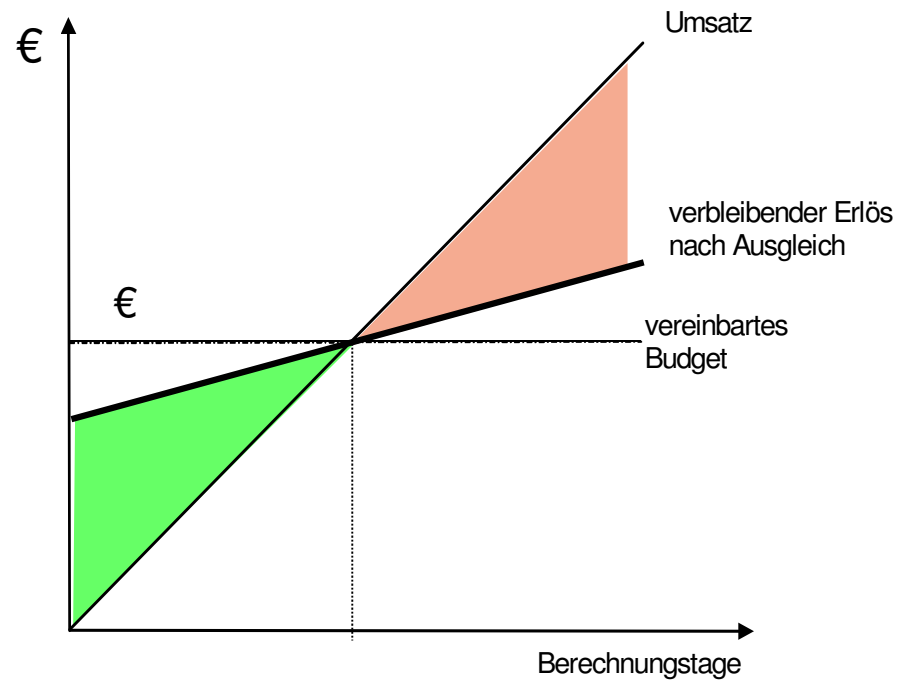
Die Krankenhausfinanzierung ab 1985



Die flexible Budgetierung

Idee: Weicht die Belegung des Krankenhauses vom Plan ab, erfolgt ein **Erlösausgleich** entsprechend der unter- oder überfinanzierten Fixkosten.

Festlegung:
25 % variable Kosten
75 % fixe Kosten



Die Krankenhausfinanzierung ab 1993

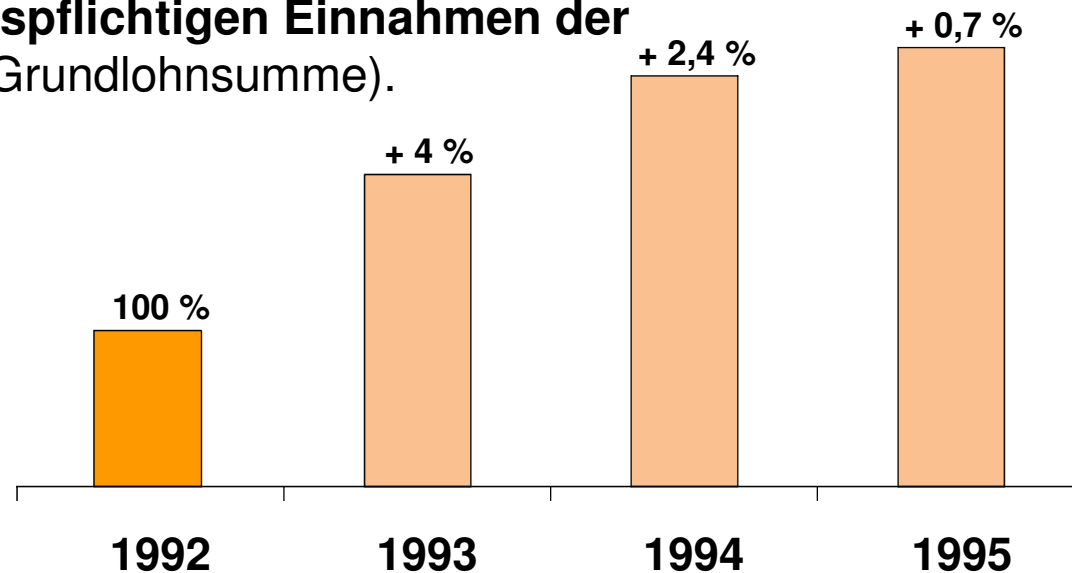


Die „starre“ Budgetierung

Grundlohnsummengekoppelte Budgetfortschreibung

Bis zur Einführung eines **neuen Entgeltsystems - bis spätestens 1996** - wird das **Budget auf der Grundlage von 1992 festgesetzt** (Budgetdeckelung).

Eine **Erhöhung** des Budgets erfolgt **lediglich** entsprechend der **Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder** (Grundlohnsumme).



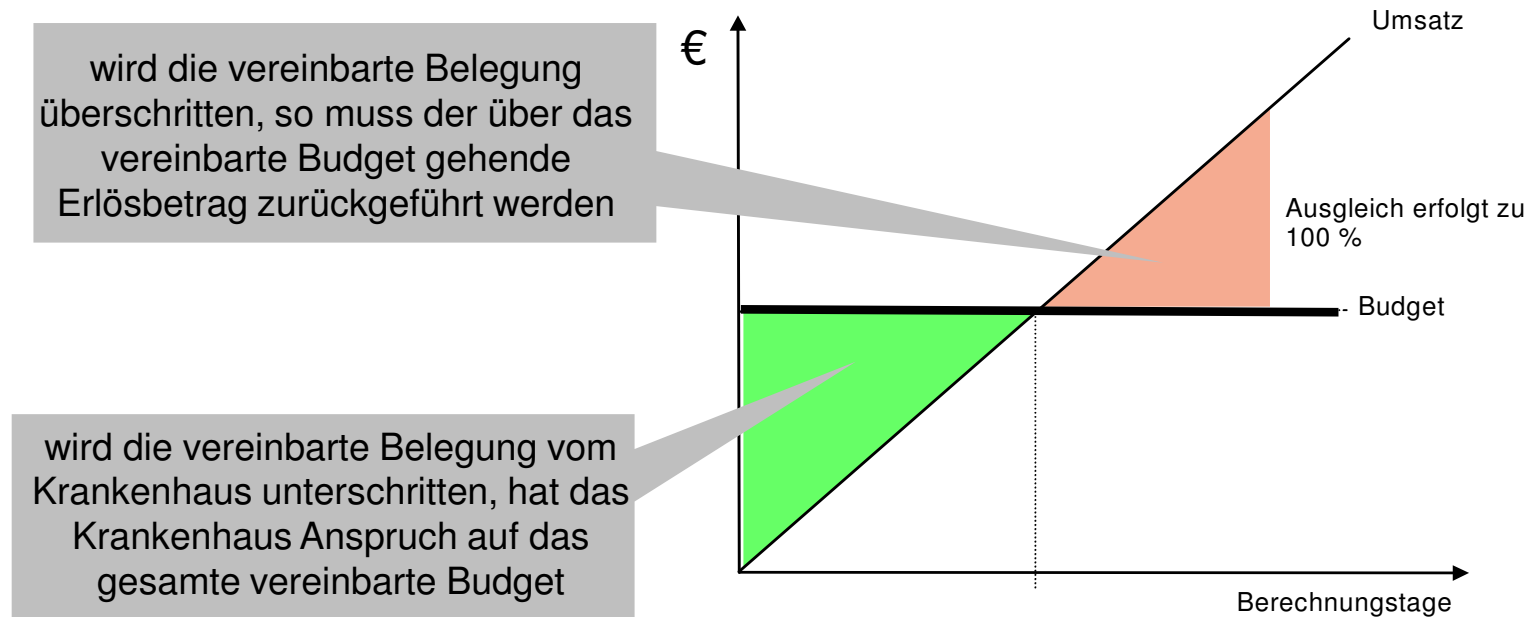
Die Krankenhausfinanzierung ab 1993



Die „starre“ Budgetierung

- 100% Erlösausgleich

Das **Budget wird nicht mehr an Belegungsschwankungen angepasst**, sondern bleibt unverändert.



