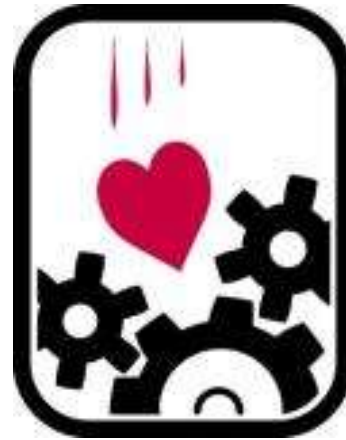


verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Einführung in die KH-Finanzierung

Dr. Peter Hoffmann

vdää

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

Rechtliche Grundlagen

- **SGB 5**
- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**
- **Landeskrankenhausgesetze (LKHG - Planung und Investitionen)**
- **Krankenhausentgeltgesetz (KHentgG)**
- **Bundespfllegesatzverordnung (BPflV) – heute nur noch Psychiatrie**
- **Krankenhausbuchführungsverordnung**
- **Fallpauschalenvereinbarung zw. Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene**

SGB 5

„Gesetzliche Krankenversicherung“

(Bis 1989 Reichsversicherungsordnung)

Grundprinzipien der GKV-Finanzierung

- Solidarität (reich für arm, gesund für krank)
- Parität
- Sachleistungsprinzip
- Kontrahierungszwang
- Umlageverfahren (keine Kapitaldeckung)

KHG (1972) § 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die **wirtschaftliche Sicherung** der **Krankenhäuser**, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit **leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen** und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) **Vielfalt der Krankenhausträger** ist zu beachten.

KHG § 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre **Investitionskosten** im Wege **öffentlicher Förderung** übernommen werden und sie
2. **leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen**, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Duale Krankenhausfinanzierung

Benutzerentgelte (GKV, PKV, Selbstzahler)

Fördermittel der Bundesländer



Quelle: vdek.

KHG § 6 und 8:

Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

- Die Länder stellen **Krankenhauspläne und Investitionsprogramme** auf.
 - Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (**LKHG**)
-
- *Im KHG keine Festlegung, wie Förderung aussieht (Einzel- und Pauschalförderung, nur Pauschalförderung, Art der Pauschalförderung)*
 - *Versagen bzw. Entzug der Zulassung bei nicht nur vorübergehenden und erheblichen Verstößen gegen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. bei Abzügen wg. Qualitätsmängeln (außer Land entscheidet anders)*

LKHG BaWü § 6: Inhalt des Krankenhausplans

Der Krankenhausplan ist ein **Rahmenplan** und enthält **allgemeine Zielsetzungen** sowie **Kriterien zur Investitionsförderung**. Er weist die **bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Betriebsstätten nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus. (...)**

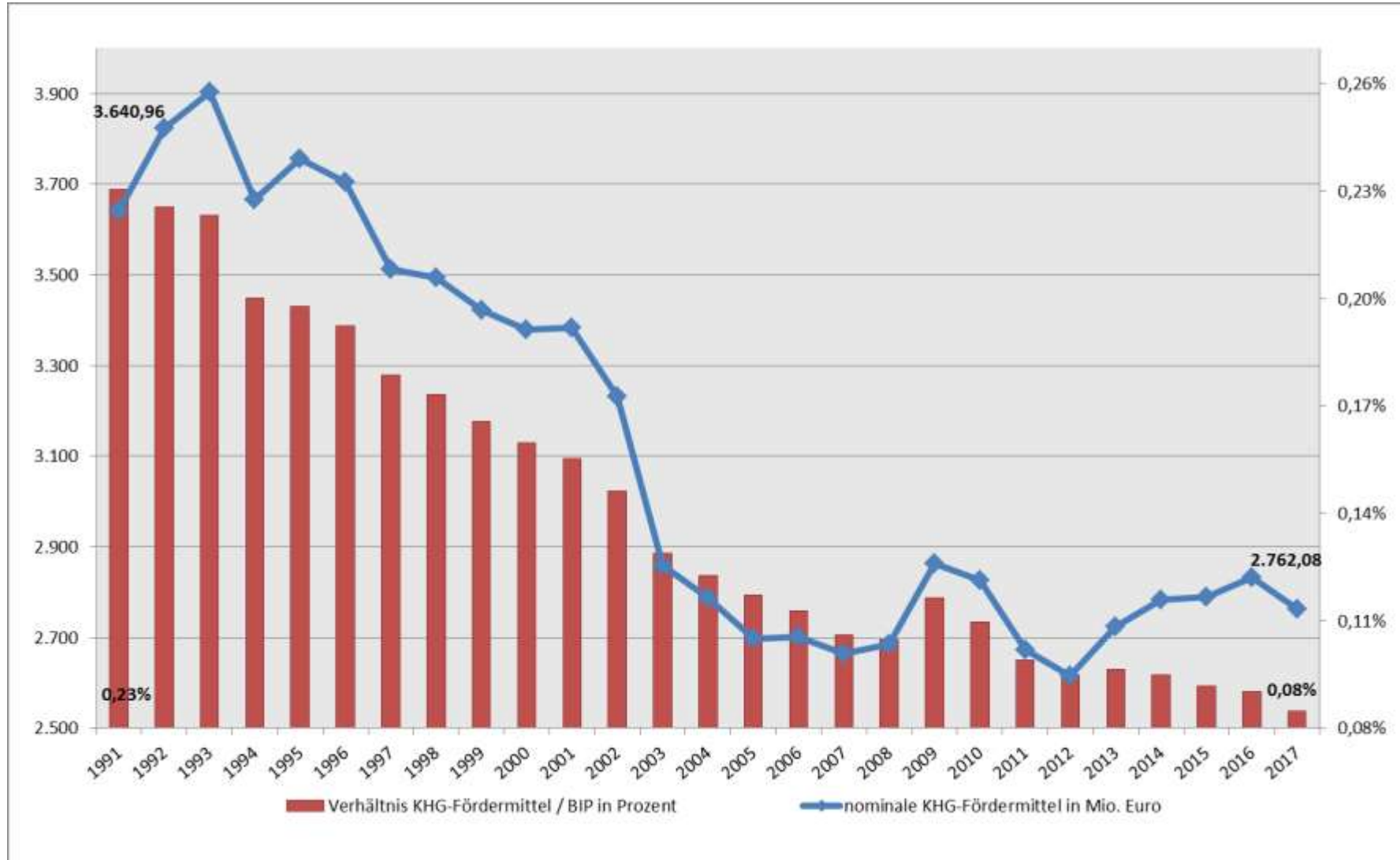
Die **Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus** umfassen die **Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten**. Daneben **kann** auch die **Zahl der Planbetten je Fachgebiet, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden.**

Der Krankenhausplan hat insbesondere den Anforderungen an eine **ortsnahe Notfallversorgung** Rechnung zu tragen.

Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

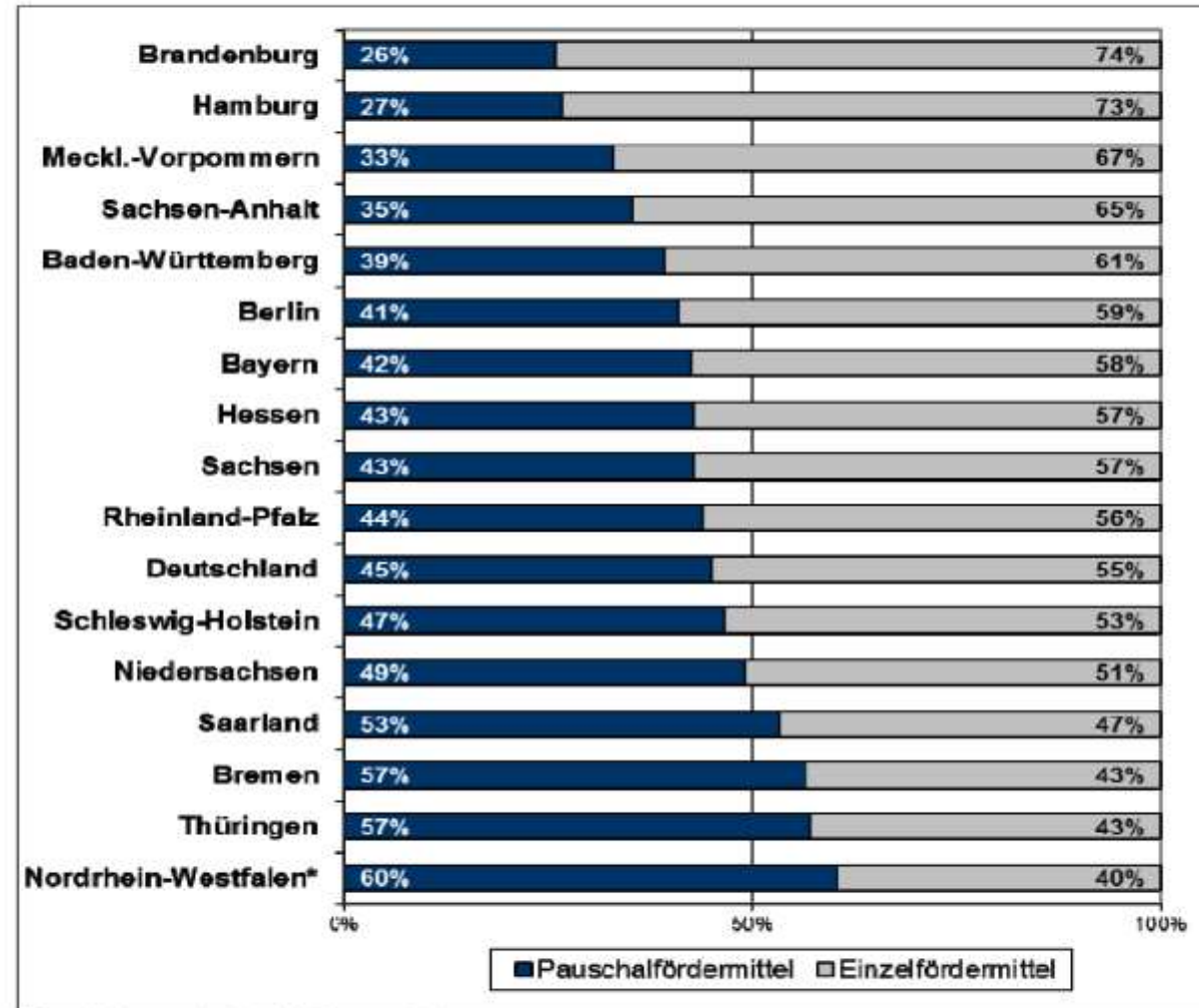
Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal

Quelle:
DKG-Bestandsaufnahme
Krankenhausplanung
und
Investitionsfinanzierung
2018



Verhältnis Pauschalförderung/Einzelförderung

Abbildung 4.6: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung im Jahr 2011¹²



* Einzelförderung einschließlich Baupauschale.

Quellen: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

KHG § 10: Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser (...) wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht.

- *bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen ermittelt durch DRG-Institut (InEK)*
- *Investitionsfallwerte auf Landesebene*

KHG § 12: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen (Abwrackprämie)

- (1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). (...)

Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der **Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen (...)**

Jedes Land kann seinen Anteil abrufen (Königsteiner Schlüssel) wenn es eine Kofinanzierung in gleicher Höhe erbringt, ohne seine laufenden Investitionskosten zu kürzen

Wie funktioniert das Fallpauschalensystem ?

DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen

einheitliche Fallpauschale für eine bestimmte
Behandlung einer bestimmten Diagnose

anfangs 409 Fallgruppen

2019: 1318 DRGs

Ablauf der Eingruppierung

- Verschlüsselung der Hauptdiagnose (ICD 10)
- Verschlüsselung aller Nebendiagnosen und Komplikationen
- Verschlüsselung aller Prozeduren (OPS 2019)
- **EDV-Programm ermittelt DRG incl. PCCL**

Bedeutung der Verweildauer

Untere Grenzverweildauer (UGV):

- Zeitraum in Tagen, die ein(e) Patient(in) auf jeden Fall stationär behandelt werden muss, um die ermittelte DRG zu 100% abrechnen zu können
- bei Unterschreiten erfolgt ein Abschlag auf den DRG-Betrag

Mittlere Verweildauer (MVD):

- Zeitraum in Tagen, welcher der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des DRG-Erlöses zugrunde gelegt ist
- Bei Verlegung und Unterschreitung der MVD werden für beide Krankenhäuser Abschläge fällig

Obere Grenzverweildauer (OGV):

- Zeitraum in Tagen, der für die übliche Behandlung des Patienten maximal eingeplant werden soll
- bei Überschreiten der OGV wird ein geringer tagesgleicher Zusatzbetrag gezahlt.

