

Checkliste

zur

Erlössicherung bei Mehrleistungen

Sofortmaßnahmen aufgrund des Referentenentwurfs zum
Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG)

1. Einleitung

Der vorliegende Referentenentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz bringt zahlreiche Herausforderungen für die Krankenhäuser mit sich. Neben einigen Verbesserungen (z.B. schnellere Refinanzierung der Auswirkungen von G-BA-Beschlüssen) sind auch deutliche Belastungen für die Kliniken vorgesehen. Insbesondere die geplanten Veränderungen für die Berücksichtigung von Mehrleistungen können für Krankenhäuser mit steigender Leistungsmenge sehr negative finanzielle Konsequenzen haben.

Auch wenn sich aller Erfahrung nach nicht alle Elemente des Referentenentwurfs eins zu eins im fertigen Gesetz wiederfinden werden, besteht dennoch bereits jetzt für viele Häuser kurzfristiger Handlungsbedarf, da evtl. Gestaltungsspielräume aufgrund von Unterschieden zwischen bisheriger und zukünftiger Mehrleistungsfinanzierung nur noch bis 2016 genutzt werden können und ggf. bereits jetzt konkrete Maßnahmen erfordern.

Eine genaue Abschätzung der finanziellen Effekte, die für ein konkretes Krankenhaus mit der veränderten Mehrleistungsregelung verbunden sind, ist derzeit noch nicht möglich, da die Mindestgrößen der konkreten Abschlagssätze („Fixkostendegressionsabschlag“) zukünftig auf Landesebene vereinbart werden. Aufgrund der in Zukunft mindestens fünfjährigen Laufzeit der Abschläge und einer Kompensation der Krankenkassen für die wegfallende doppelte Degression ist jedoch mit einer im Saldo merklich höheren Belastung für Häuser mit Leistungssteigerungen zu rechnen.

Zudem ist in den konkreten Verhandlungen vor Ort eine darüber hinausgehende Vereinbarung höherer und/oder länger erhobener Abschläge vorgesehen, wenn von einer höheren Fixkostendegression als auf Landesebene angenommen auszugehen ist. Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen diese Möglichkeiten voll nutzen werden und erst die Schiedsstellen – sowohl hinsichtlich der Abschlagsregelungen auf Landesebene als auch der Voraussetzungen für höhere/längere Abschläge auf Hausebene – dazu Klarheit bringen werden.

Daher sollten die zukünftig wegfallende Ausnahmeregelungen noch in 2015 und 2016 voll genutzt werden. Dies betrifft vor allem Erhöhungen der Bettenzahl, sachkostenintensive Leistungen und Verschiebungen zwischen Krankenhäusern. Um diese Ausnahmeregelungen optimal nutzen zu können, ist eine daran angepasste Strategie zu den Verhandlungszeitpunkten notwendig (je nach Situation des Hauses früher Verhandlungszeitpunkt 2016 mit Prognose der Entwicklungen oder später Verhandlungszeitpunkt mit Nachweis der Istleistungen).

2. Mehrleistungen und krankenhauserplanerische Maßnahmen

Bisher sind Mehrleistungen aufgrund krankenhauserplanerischer Maßnahmen vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen. Zukünftig gilt dies nicht mehr uneingeschränkt, vor allem wenn grundsätzlich schon bereits bestehende Leistungsbereiche ausgebaut werden („Kein Ausnahmetatbestand in dem intendierten engen Sinne bildet die Erweiterung eines Versorgungsauftrags durch die Aufstockung der Bettenzahl.“, siehe Begründung zu § 9 KHEntgG Referentenentwurf).

- ☐ Sind in den Jahren 2015 und/oder 2016 bauliche Kapazitätserweiterungen im inhaltlich bestehenden Versorgungsauftrag im Zusammenhang mit krankenhausplanerischen Maßnahmen beabsichtigt?

In diesem Fall sollte es das Ziel sein, die entsprechenden Mehrleistungen voll im Budget für 2016 ohne Mehrleistungsabschlag zu berücksichtigen. Dafür sollte im Idealfall spätestens zum 01.12.2015 der erweiterte Bereich voll in Betrieb gehen (relevant ist der Entlass-Casemix, der bei einem Start erst zum 01.01.2016 budgetmäßig hinsichtlich der Überlieger ins Folgejahr 2017 fallen würde mit entsprechenden Konsequenzen für die Abschläge). Wenn das nicht erreichbar ist, sollte der frühestmögliche Zeitpunkt für eine möglichst volle Auslastung der erweiterten Leistungskapazitäten angestrebt werden.