Die Krankenhausfinanzierung ab 1993



Das neue Entgeltsystem ab 1995/1996

Die **Fallpauschalen** vergüten alle Leistungen eines bestimmten Behandlungsfalles und zwar in erster Linie unabhängig von der Verweildauer des Patienten

Die Zuordnung einer Fallpauschale zu einem Fall richtet sich nach der Hauptdiagnose (ICD) und der Therapie (ICPM bzw. OPS).

Erst bei der Überschreitung einer festgelegten Grenzverweildauer ist die **zusätzliche Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze** möglich

Die tagesgleichen Pflegesätze setzen sich aus Basispflegesätzen für nicht medizinische Leistungen und Abteilungspflegesätzen für medizinische Leistungen zusammen

Die Sonderentgelte vergüten einen bestimmten Leistungskomplex, der zusätzlich abgerechnet werden kann

Die Krankenhausfinanzierung ab 1993



Modifikationen

1996 - Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben

- Das Vorhaben, die Budgetdeckelung aufzuheben, wird für 1996 aufgegeben. Basis bildet **weiterhin das Budget des Vorjahres**, das entsprechend fortgeschrieben wird

1997 - Beitragsentlastungsgesetz

- Zum Abbau von **Fehlbelegung** erfolgt **pauschal eine 1%ige Absenkung** von Budget, Fallpauschalen und Sonderentgelten für die Jahre **1997, 1998 und 1999**

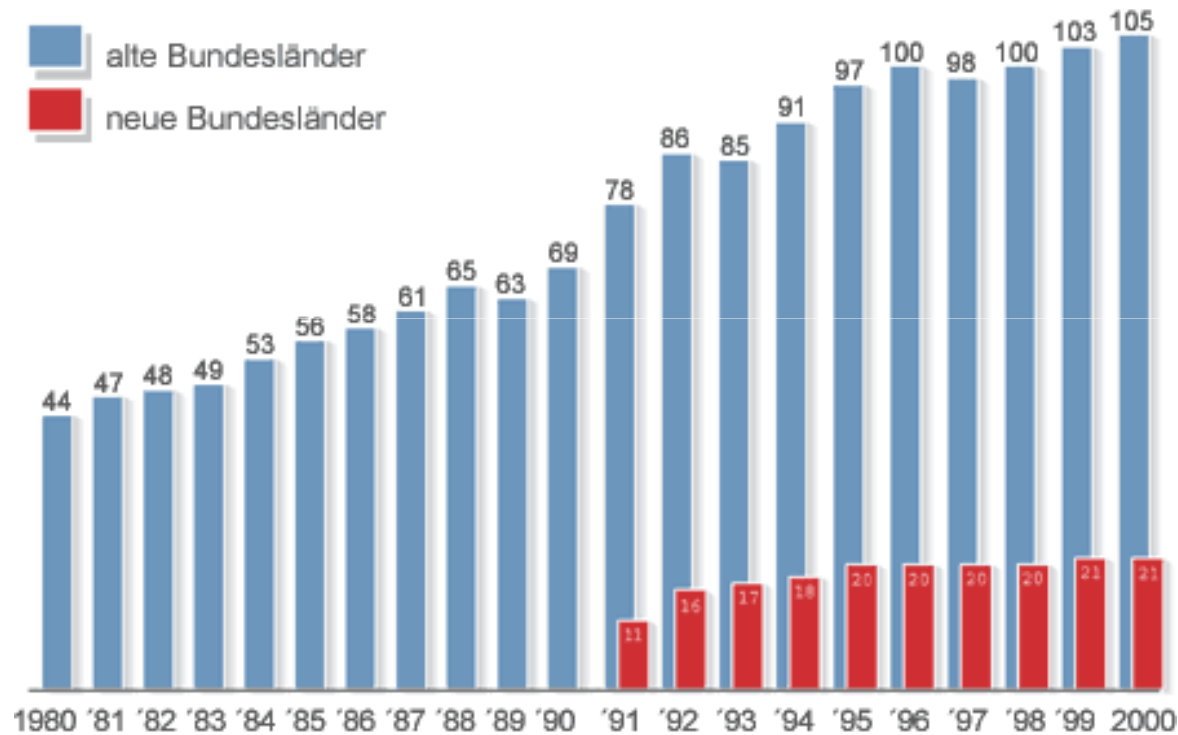
1997 - 2. GKV-Neuordnungsgesetz

- Budgetfortschreibung soll zukünftig durch eine auf Selbstverwaltungsebene vereinbarten **Veränderungsrate**, die sich auch weiterhin an der **Grundlohnsummenentwicklung** orientiert, erfolgen.

Die Krankenhausfinanzierung ab 1993



Problematik: kontinuierliche Steigung der GKV-Leistungsausgaben



2000 - GKV-Gesundheitsreform 2000:

Festlegung der Einführung eines **neuen Entgeltsystems auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRG)** zum 1.1.2003 optional / 1.1.2004 fakultativ



Diagnosis Related Groups (DRG)

- DRGs sind **diagnosebasierte Klassen**, die sich anhand ihres **klinischen Inhaltes und des Ressourcenverbrauches** unterscheiden.
- Mit Hilfe dieser DRGs lässt sich die **Leistung eines Krankenhauses ökonomisch messen**. Sie bilden damit eine **Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung**.
- DRGs wurden erstmals in den **70er Jahren in den USA** entwickelt. Es sollte festgestellt werden, ob sich in der Wirtschaft übliche Verfahren zur Kosten- und Qualitätskontrolle auch auf Krankenhäuser übertragen ließen.
- Anfangs richtete sich das Hauptaugenmerk auf die Identifikation und die Erklärung von Unterschieden in der Leistung und in der Behandlungsqualität, doch bald erkannte man auch das **Potenzial zur Kosteneindämmung**. **1983 wurden DRGs in einem Medicare-Programm der USA als Teil eines prospektiven Vergütungssystems für Krankenhausaufgaben** eingesetzt, was für beträchtliches internationales Aufsehen sorgte.
- In **Australien** wurde die erste Version 1992 freigegeben (AN-DRG-Version 1.0). Die auf der ICD-10-AM basierende AR-DRG-Version 4.1 bildete die **Grundlage für die deutsche G-DRG-Version 1.0**.

Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



Diagnosis Related Groups (DRG)

Das in Deutschland eingesetzte DRG-System wird seit 2003/ 2004 in den Kliniken eingesetzt und **jährlich** durch **das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)** angepasst.

Bewertung von DRGs

Zunächst wird das Kostenverhältnis zu einer Basisgröße definiert. Basis bildet eine Kostenkalkulation, die durch freiwillig teilnehmende Krankenhäuser durchgeführt wird. Der relative Abstand zwischen den DRG's wird durch das **Relativgewicht (RG)** der DRG ausgedrückt

| | | | | | |
|-----------|--------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| | DRG 134 | DRG 371 | Basis- DRG | DRG 764 | DRG 538 |
| RG | 0,7927 | 0,8615 | 1,0000 | 1,1587 | 5,7238 |

Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



Bewertung von DRGs

Aus der **Summe aller Relativgewichte, dem sog. Case-Mix (CM)**, kann bezogen auf eine Fachabteilung, ein Krankenhaus oder eine Region die **durchschnittliche ökonomische Fallschwere (Kostengewicht)**, den **Case-Mix-Index** für eine bestimmte Zeitperiode retrospektiv ermittelt werden.

$$\frac{\text{Summe CM}}{\text{Anzahl der Fälle}} = \text{Case-Mix-Index (CMI)}$$

Durch die Ermittlung des durchschnittlichen DRG-Kostengewichts (CMI) wird ein ökonomischer Vergleich des Fallspektrums möglich.

Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



Bewertung von DRGs

Die **Baserate** bzw. der **Basisfallwert** entspricht der Bewertung des Basisfalls mit Relativgewicht = 1,0

$$\frac{\text{Budget des Krankenhauses}}{\text{CMI x Fallzahl}} = \text{Basisfallwert (BFW) des Krankenhauses}$$

Der hausindividuelle Basisfallwert bildete bei der Umsetzung des neuen Entgeltsystems 2003/2004 den Ausgangspunkt für den Vergleich mit Basisfallwert des jeweiligen Bundeslandes.

Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004

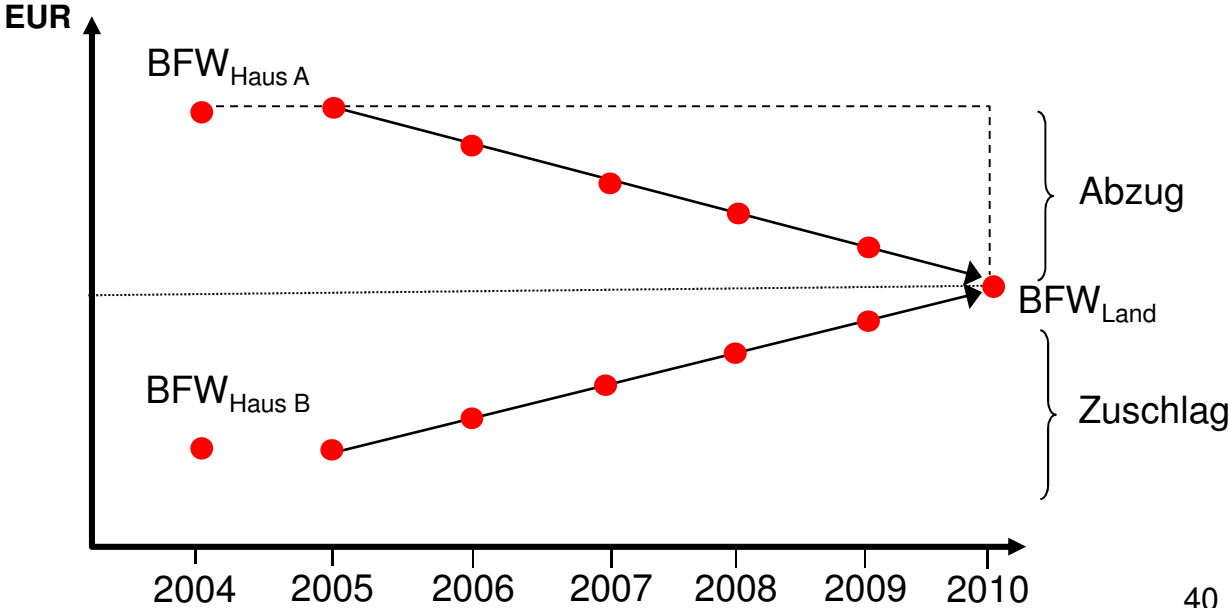


Bewertung von DRGs

Durch einen extern definierten Basisfallwert ist eine Budgetbestimmung möglich.

$$\text{CMI} \times \text{Basisfallwert} \times \text{Fallzahl} = \text{Budget des Krankenhauses}$$

Von 2005 bis 2010 (ursp. 2009) erfolgt eine Anpassung des individuellen Basisfallwerts eines Krankenhauses an den Basisfallwert des jeweiligen Bundeslandes (Konvergenzphase).



Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



DRG-Definition und Zuordnung zu einer DRG

- Das **DRG-Definitionshandbuch** beschreibt jede einzelne DRG inklusive der zugehörigen Kodelisten. Darüber hinaus wird darin auch das von der Grouper-Software vorgenommene Zuordnungsverfahren erläutert.
- Die **Deutschen Kodierrichtlinien** zur richtigen Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden durch die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) festgelegt.
- Der **DRG-Grouper** arbeitet mit den folgenden Datenelementen:
 - Diagnosen
 - Prozeduren (ggf. mit Seitenkennzeichen)
 - Prozeduren-Datum
 - Geschlecht
 - Alter
 - Aufnahmeanlass
 - Aufnahmegrund
 - Entlassungsgrund
 - Verweildauer
 - Urlaubstage
 - Aufnahmegewicht
 - Status der Verweildauer ein Belegungstag
 - Dauer der maschinellen Beatmung.

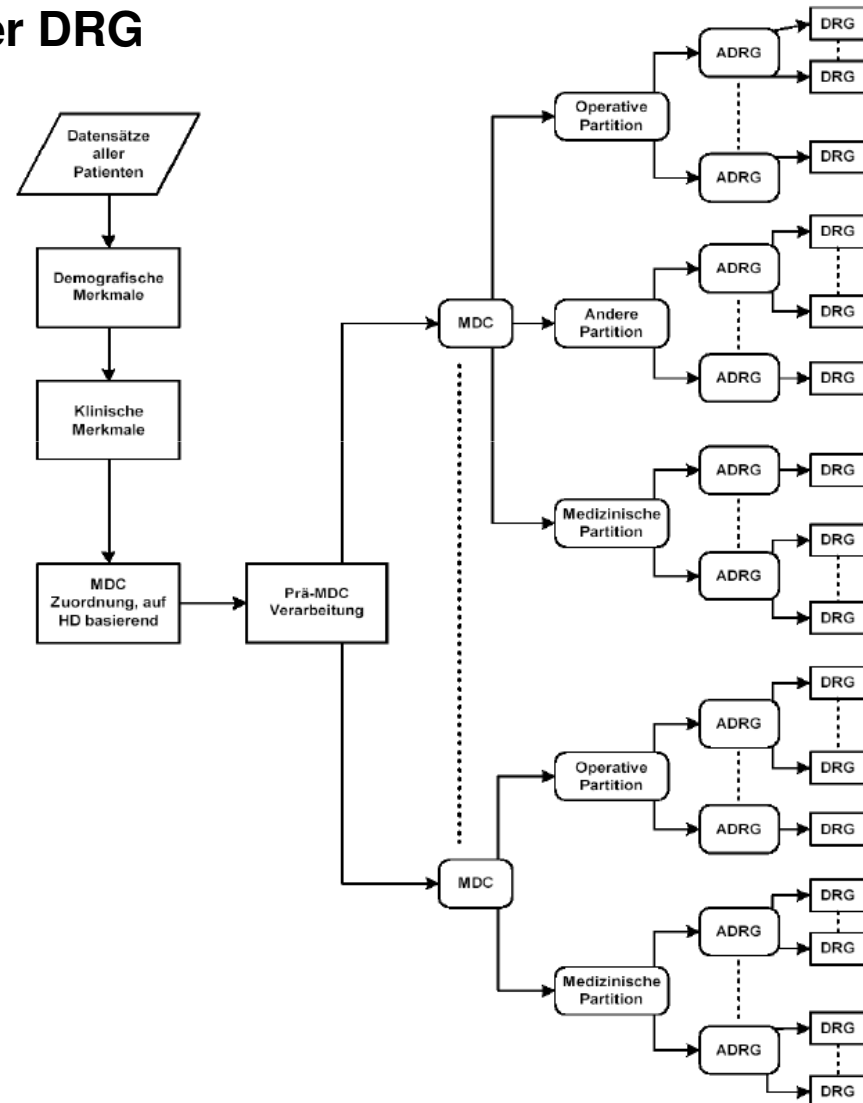
Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



DRG-Definition und Zuordnung zu einer DRG

Der Grouper führt die folgenden Aufgaben in der angegebenen Reihenfolge aus:

- Überprüfung demografischer und klinischer Merkmale
- MDC-Zuordnung
- Prä-MDC-Verarbeitung
- MDC-Partitionierung
- Zuordnung zur Basis-DRG
- Zuordnung von CCL (und PCCL)
- DRG-Zuordnung