Inlier:

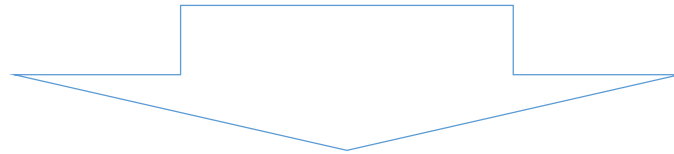
- Patienten innerhalb der Verweildauergrenzen (UGV/OGV)
- Bei Wiederaufnahme innerhalb Grenzverweildauer: Fallzusammenführung
- Bei gemeinsamer Behandlung ohne Verlegung: Abrechnung durch aufnehmendes Haus

Wie das G-DRG-System funktioniert

- Nur „Fälle“ werden bezahlt nicht Vorhaltekosten
- Abgrenzung von Fallgruppen anhand der tatsächlichen Ist-Kosten
- Berechnung der Relativgewichte der Fallgruppen und des Durchschnitts
 - z.B. C17Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen RG = 0.541
 - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden RG = 32,718
- Regulierung der Preise
 - der Landesbasisfallwert wird als **Festpreis** für eine durchschnittlich aufwendige Krankenhausbehandlung (= Relativgewicht 1,0) politisch festgelegt (BY 3.365€)
 - das Preisniveau ist damit von den tatsächlichen Ist-Kosten abgekoppelt
 - lt. DKG betrug Kostenanstieg von 2006-2011 +28 % bei einer Preisanpassung von 5,5 %
- Fallpauschale in € = Relativgewicht x Landesbasisfallwert

Welche ökonomischen Anreize das DRG-System setzt

$$\text{DRG-Erlöse} \textit{ minus} \text{ Kosten} = \text{Gewinn}$$



Zahl lukrativer Fälle ↑

Operationen ↑

Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Behandlungskosten ↓

KHEntgG § 9 und 10: Die „Raten“

- **Veränderungsrate:** Steigerung Einnahmen Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerung), wird jedes Jahr vom BMG veröffentlicht = **Obergrenze**
- **Orientierungswert:** ermittelt vom statistischen Bundesamt, ist praktisch die Preissteigerungsrate für KHS (§ 10, Abs. 6 KHEntgG)
- **Veränderungswert:** ausgehandelt auf Bundesebene (Selbstverwaltungspartner) = ein bestimmter Teil des Orientierungswertes auf Basis Differenz Veränderungsrate und Orientierungswert. Maximal ein Drittel der Differenz. Wenn Orientierungswert unter Veränderungsrate, gilt Veränderungsrate (§ 9 Abs. 5a KHEntgG) = **neue Obergrenze**
- **Tarifrate:** durchschnittliche Tariferhöhungen (ohne strukturelle Erhöhungen)
- **Erhöhungsrage:** Unterschied zwischen Veränderungswert (bzw. Veränderungsrate) und Tarifrate.
- **anteilige Erhöhungsrage:** 33% der Erhöhungsrage (bezogen auf die Personalkosten sind das 50%). LBFW ist entsprechend zu erhöhen (auch wenn Obergrenze überschritten wird) (**BPfV: 40% statt 33%**)
- **geplant: 100% und auch strukturelle Erhöhungen bei Pflegepersonal**

§ 4 (2b) Fixkostendegressionsabschlag

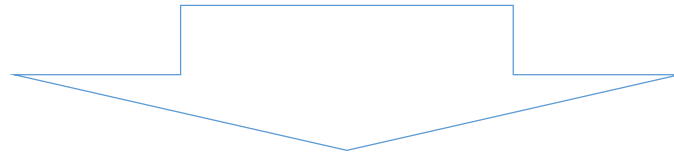
- Bei vereinbarten Steigerungen des Erlösbudgets
- ab 2017 (löst Mehrleistungsabschlag ab)
- Höhe durch Vereinbarung auf Landesebene (mindestens 35%)
- auf KH-Ebene höherer Abschlag und längere Laufzeit möglich
- (geplant: dauerhaft auf 35% und 3 Jahre festgelegt, keine Abweichungen auf KH-Ebene)
- Ausnahmekatalog: Transplantationen, Polytraumen, Verbrennungen, Sachkostenanteil von mehr als 2/3, Landesplanung incl. Zentren,
- Nicht wenn „abgesenkte oder gestaffelte DRGs“ (KHG § 17b, Liste GBA)
- Hälftiger Abschlag: Liste nicht mengenanfälliger Leistungen (G-BA) und bei Verlagerung von Leistungen/Zusammenlegungen

§ 4 (3) Mehr-/Mindererlösausgleiche

- Bei Steigerung/Absinken des Erlösbudgets und der Erlössumme über/unter Vereinbarung
- **Mindererlöse:** KH bekommt 20% nachbezahlt
(Ausnahme: Arzneimittel: Kein Ausgleich)
- **Mehrerlöse:** KH zahlt 65% zurück
(Ausnahme: **Arzneimittel, Schwerverletzte:** KH zahlt 25% zurück)

Welche ökonomischen Anreize das DRG-System setzt

$$\text{DRG-Erlöse} \textit{ minus} \text{ Kosten} = \text{Gewinn}$$



Zahl lukrativer Fälle ↑

Operationen ↑

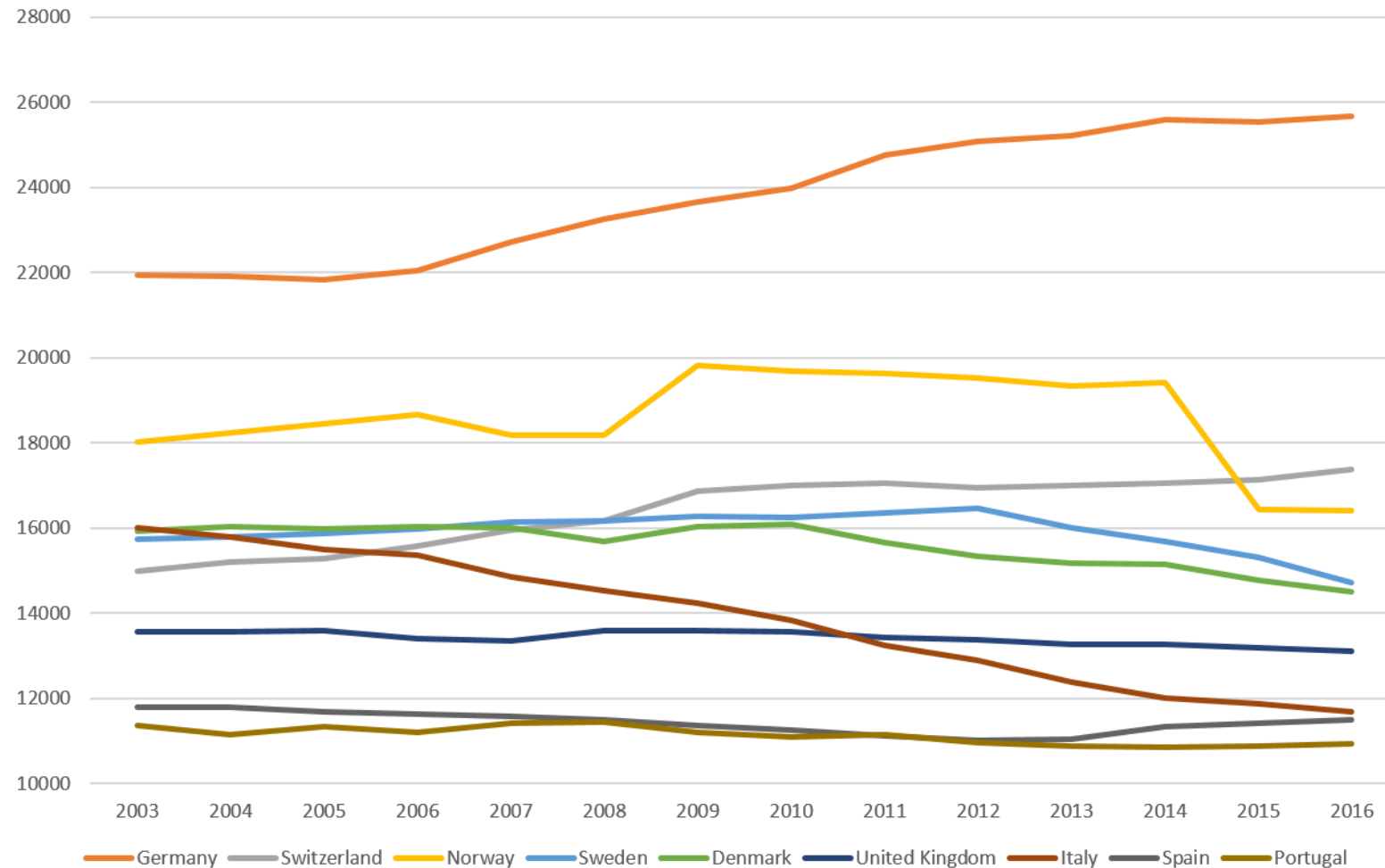
Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Behandlungskosten ↓