Falls ja:

- ☐ Gibt es eine laufende Bauzeitenüberwachung?
- ☐ Wurde geprüft, ob ein Vorziehen der Fertigstellung möglich bzw. bei Mehrkosten unter Berücksichtigung der damit voraussichtlich vermeidbaren Abschläge wirtschaftlich wäre?
- ☐ Gibt es eine zwischen allen betroffenen Bereichen abgestimmte Inbetriebnahmeplanung?
- ☐ Gibt es zur Steuerung der Inbetriebnahme eine interdisziplinäre Projektgruppe?
- ☐ Besteht ein konkreter Plan zur rechtzeitigen Personalbeschaffung und wird die Umsetzung dieses Plans überwacht?
- ☐ Besteht ein konkretes und zeitlich terminiertes Einarbeitungskonzept?
- ☐ Wurde geprüft, ob eine vorzeitige Beschaffung von Personal wirtschaftlich ist, um sicher zum Plantermin starten zu können? (ggf. mit zwischenzeitlicher Nutzung der zusätzlichen Personalkapazitäten zum Abbau von Überstunden in anderen Bereichen)
- ☐ Gibt es eine belastbare Planung für Maßnahmen zur Patientenakquise?

3. Mehrleistungen und sachkostenintensive Leistungen

Bisher sind DRGs mit einem sehr hohen Sachkostenanteil (2/3 und mehr) vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen. Zukünftig entfällt diese Ausnahme voraussichtlich und kehrt sich u.U. ins Gegenteil, da bei einigen davon betroffenen Leistungen über Abstufungsregeln sogar weitergehende Kürzungen möglich sind. Daher ist es erstrebenswert, für diese Leistungen eine maximale Menge in 2016 zu vereinbaren, um den damit abschlagsfrei gewonnenen Mehrleistungs-Casemix in 2017 gesamt mengenneutral auf andere DRGs mit Mehrleistungen umzuverteilen.

- ☐ Besteht eine Leistungsstrategien zur Maximierung der Leistungsmenge in diesen Bereichen für 2016 als Voraussetzung für die Vereinbarung von Mehrleistungen?

4. Mehrleistungen bei Leistungsverschiebungen zwischen Krankenhäusern

Bei Leistungsverschiebungen zwischen Krankenhäusern ohne Leistungsanstieg im Einzugsgebiet insgesamt soll der Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe angewendet werden, wobei hierfür die Nachweispflicht dem Krankenhaus auferlegt wird. Soweit solche Leistungsverschiebungen bisher durch krankenhaushausplanerische Maßnahmen (Bettenverlagerungen, Schließung von Krankenhäusern) erfolgten, konnten die entsprechenden Mehrleistungen in einem Haus unter den Ausnahmetatbestand der krankenhaushausplanerischen Maßnahmen fallen und damit abschlagsfrei sein, während zukünftig 5 Jahre lang ein Abschlag in halber Höhe anfällt.

☐ Besteht ein Verbund/Konzern mehrerer Krankenhäuser mit verschiedenen Budgets?

Falls ja:

☐ Sind in 2016 bis 2017 krankenhaushausplanerisch abgesicherte Verschiebungen von Leistungsbereichen zwischen Häusern geplant?

Falls ja:

☐ Gibt es Möglichkeiten, den Umsetzungszeitpunkt rechtlich und faktisch vorzuziehen (im Idealfall auf den 01.12.2015)?

5. Verhandlungszeitpunkte 2015/2016

Das richtige Timing der Budgetverhandlungen kann entscheidend dafür sein, ob und in welchem Umfang in den o.g. Leistungsbereichen Mehrleistungen in den Verhandlungen tatsächlich durchgesetzt werden können. Dabei kann je nach konkreten Leistungssituation sowohl ein früherer Zeitpunkt (Argumentation mit Prognosewerten) als auch ein späterer Zeitpunkt (Argumentation mit Istwerten) optimal sein.

☐ Besteht Klarheit über den nach heutigem Stand optimalen Verhandlungszeitpunkt für 2016?

☐ Gibt es eine darauf abgestimmte Verhandlungsterminierung bzw. Verhandlungsstrategie für 2015?

Bochum, 02. Juni 2015

Dipl. Kfm. Arndt Regorz

Anschrift des Verfassers:

Arndt Regorz
Alemannenstr. 6
44793 Bochum
mail@regorz.de
www.regorz.de

Disclaimer: Die o.g. Ausführungen sind eine erste persönliche Einschätzung über mögliche Gestaltungsoptionen auf Basis des vorliegenden Referentenentwurfs und lediglich als Ideensammlung zu verstehen, die vor ihrer evtl. praktischen Verwendung entsprechend sorgfältig und unabhängig zu prüfen sind. Eine Haftung für den Inhalt wird ausdrücklich nicht übernommen.

Quelle für den Referentenentwurf:
https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Komponenten/Berlin___kompact/06-2015/Referentenentwurf-Krankenhaus-Strukturgesetz,version=1.pdf