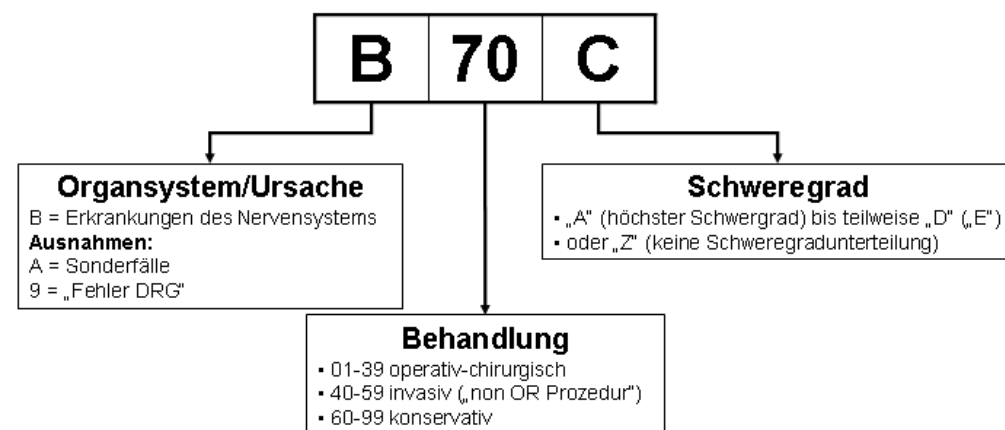


Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



DRG-Definition und Zuordnung zu einer DRG

- Die DRGs werden als eine **vierstellige Kombination aus Buchstaben und Ziffern** dargestellt, beispielsweise F60B für Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere Begleiterkrankungen. Die **dreistellige Kombination** der DRGs wird als **Basis-DRG** (z. B. A01) und die vierstellige Kombination als G-DRG (z. B. A01A; A01B) bezeichnet.
- 1. Stelle: die Hauptdiagnosegruppe, engl. „Major Diagnostic Category“ (MDC), Unterscheidung nach **Organsystem** oder **Ursache der Erkrankung**. Zusätzlich gibt es **Sonderfälle** (z.B. Beatmungsfälle, Transplantationen) sowie so genannte **Fehler-DRGs** (Falsche Hauptdiagnose, OP passt nicht zur Diagnose usw.)
- 2. + 3. Stelle: Art der Behandlung
- 4. Stelle: Ökonomischer Schweregrad



DRG-Kalkulation nach der InEK-Kostenmatrix: Beispiel F36A – Intensivmedizinische Komplexbehandlung



InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

| F36A | Intensivmed. Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------|--------------|------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------|
| KG: 17,245 | PK Ärztlicher Dienst | PK-Pflege- dienst | PK MTD/FD | SK Arznei Gem.- kosten | SK Arznei Einzel- kosten | SK Implantate/ Transplantate Einzelkosten | SK medBed Rest Gemein- kosten | SK medBed Rest Einzel- kosten | med. Infrastruktur | nicht-med. Infrastruktur | Summe |
| 01. Normalstation | 336,17 € | 808,76 € | 74,52 € | 109,49 € | 94,07 € | 0,00 € | 85,26 € | 5,32 € | 185,78 € | 588,58 € | 2.287,96 € |
| 02. Intensivstation | 4.779,15 € | 11.455,72 € | 397,31 € | 2.049,80 € | 977,48 € | 0,39 € | 2.254,89 € | 228,65 € | 1.615,18 € | 4.814,42 € | 28.573,00 € |
| 03. Dialyseabteilung | | | | | | | | | | | |
| 04. OP-Bereich | 1.057,23 € | 0,00 € | 979,17 € | 82,97 € | 79,08 € | 1.668,41 € | 776,52 € | 772,32 € | 441,92 € | 747,91 € | 6.605,52 € |
| 05. Anästhesie | 674,32 € | 0,00 € | 373,78 € | 83,07 € | 84,03 € | 0,00 € | 192,71 € | 14,66 € | 87,64 € | 183,60 € | 1.693,82 € |
| 06. Kreißsaal | | | | | | | | | | | |
| 07. Kardiologische Diagnostik / Therapie | 93,15 € | 0,00 € | 101,00 € | 9,59 € | 0,92 € | 295,60 € | 63,82 € | 138,62 € | 52,35 € | 87,76 € | 842,81 € |
| 08. Endoskopische Diagnostik / Therapie | 63,68 € | 0,00 € | 55,49 € | 3,50 € | 2,26 € | 1,90 € | 25,10 € | 0,57 € | 18,58 € | 40,55 € | 211,63 € |
| 09. Radiologie | 229,44 € | 0,00 € | 323,51 € | 5,36 € | 0,10 € | 62,38 € | 82,41 € | 37,70 € | 125,90 € | 194,56 € | 1.061,37 € |
| 10. Laboratorien | 163,45 € | 0,00 € | 773,62 € | 45,75 € | 830,59 € | 0,00 € | 713,85 € | 189,52 € | 75,87 € | 383,90 € | 3.176,56 € |
| 11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche | 126,01 € | 3,96 € | 398,41 € | 5,70 € | 0,94 € | 0,03 € | 20,45 € | 11,36 € | 28,18 € | 155,74 € | 750,78 € |
| 12. Basiskostenstelle | inbereichen 1 -11 zugeordnet! | | | | | | | | | | 45.203,45 € |

- Verteilung der Ist-Kosten auf verschiedene Kostenarten und Kostenbereiche
- Cave: Eine Abteilungsbudgetierung, die nur auf dieser Kostenverteilung beruht, kann zu schwerwiegenden Verteilungsfehlern führen → Problem der „richtigen“ Kostenzuordnung.

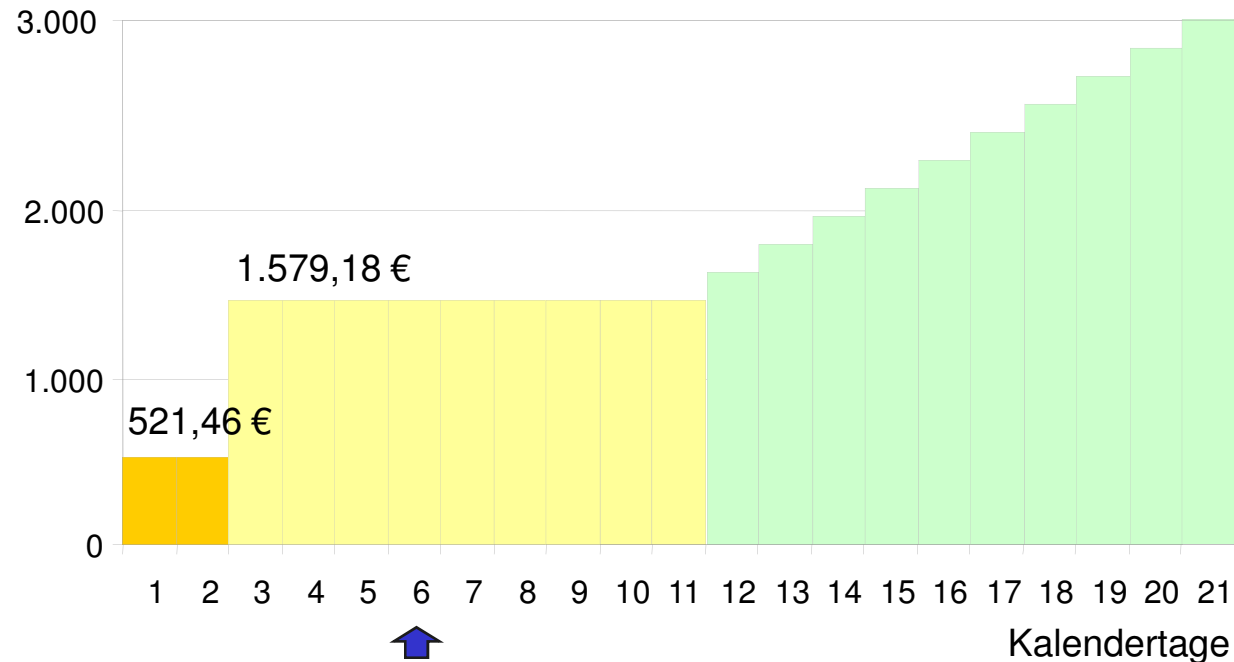
Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



DRG-Definition und Zuordnung zu einer DRG

Beispiel: DRG F73Z – Synkope und Kollaps

Erlös in EURO



MW: 5,0 BeIT
 ≙ Entlassung am
 6. Kalendertag

RG: 0,533
UGV: 1 BeIT
 RG-Abschlag/Tag 0,357
 (67%)
OGV: 11 BeIT
 RG-Zuschlag/Tag 0,074