Ländervergleich: Anstieg von Krankenhausbehandlungen („Fälle“)

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner in ausgewählten OECD-Ländern

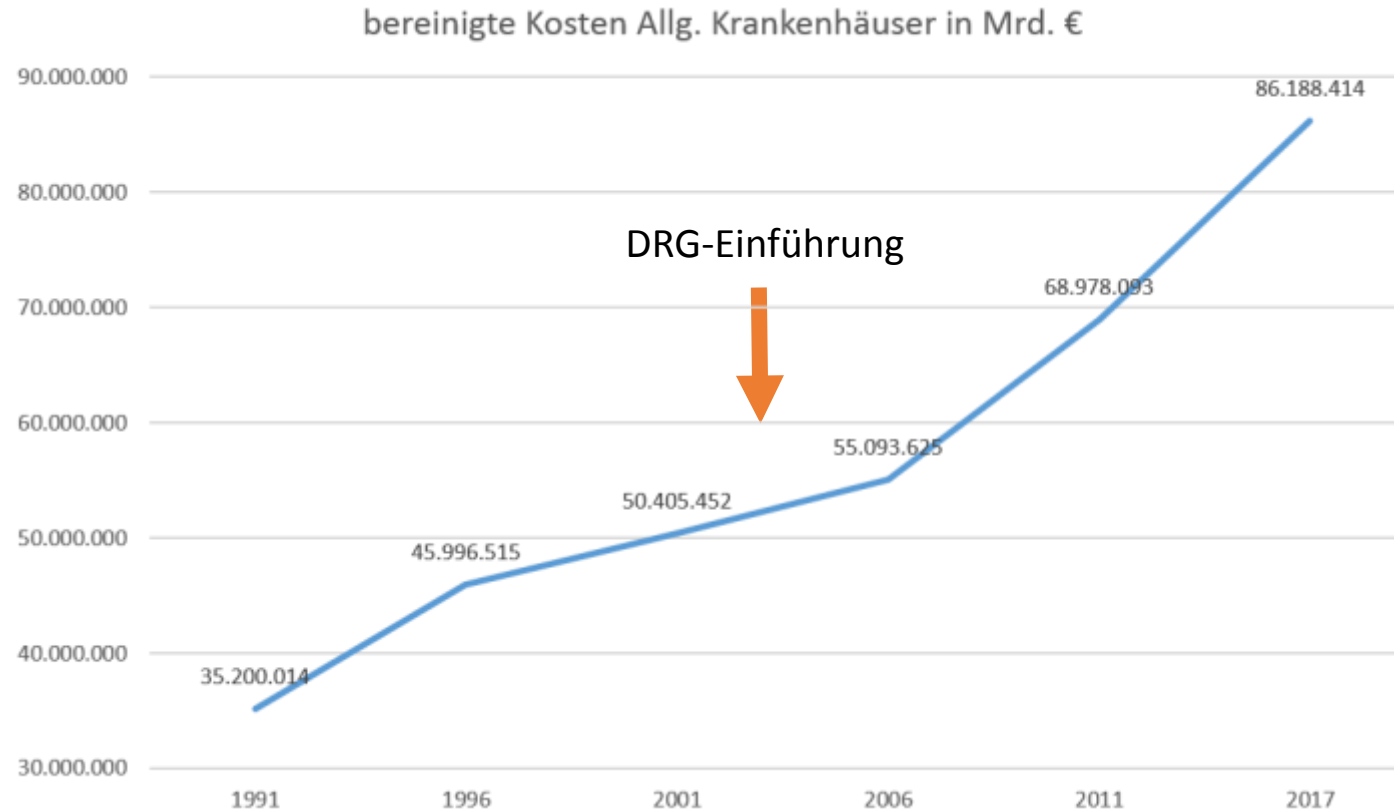


Ländervergleich der Behandlungsfälle

KH Leistungen (pro 100.000 Einwohner) in Deutschland im Vergleich zu 23 OECD-Ländern 2016

	Deutschland	OECD-Durchschnitt	Rang
Operation Grauer Star	1040,8	819,8	10
Mandelentfernung	132,3	107,8	7
 Erweiterung Herzkranzgefäße mit Ballonkatheter	406,2	183,1	1
Bypass-Operation	61,4	35,4	4
Blinddarmentfernung	155,1	116,9	4
 Gallenblasenoperation	247,8	157,9	2
Leistenbruchoperation	211,8	150,7	7
 Hüftgelenksersatz	304,4	167,1	1
 Kompletter Kniegelenksersatz	218,6	123,3	2

Kosten für KH-Behandlungen steigen



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

§ 108 - § 110: Zugelassene Krankenhäuser

- Plankrankenhäuser und Unikliniken haben automatisch einen Versorgungsvertrag
- Versorgungsverträge dürfen nur geschlossen werden, wenn Qualitätskriterien eingehalten werden
- Versorgungsverträge (auch von Plankrankenhäuser und Unikliniken) müssen/können von Kassen gekündigt werden, wenn Qualitätsabzüge für mehr als 3 Jahre
- Kündigung ist nur unwirksam, wenn Land innerhalb von 3 Monaten und mit Begründung widerspricht und „die Unabweisbarkeit des Bedarfs“ schriftlich nachweist. (neu durch KHSG)

§ 136 ff: Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

- Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung (auch Niedergelassene)
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen
- Nachweise zu Fortbildungspflichte der Fachärzte usw.
- **Mindestmengen**
- Qualitätsberichte
- **Leistungen bei denen Qualitätsverträge möglich sind**
- **Leistungen bei denen eine qualitätsabhängige Vergütung** (Zu- und Abschläge) möglich ist, incl. Bewertungskriterien
- **Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung** (§ 136c)
- Kriterien für Sicherstellungszuschläge (Minutenwerte für Erreichbarkeit, Definition geringer Versorgungsbedarf)
- Gestuftes System der Notfallversorgung
- § 137a: Gründung fachlich unabhängiges, wissenschaftliches **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.**
- § 275a: Kontrolle der Einhaltung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (auch unangemeldet, auch Meldung an Landesbehörden)

