

GLOSSAR

zu Begriffen in der Krankenhausfinanzierung

BASISFALLWERT

Der „Basisfallwert“ (engl.: baserate) ist im DRG- System der Preis für den Fall, der mit einer Bewertungsrelation von 1 bewertet wird. Zur Ermittlung des Basisfallwertes wird immer eine monetäre Komponente (z.B. das Krankenhausbudget) durch das entsprechende Leistungsvolumen (Case- Mix) dividiert. Die Vertragsparteien auf Landesebene legen für das folgende Kalenderjahr den Landesbasisfallwert fest (vgl. § 10 Abs. 1 KHEntgG).

BELEGARZT

Der „Belegarzt“ ist nicht am Krankenhaus angestellt, aber berechtigt, seine Patienten in so genannten Belegbetten im Krankenhaus stationär oder teilstationär zu behandeln. Er nutzt hierfür die Infrastruktur des Krankenhauses, rechnet aber seine Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu Lasten der Gesamtvergütung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Für Belegpatienten werden seit 2005 gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbart (vgl. §18 KHEntgG).

BESONDERE EINRICHTUNGEN

Besondere Einrichtungen“ erbringen Leistungen, welche aus medizinischen Gründen, aufgrund einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur, mit dem DRG- Fallpauschalenkatalog (noch) nicht sachgerecht abgebildet und somit vergütet werden. Diese Leistungen können daher zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem genommen werden (vgl. § 17b Abs. 1 Satz 16 KHG).

BUNDESBASISFALLWERT (BBFW)

Nach § 10 Abs. 9 KHEntgG wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene ein einheitlicher Basisfallwert festgelegt und ein einheitlicher Bundesbasisfallwertkorridor vereinbart. Der erstmals für 2010 vereinbarte BBFW beträgt 2.935,78 € für 2010, bei einer Veränderungsrate von 1,54 %. Der BBFW liegt in einem „Korridor“ mit den Grenzen 3.009,17 € (bei einer oberen Korridorgrenze von +2,5%) und 2.899,08 € (bei einer unteren Korridorgrenze von -1,25%).

CASE MIX INDEX

Der „CMI“ beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad der in der betreffenden Einrichtung im Laufe eines Zeitraumes behandelten Fälle.

CASE MIX

Der „Case Mix“ stellt die Summe der Relativgewichte (Bewertungsrelationen) dar.

DRG

„Diagnosis Related Groups“ (englisch für Diagnosebezogene Fallgruppen) sind ein Patientenklassifikations- und Abrechnungssystem. Die Grundlage für dieses durchgängige, leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem bildet das G- DRG- System (German- Diagnosis Related Groups- System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG- Fallpauschale vergütet wird (vgl. § 17b Abs. 1 KHG). Die Zuordnung erfolgt anhand bestimmter Kriterien, wie z. B. Hauptdiagnose, das Patientenalter oder Nebendiagnosen.

DRG-BEGLEITFORSCHUNG

Die Daten, welche jedes Krankenhaus aufgrund § 21 KHEntgG liefert, sollen laut Gesetzgeber ausgewertet werden, um die Auswirkungen des DRG-Systems darzustellen. Die Ergebnisse des ersten von maximal drei geplanten Forschungszyklen liegen bereits vor. Der Forschungsbericht betrifft den Zeitraum 2004 bis 2006. Die Auswertungen zum Kern der Konvergenzphase (2006–2008) sollen voraussichtlich 2010 veröffentlicht werden (§ 17b Abs. 8 KHG).

DUALE KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Seit 1972 teilen sich die Bundesländer und die Gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Die Investitionskosten werden im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung.

GROUPER

Der „Grouper“ ist ein spezielles Software-Programm. Er kodiert einen Fall anhand verschiedener Parameter (z. B. Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Operationen/ Prozeduren, Alter des Patienten) in eine DRG- Fallpauschale. Das InEK zertifiziert die zugelassenen Grouper.

InEK

„InEK“ ist die Abkürzung für das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“. Es wurde von der Selbstverwaltung 2001 gegründet und erarbeitet jährlich den DRG-Fallpauschalenkatalog

KONVERGENZPHASE

Unter „Konvergenzphase“ versteht man eine Anpassungsphase an das neue Vergütungssystem der auf „DRGs“ basierenden Fallpauschalen. Es wird der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert, in insgesamt fünf Schritten, stufenweise an den jeweiligen Landesbasisfallwert angepasst. Die Dauer der Konvergenzphase umfasste den Zeitraum vom 1. Januar 2005 bis 1. Januar 2009.

KRANKENHAUSBUDGET

Voll- und teilstationäre Leistungen von Krankenhäusern werden durch das jährlich verhandelte Krankenhausbudget vergütet. Das Budget eines Krankenhauses orientiert sich an der Leistungsmenge des Vorjahres, welche die Krankenhausträger und die Krankenkassen gemeinsam ermitteln. Durch Preis- oder Leistungsabweichungen kann ein Krankenhaus Mehr-, aber auch Mindererlöse bezogen auf das Budget erzielen. Dafür erfolgt im darauf folgenden Jahr ein Erlösausgleich. Die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen erfolgt derzeit noch nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) über Abteilungspflegesätze. Diese Art der Abrechnung soll 2013 ebenfalls auf ein pauschaliertes Entgeltsystem umgestellt werden (vgl. § 17d KHG).

MEHRERLÖSE

Nach § 4 Abs. 4 KHEntgG liegen Mehrerlöse vor, wenn das vereinbarte Erlösbudget (bzw. die Erlössumme) überschritten wird. 65% der sonstigen Mehrerlöse müssen im Folgejahr an die Krankenkasse vom Krankenhaus zurückgezahlt werden. Es werden nur 35%, die variablen Kosten, vergütet. Es gibt auch vom Standard abweichende Mehrerlöse, z. B. Mehrleistungen aus der Behandlung von Polytrauma-Patienten. Diese werden zu 25% ausgeglichen.

MINDERERLÖSE

Nach § 4 Abs. 4 KHEntgG liegen Mindererlöse vor, wenn das vereinbarte Erlösbudget (bzw. Erlössumme) unterschritten wird. Somit werden grundsätzlich 20 % der nicht erzielten Erlöse im Folgejahr ausgleichend an das Krankenhaus zurückgezahlt.

NUBs

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ werden nach § 6 Abs. 3 KHEntgG durch das InEK noch nicht kalkuliert und somit nicht sachgerecht vergütet. Das jeweilige Krankenhaus muss bis zum 31.10. eines jeden Jahres einen Antrag beim InEK zur Abrechnung stellen. Das Prüfergebnis „Status 1“ bedeutet die neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode wird anerkannt. Somit ist eine Verhandlung von fallbezogenen Entgelten oder Zusatzentgelten möglich. „Status 2“ lehnt die NUBs ab, „Status 3“ bedeutet „nicht vollständig bearbeitet“ und „Status 4“ zeigt unplausible Angaben an.

OPS

Der „Operationsschlüssel“ klassifiziert medizinische Prozeduren (z.B. Operationen), zur Leistungsdokumentation und Abrechnung gegenüber den Krankenkassen.

RELATIVGEWICHT (BEWERTUNGSRELATION)

Der Schweregrad eines Behandlungsfalls wird durch das Relativgewicht ausgedrückt. Mit Hilfe eines Groupers wird das Relativgewicht eines Falls einer DRG zugewiesen.