Vergütung
 100 %: 1.579,18 €
 bei BFW von 2.962,81 €

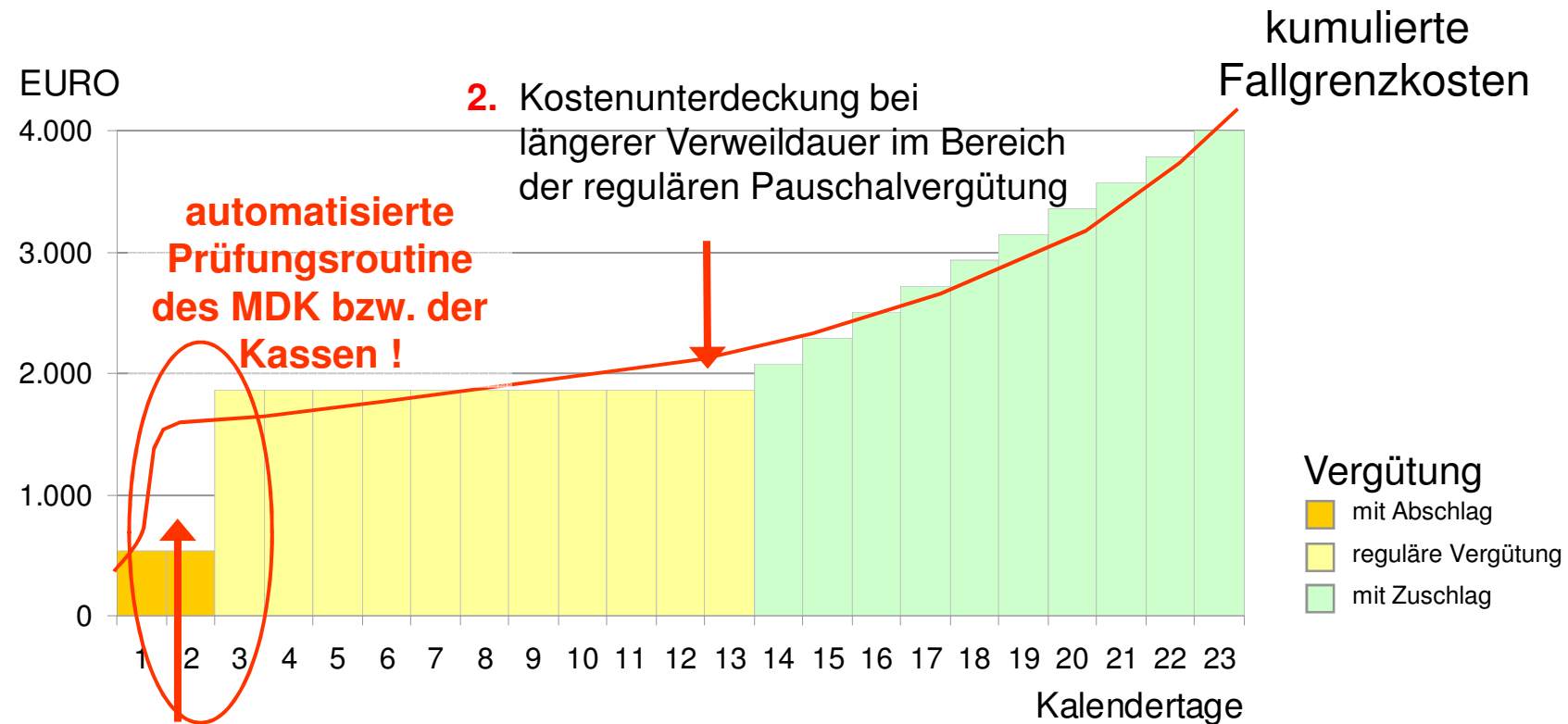
- mit Abschlag
- reguläre Vergütung
- mit Zuschlag



Die Krankenhausfinanzierung ab 2003 / 2004



Kostenverlauf versus DRG-Erlös



1. Kostenintensität i.d.R. in den ersten Tagen am höchsten (Diagnostik und Prozeduren)
Gefahr einer Kostenunterdeckung bei Verweildauer < 3 Kalendertage bzw. 2 BeIT



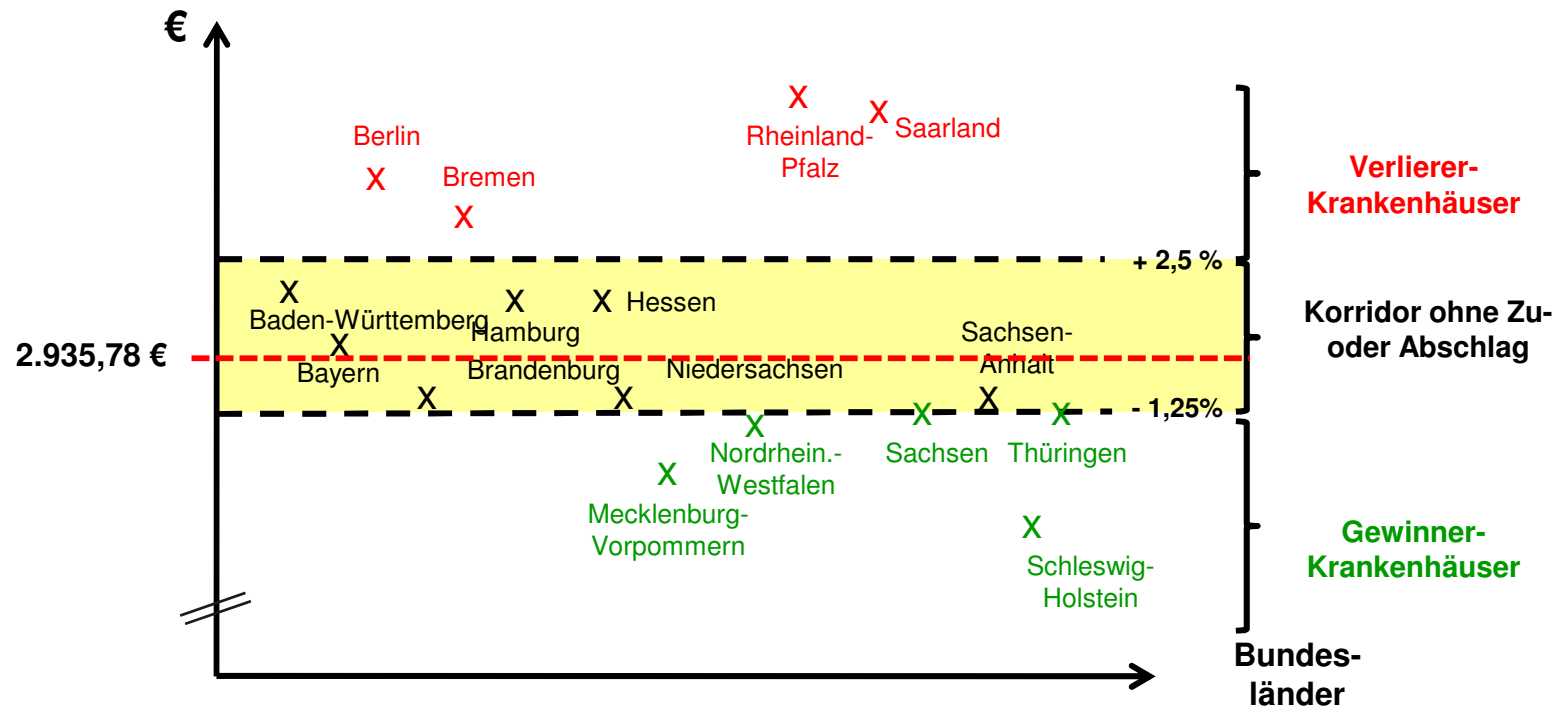
Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