§ 110a Qualitätsverträge

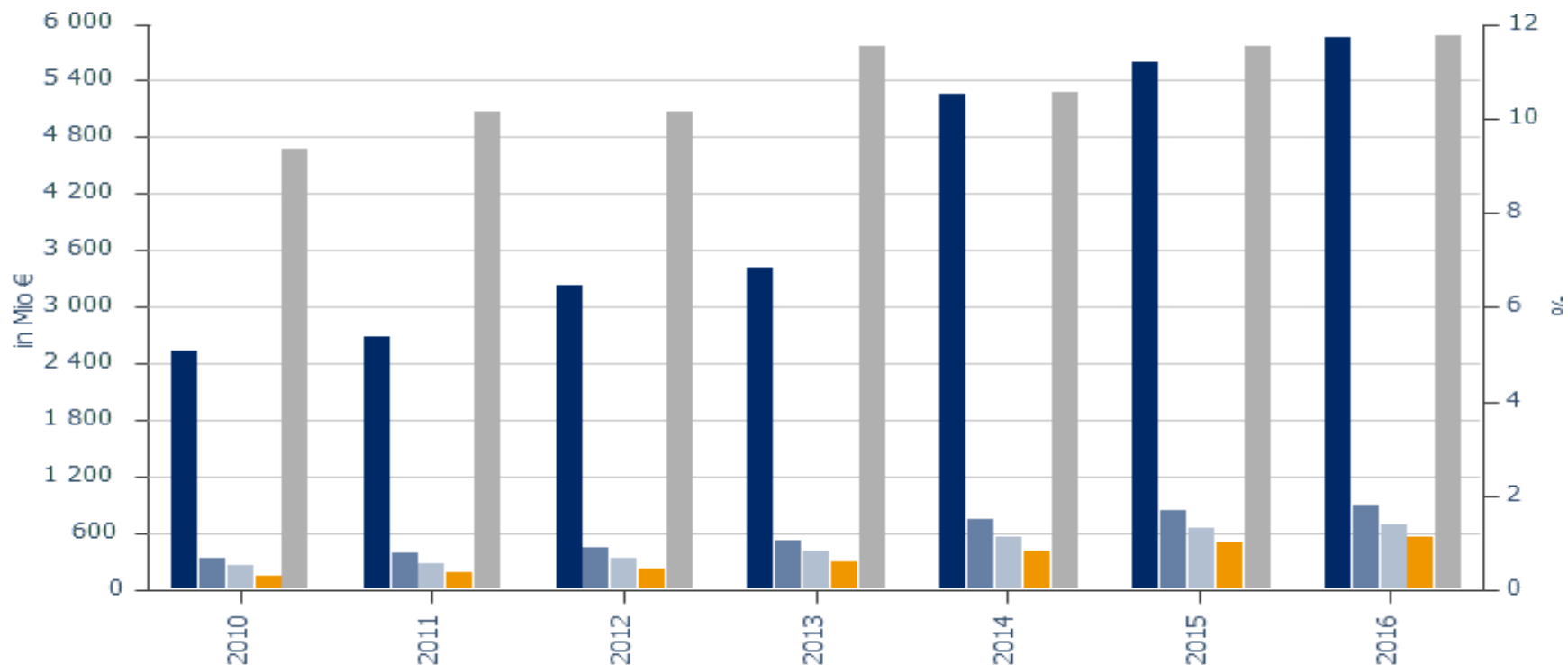
Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen (...) mit **dem** Krankenhausträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (**Qualitätsverträge**).

Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. (...)

- **Momentan nur 4 Leistungsbereiche** (Endoprothesen, Prävention des postoperativen Delirs, Respiratorentwöhnung, Versorgung von Behinderten)

➤ **Einstieg in Selektivverträge**

Krankenhäuser als Profitquelle – das Beispiel Fresenius Helios



Legende

in Mio €

■ Umsatz

■ EBITDA

■ EBIT

■ Konzernergebnis (Ergebnis, das auf die Anteilseigner der Fresenius Helios entfällt)