- Grundlagen
- Entwicklung
- **Aktuelle Brennpunkte**

Aktuelle Brennpunkte



Konvergenz des Basisfallwerts

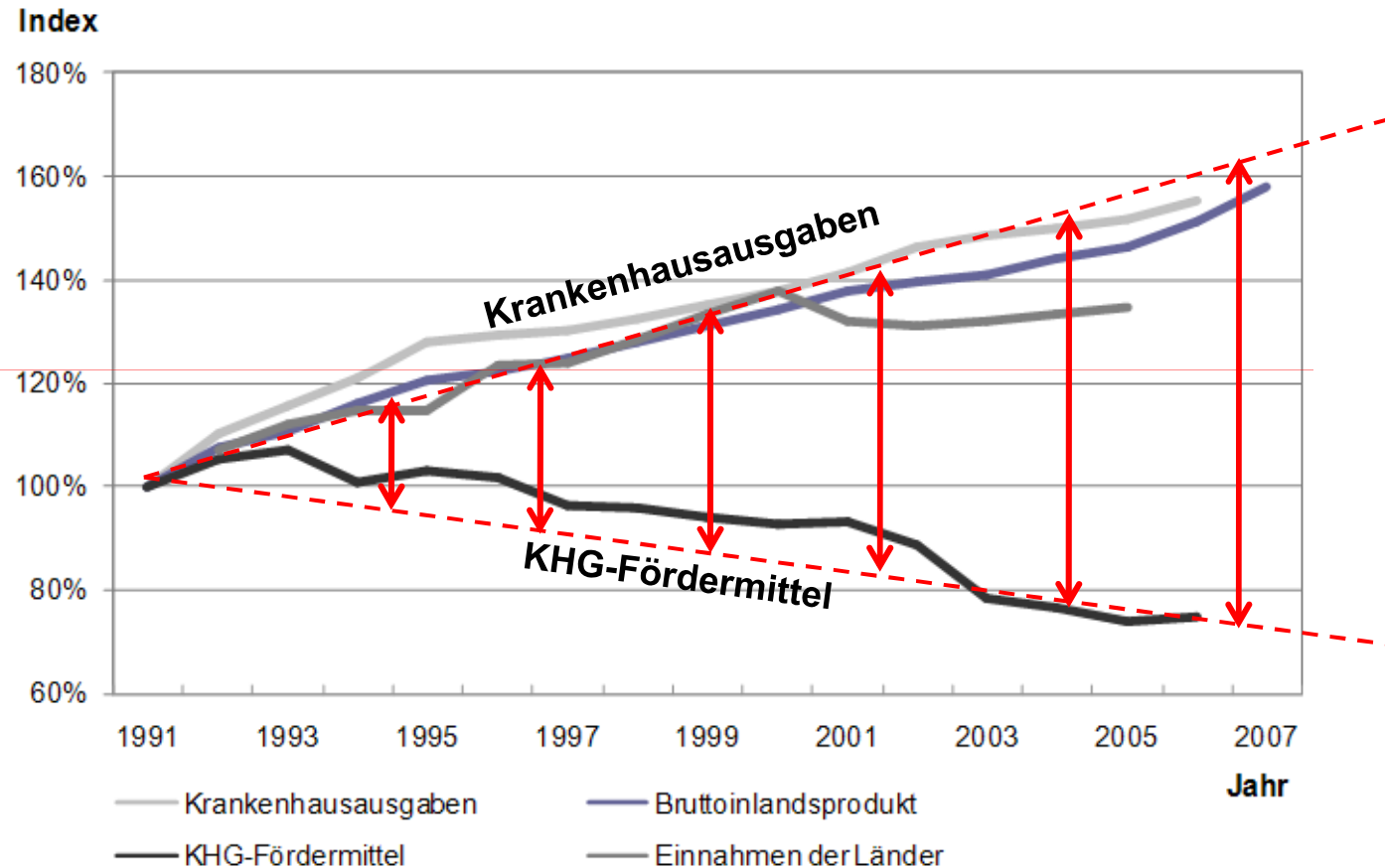


Nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz werden im **Zeitraum von 2010 bis 2014** schrittweise die Landesbasisfallwerte an einen **einheitlichen Bundesbasisfallwert** angeglichen. Für 2010 beträgt der BBFW 2.935,78 €. Der LBFW von Baden-Württemberg beträgt 2.962,81 und liegt damit noch innerhalb des Korridors.

Aktuelle Brennpunkte



Unterfinanzierung im Investitionsbereich

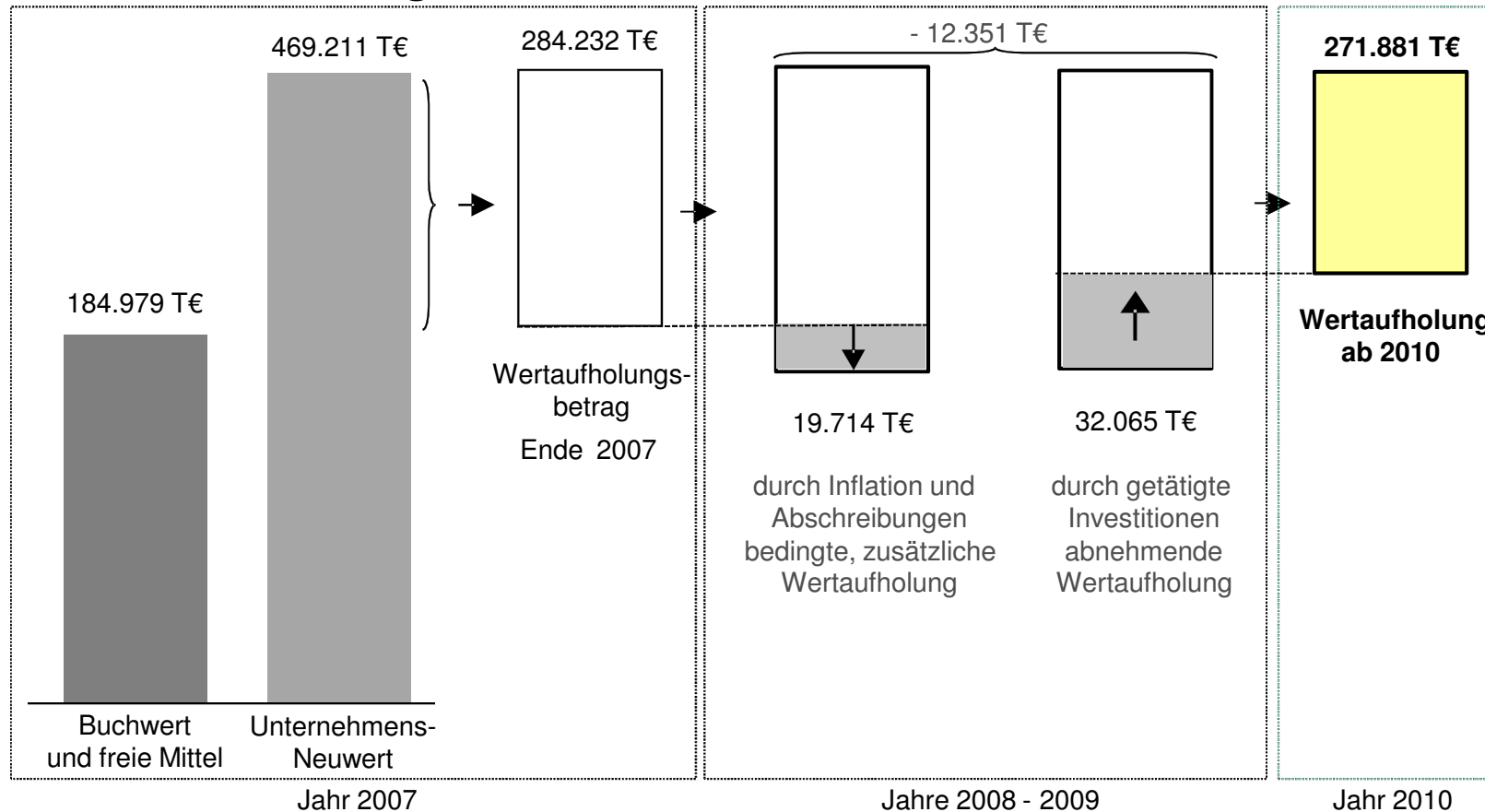


Scherenförmiger Verlauf: zukünftig weiter steigende Krankenhausausgaben bei gleichzeitigem Rückgang der Fördermittel.

Aktuelle Brennpunkte



Unterfinanzierung im Investitionsbereich im KVSW



Zur Substanzerhaltung und zur Schaffung von Reinvestitionsmitteln müssen Gewinnrücklagen erwirtschaftet werden.

Aktuelle Brennpunkte



Unterfinanzierung im Investitionsbereich

Ziel: nachhaltige Sicherung des Unternehmenswerts

Die der Höhe der kalkulatorischen Abschreibungsgegenwerte des hypothetischen Unternehmenswertes **müssten zusätzlich zur Wertaufholung** jährlich erwirtschaftet werden (Reinvestitionssumme II).