%

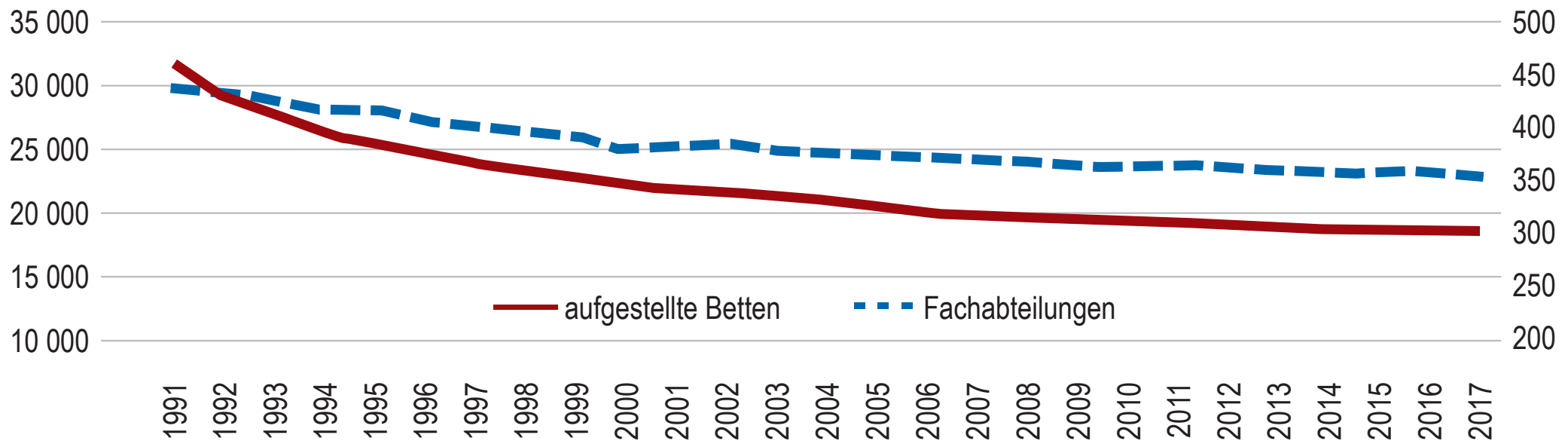
■ EBIT-Marge

Durchschnitt der DAX-Konzerne 2015: 8,8 %

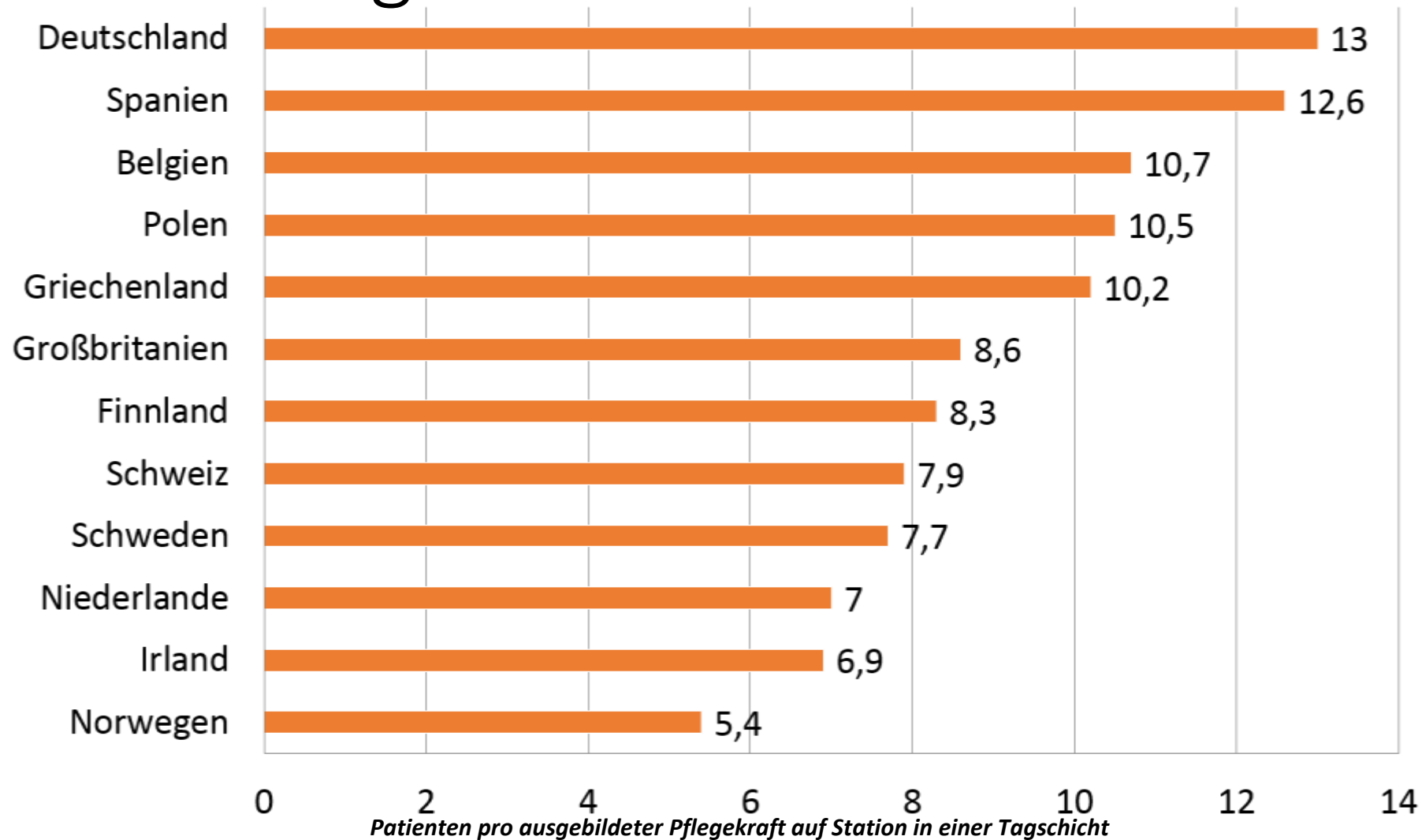
„Gefangen zwischen Ethik und Ökonomie“

GRAFIK 2

Anzahl Fachabteilungen und aufgestellte Betten – Kinder und Jugendmedizin in Deutschland 1991–2017



Betreuungsschlüssel



Quelle: "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States" BMJ 2012;344:e1717

„Blutige Entlassung“

Patienten mit Schenkelhalsfraktur in USA vor/nach DRG-Einführung

- VWD von 21,9 T auf 12,6 T
- Krankengymnastik von 7,6 auf 6,3 Anwendungen,
- Gehstrecke von 27 auf 11 Meter,
- Entlassung in Pflegeheim von 38% auf 60%,
- nach einem Jahr noch im Pflegeheim von 9% auf 33%

(aus: N Engl J Med 1989 Mar 30; 320(13):871-2)

Folgen für die Patienten:

„Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries“ (Aiken 2014)

- 422730 chirurgische Patienten aus 300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern
- Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.



**Eckpunkte für ein
Gemeinsames Konzept
für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung
im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Stationen**

Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung

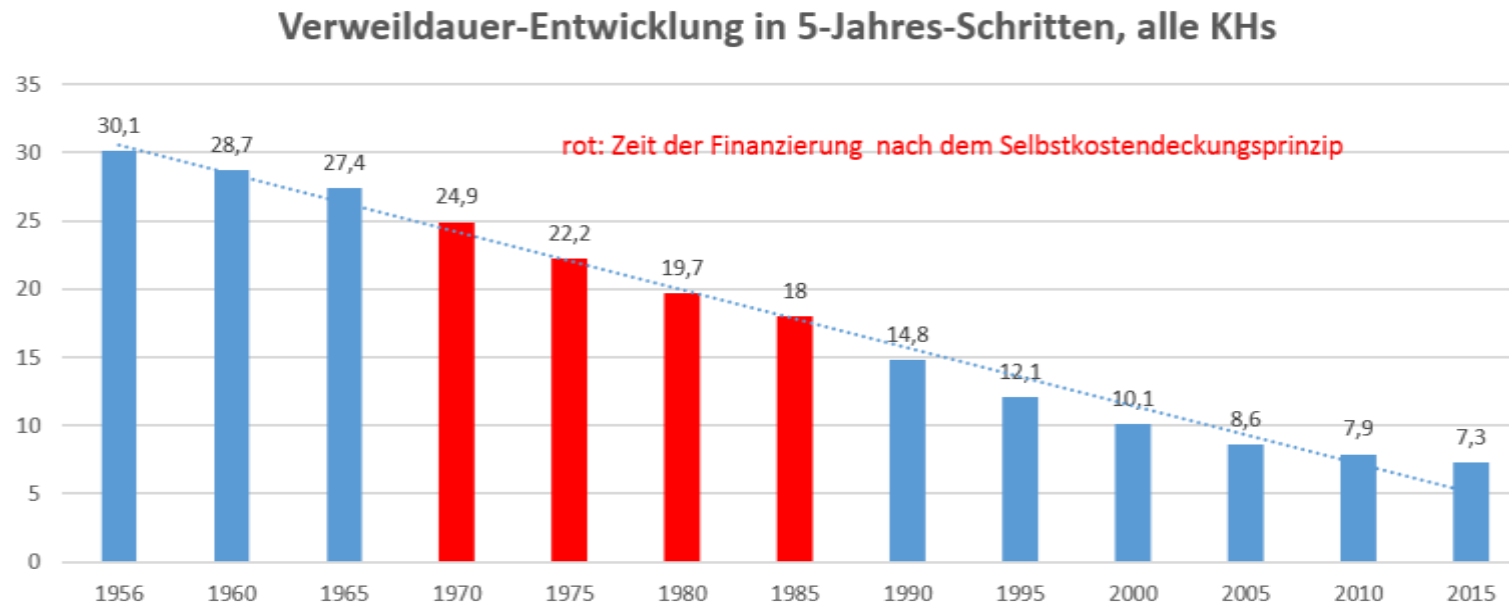
- Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung seit 02/2019
- Konkretisierung der Anlage 3 seit 07/2019
- BibliomedManager 19.09. „Heimig hat geliefert“
 - Berechnungsgrundlage für das neue Pflegebudget wurde dem BMG vorgelegt
 - danach werden 15 Mrd. Euro aus den Fallpauschalen ausgegliedert
 - § 17 b Abs. 4 KHG: Bis zum 30.09.2019 haben die Vertragsparteien erstmals für das Jahr 2020 die Bewertungsrelationen der ausgliedernden Pflegepersonalkosten und Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern und auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung abzuschließen.
- [Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung](#) zwischen den Vertragsparteien auf der Bundesebene geeint am 09. Oktober 2019

- ✓ auf Grundlage Pflegepersonalkosten des Vorjahres und zu erwartender Veränderungen für das Vereinbarungsjahr verhandeln die Vertragspartner **krankenhausindividuell ein Pflegebudget, erstmalig für das Jahr 2020** (§§ 17 b (4) KHG und 6a KEntgG)
- ✓ **Wirtschaftlichkeit** der Pflegepersonalkosten **wird nicht geprüft**; die Bezahlung von Gehältern **bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen** gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes
- ✓ Vor der Vereinbarung: Nachweis über die **jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung** in Pflegevollkräften (nach Berufsbezeichnungen) sowie Pflegepersonalkosten
- ✓ **Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres** ist den Vertragspartnern und dem InEK die **zweckentsprechende Mittelverwendung** bis zum 30.04. über eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers **vorzulegen**

- ✓ In einer Übergangsphase werden **mögliche finanzielle Einbußen** aufgrund der Umstellung der Krankenhausvergütung **auf 2 % (2020) und auf 4 % (2021)** des vereinbarten Vorjahreswertes **begrenzt**
- ✓ Für bereits ergriffene oder 2020 geplante **Maßnahmen, die zur Entlastung des Pflegepersonals führen**, können „**eingesparte Personalkosten**“ im Pflegebudget bis zu einer Höhe von **bis zu 4 % des Pflegebudgets erhöhend** berücksichtigt werden. Krankenhaus muss begründen und nachweisen.

Mythen über die Selbstkostendeckung

- **Mythos:** Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer („Selbstbedienungsladen“).
- **Mythos:** DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden („Freiheitsberaubung“)



➤ **Die Realität:** Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

Diskussionspapier für eine Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland aus der Perspektive der Intensivmedizin

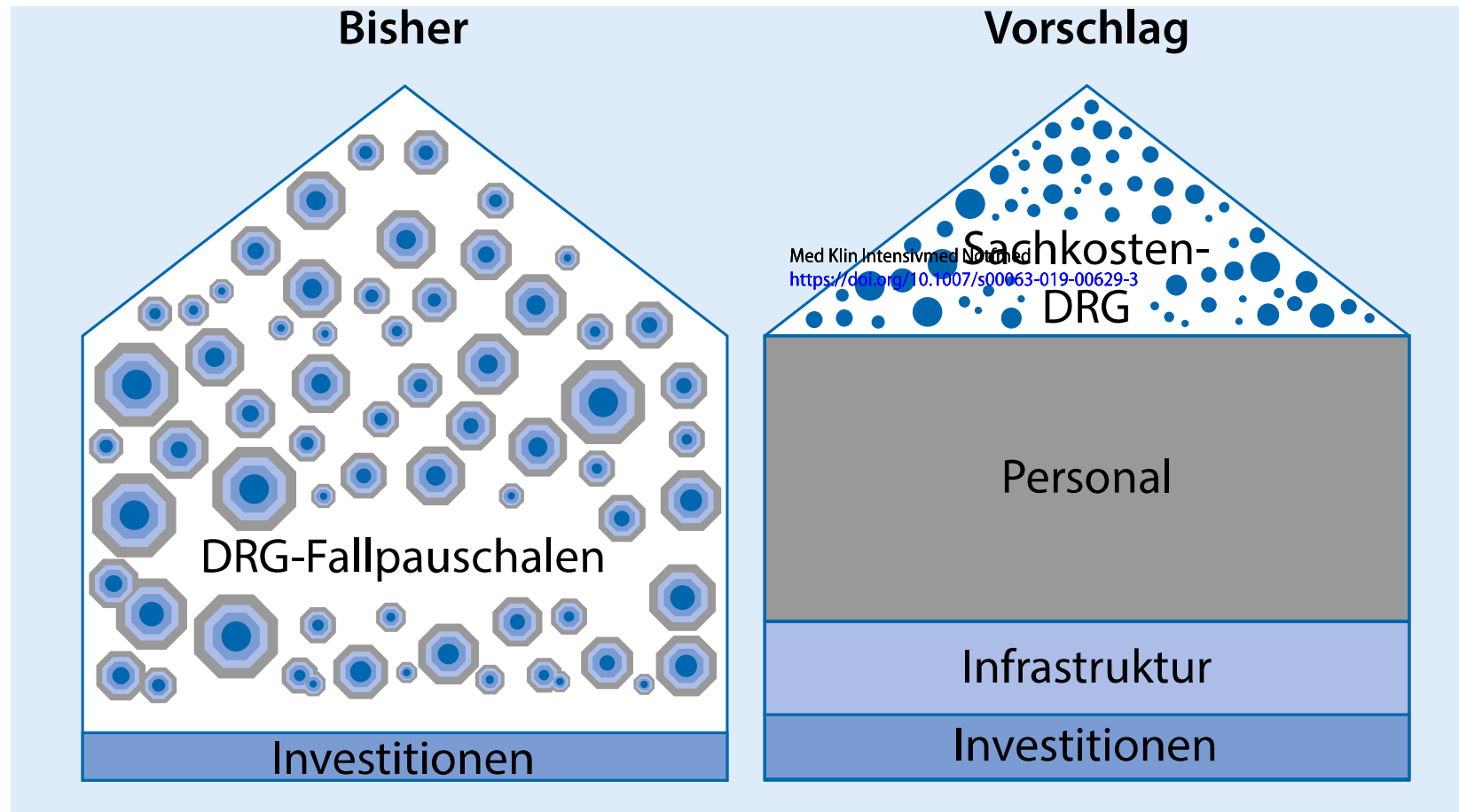
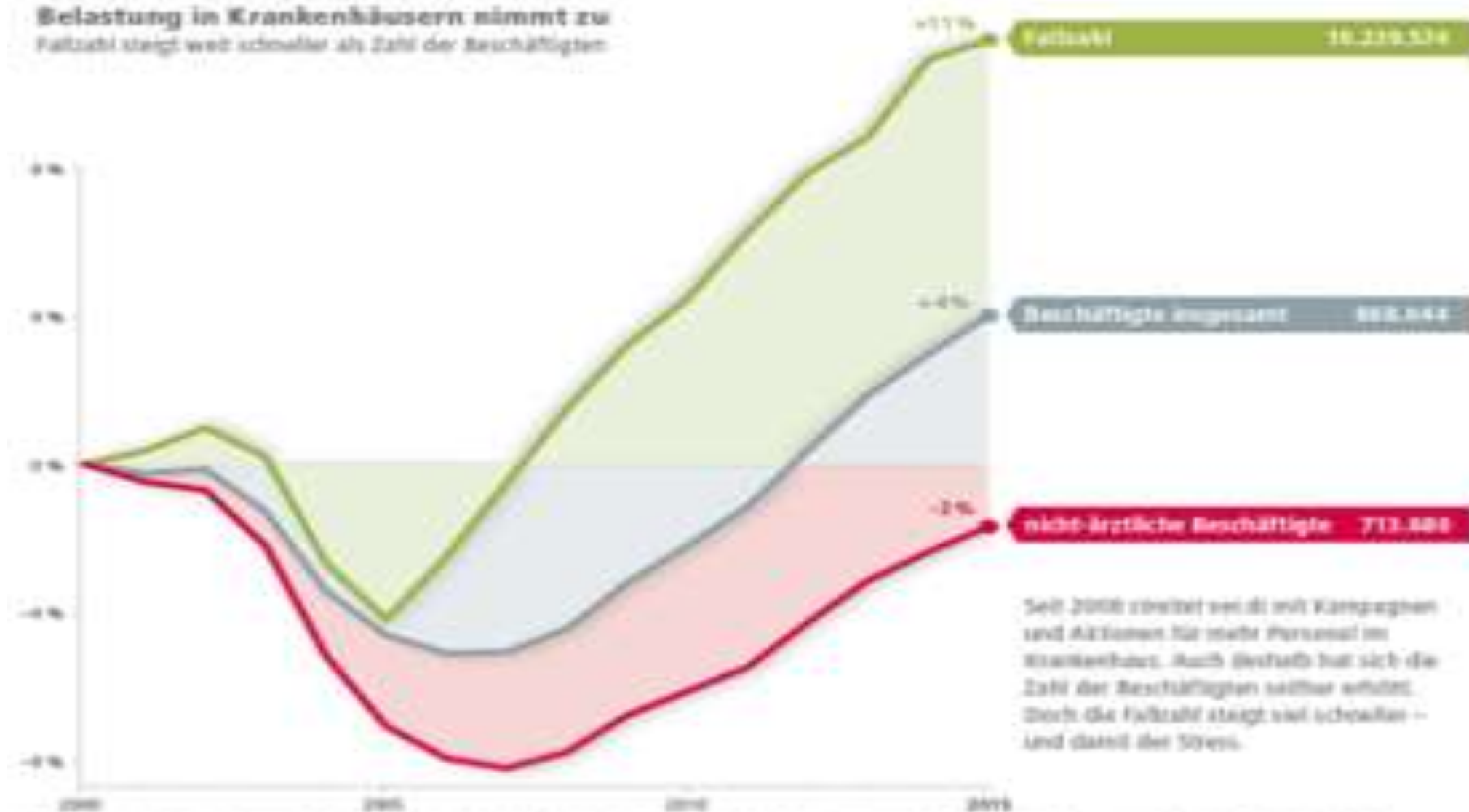


Abb. 1 ◀ Schematischer Vergleich der jetzigen, überwiegend auf DRG-Fallpauschalen basierenden Krankenhausfinanzierung und der in diesem Papier vorgeschlagenen Reform der Krankenhausfinanzierung. DRG Diagno-

Belastung in der Pflege nimmt zu

Belastung in Krankenhäusern nimmt zu
Fallzahl steigt weit schneller als Zahl der Beschäftigten



Seit 2010 arbeiten wir die mit Kampagnen und Aktionen für mehr Personal im Krankenhaus. Auch deshalb hat sich die Zahl der Beschäftigten seither erhöht. Doch die Fallzahl steigt viel schneller – und damit der Stress.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4 1 1; Beschäftigte in direkter Krankenpflege, umgerechnet in Vollzeitstellen; eigene Darstellung; Vergleich der prognostizierten Entwicklung, Basiswerte ab 2010; Grafik: werkstatt (magenta)

Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar
mit dem Patientenwohl

Wirtschaftlichkeit verstanden als:

- Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- Sparsame Mittelverwendung
- *keine Verschwendung*

Der Markt unterwirft sich alles

"Kam endlich eine Zeit, wo alles was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch, oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird.,,"

(Karl Marx, Das Elend der Philosophie, MEW Band 4, S.69)

§ 136 ff: Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

- Verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung (auch Niedergelassene)
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen
- Nachweise zu Fortbildungspflichte der Fachärzte usw.
- **Mindestmengen**
- Qualitätsberichte
- **Leistungen bei denen Qualitätsverträge möglich sind**
- **Leistungen bei denen eine qualitätsabhängige Vergütung** (Zu- und Abschläge) möglich ist, incl. Bewertungskriterien
- **Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung** (§ 136c)
- Kriterien für Sicherstellungszuschläge (Minutenwerte für Erreichbarkeit, Definition geringer Versorgungsbedarf)
- Gestuftes System der Notfallversorgung
- § 137a: Gründung fachlich unabhängiges, wissenschaftliches **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.**
- § 275a: Kontrolle der Einhaltung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (auch unangemeldet, auch Meldung an Landesbehörden)

Änderungen durch Psych-VVG

- Psych-PV bleibt in Kraft (100% Erfüllung bis 2020) und wird weiterentwickelt
- Bis Ende 2019 Budgetbildung für einzelnes Krankenhaus nach bisherigen Vorschriften (jährliche Leistungs- und Kostenbereinigung, Obergrenze: Veränderungswert)
- Ab 2020 krankenhausesindividuelles Budget (Gesamtbetrag), ähnliche Berechnung wie vorher, Veränderungswert gilt mit Ausnahmen, Anpassungsvereinbarung falls bisheriges Budget zu hoch (leistungsbezogene Vergleiche)
- Es werden leistungsbezogene Vergleiche zu den Kosten durchgeführt, die berücksichtigt werden müssen
- PEPP dient nur als Abrechnungseinheit und als Maßstab für Wirtschaftlichkeit
- **Kein Preissystem wie DRGs, keine Landesbasisfallwert, aber Gefahr der Anpassung an Durchschnitt**