Für den Klinikverbund bedeutet dies:

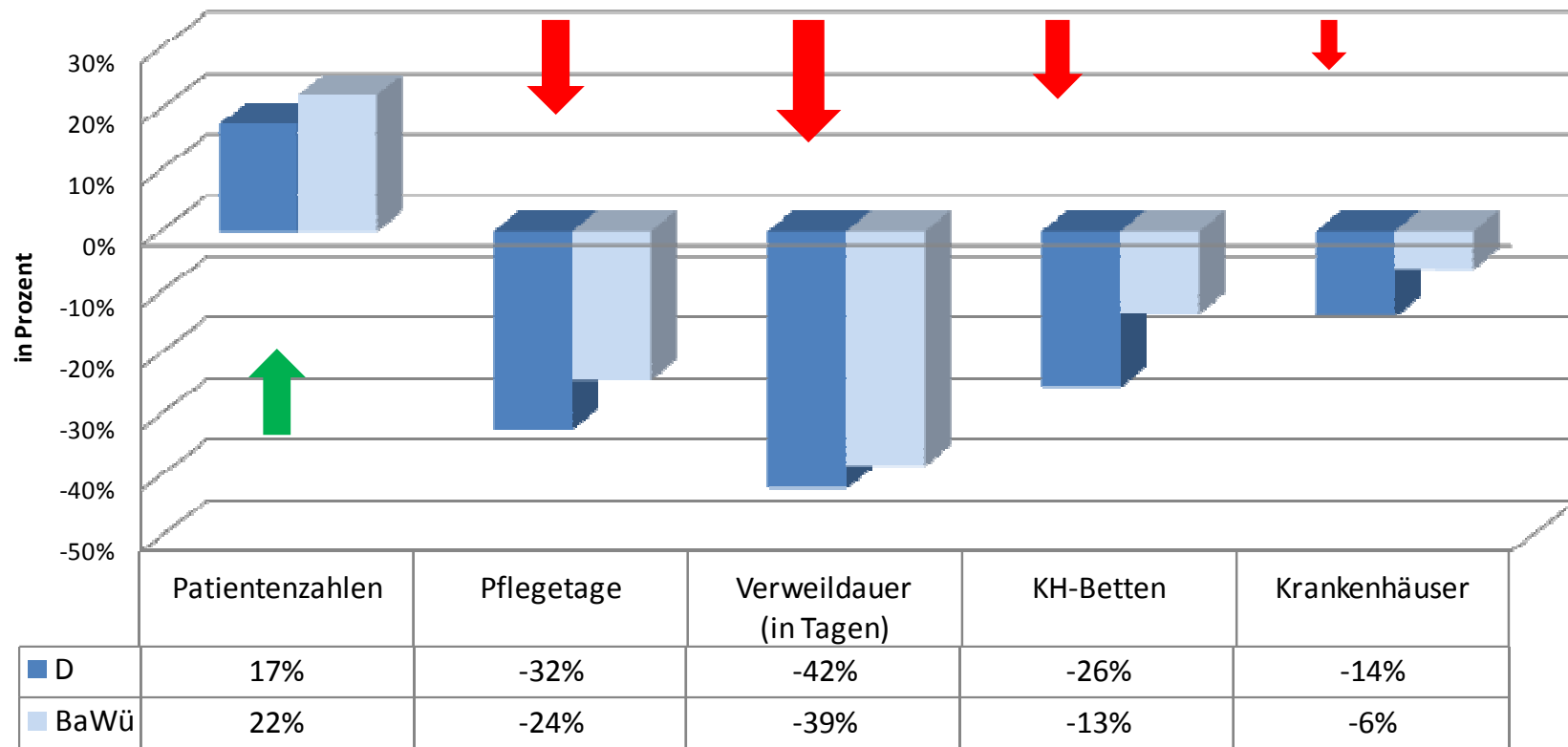
| | |
|---|---------------------|
| hypothetischer Unternehmenswert | 469.210.762 € |
| durchschnittliche, gewichtete Nutzungsdauer der Vermögensposten | 36 Jahre |
| Jährlich notwendige Reinvestitionssumme II (Stand 2008) | 13.033.632 € |

Dies entspricht einem EBITDA von rd. 6 % bezogen auf den Kernumsatz der Akutkliniken. Der von den Akutkliniken realisierte EBITDA liegt bei 2 bis 3 %.

Folgen der bisherigen gesetzlichen Entwicklungen

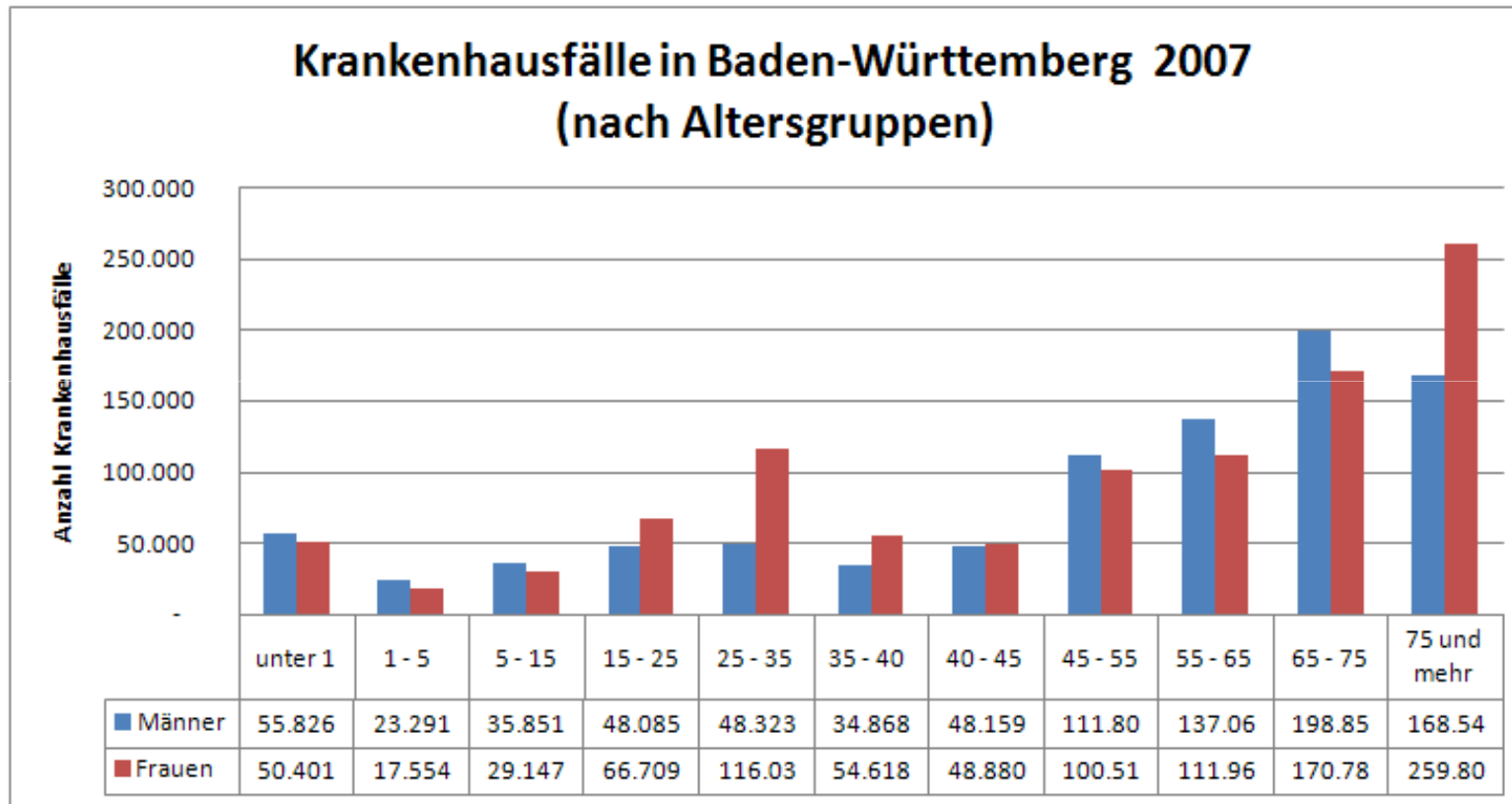


Krankenhausentwicklung 1990 - 2006



Leistungsverdichtung bei Anstieg der Patientenzahlen insgesamt aber Rückgang der Belegungstage - Folge: **Abbau** von Krankenhausbetten und **Schließung** von Krankenhäusern.

Ausblick: „Demographische Entwicklung“ (1/4) Krankenhaushäufigkeit steigt mit dem Alter...



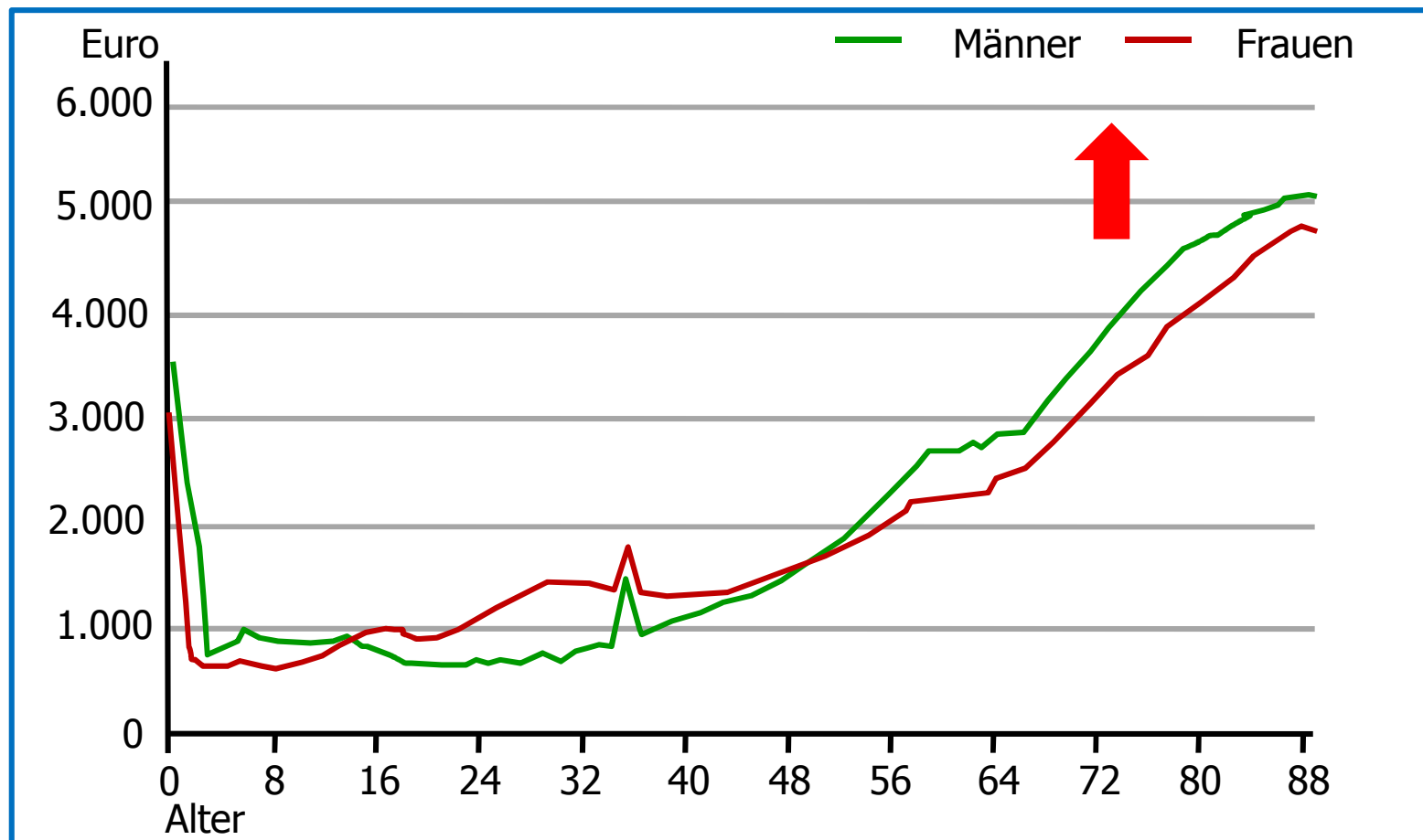
2007: 5.277.600 Männer und 5.467.500 Frauen in Baden-Württemberg

Ausblick: „Demographische Entwicklung“ (2/4): Individuelle Kosten pro Patient steigen auch mit dem Alter

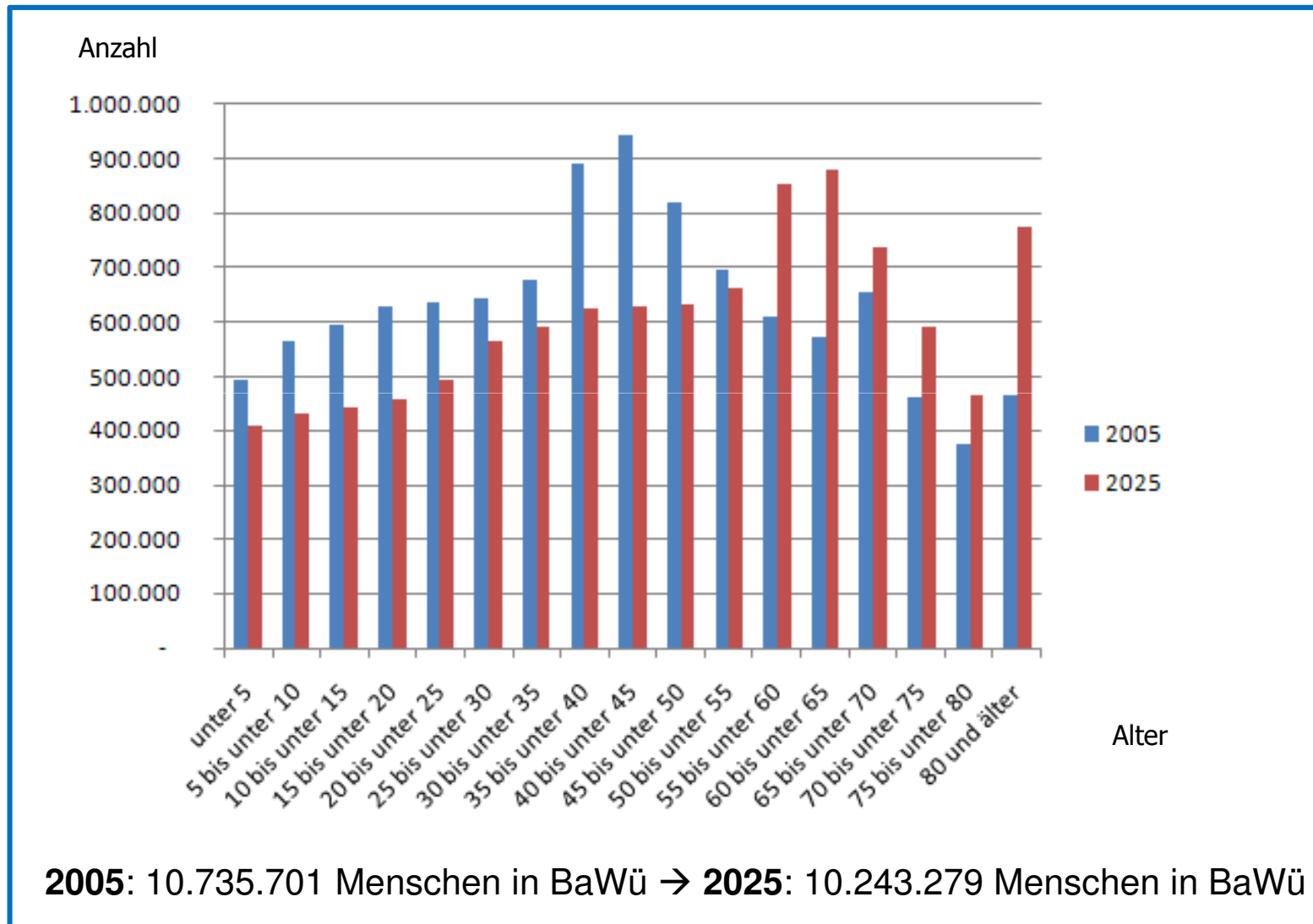


Problem der Bevölkerungsalterung → Steigende Gesundheitsausgaben

[Altersspezifische Ausgabenprofile der GKV (2004):]



Ausblick: „Demographische Entwicklung“ (3/4): Die Zahl der älteren Menschen nimmt zu...





"Mr. Osborne, may I be excused? My brain is full."

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit