



2. Online Veranstaltung zur Krankenhausreform (KHVVG)

a

Finanzierungsreform Vorhaltepauschalen und ihr Verhältnis zu den DRGs

September 2024

Dr. Nadja Rakowitz / Dr. Peter Hoffmann

▪ **Investitionskosten: Bundesländer**

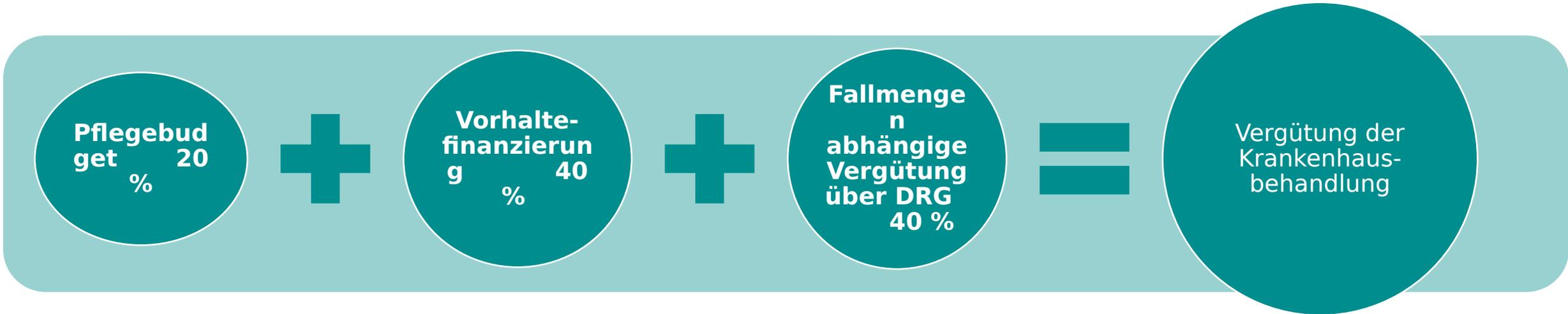
- seit den 90er Jahren Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge
- Unterfinanzierung ca. 50%
- geplant ist ein Transformationsfonds (Länder und GKV, ab 2026 10 Jahre lang jeweils 2,5 Mrd. €/Jahr; insgesamt 50 Mrd. €)

▪ **laufende Betriebskosten: Krankenkassen**

- Fallpauschalensystem = einheitlicher Preis für eine bestimmte Behandlung einer bestimmten Diagnose
- Unterfinanzierung Preisniveau der „Landesbasisfallwerte“ unzureichend
- Fallzahlrückgang (Personalengpässe, Bettensperrungen, Ambulantisierung)
- in 2024 extremer Anstieg der Defizite

im KHVVG unverändert: Gesamtvergütung neu: Vorhaltekostenfinanzierung

ver di



**fallmengen-
abhängige
Vergütung
bleibt**



*„Warum keine
Selbstkostendeckun
g
für alle
notwendigen
Berufsgruppen“*

- ➔ **Fehlanreize des DRG-Systems bleiben:**
finanzielle Steuerung ohne Gemeinwohlorientierung
Zielkonflikt: Gewinnoptimierung ↔ Versorgung
- ➔ Über-, Unter-, Fehlversorgung
 - ➔ Mengensteigerung und Kostendumping
aktuell verstärkt durch hohe Defizite

Teil - Ausgliederungen verstärken ökonomischen Druck

Beispiel Selbstkostendeckung für Pflege am Bett
Ausgliederung der Vorhaltekosten wird
„Überökonomisierung“ nicht abschwächen

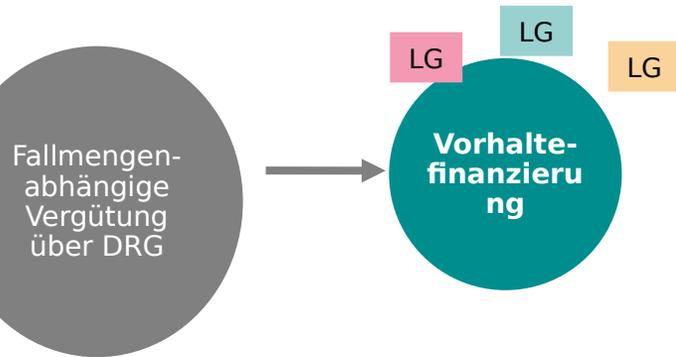


Vorhaltevergütung

§ 17 b KHG

Wie werden die Vorhaltevergütungen bestimmt?

ver di



Gesetzliche Absenkung der Fallpauschalen

(offiziell 40% DRG-Vergütung + 20% Pflegebudget, das gegenwärtig kein Bestandteil der DRGs ist)

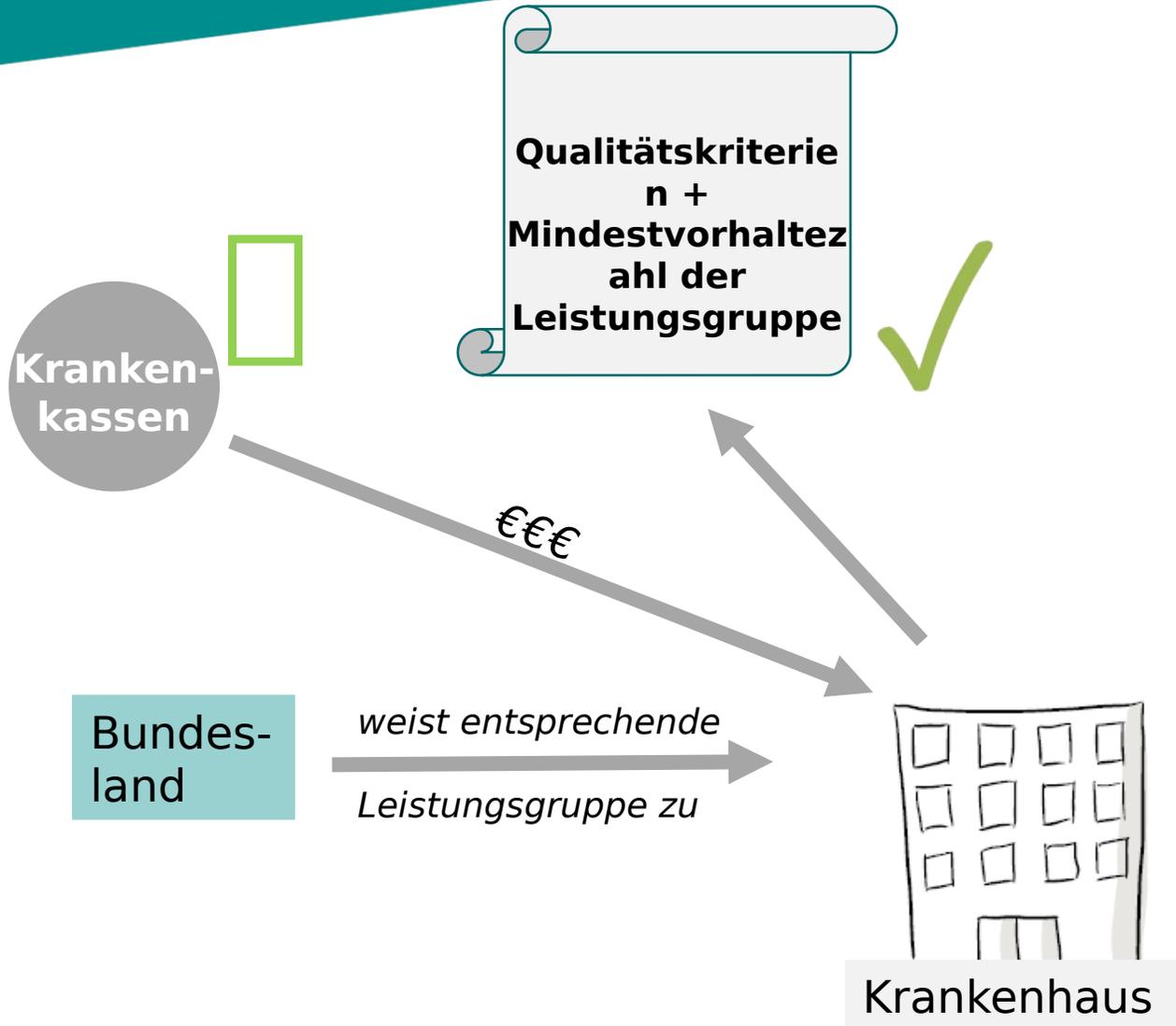
- InEK gliedert erstmals für das Jahr 2025 einen Finanzierungsteil aus dem DRG-Fallpauschalensystem aus
- InEK kalkuliert für jede DRG nach Abzug „variabler Sachkosten“ die Vorhaltekosten als Bewertungsrelation
- 2025 und 2026 noch budgetneutral für das einzelne KH
- InEK analysiert Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen und Qualität (öffentlicher Bericht 2020, 2031)

Volle Wirkung der Vorhaltevergütung

ab 2029

Bei alternativ festgelegten Vorhaltevergütung eine Kalkulation der Vorhaltekosten vorgenommen werden soll

Vorhaltevergütung welche KH haben Anspruch?



- Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf Krankenhausstandort
- vertraglich vereinbarte Kooperationen und Verbünde können berücksichtigt werden
- Bundeseinheitliche Definition, welche Kooperationsmöglichkeiten bzw. Verbundlösungen möglich sind zur Erfüllung der Qualitätskriterien

Mindestvorhaltezahlen für jede Leistungsgruppe!?



Festlegung durch BMG per Rechtsverordnung (§135f SGB V) zustimmungspflichtig im Bundesrat

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll wissenschaftliche Empfehlungen für Mindestvorhaltezahlen erarbeiten
- Berücksichtigt werden bei Festlegung:
 - Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards
 - Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung
 - Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß §12

Ermittlung des Vorhaltebudgets - je Land und Leistungsgruppe

- aus Fallpauschalen ausgegliedertes Volumen wird ausgewiesen nach Leistungsgruppen und Land
- Volumen wird mit jeweiligem Landesbasisfallwert gewichtet
- Vorhaltebudget im Land ist auf jeweiliges Jahr gedeckelt

Ermittlung des Vorhaltebudgets - je Krankenhaus

- InEK stuft jedes Krankenhaus in ihm zugewiesenen LG ein - **anhand bisheriger Fallzahl und Fallschwere**
- auf Grundlage der Einstufung der Krankenhäuser teilt das InEK das Vorhaltebudget je Land und Leistungsgruppe auf
- budgetneutrale Einführung in 2025 und 2026
- Konvergenzregelung in 2027 und 2028 (Wirksamkeit zu 33% bzw. 66 %)
- Neueinstufung in regelmäßigen Abständen (zunächst nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre)
- Veränderungen der Fallschwere wird bei Neueinstufung berücksichtigt
- Veränderung der Fallzahl +/- 20 Prozent □ keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich Fallzahl
- falls die Länder **Planfallzahlen** pro KH festlegen **sind diese zu verwenden**
- Verlagerungseffekte aufgrund von Schließungen oder Fusionen

Vorhalte -budget

Pflege- budget

□ auch zukünftig
krankenhausindividuell
nach
Selbstkostendeckungs-
prinzip finanziert.

- **Vergütungszuschläge für Notfallstufen des GBA** bleiben
 - Basisnotfallversorgung Stufe 1: 153.000 €/a
 - erweiterte Notfallversorgung Stufe 2: 459,000 €/a
 - umfassende Notfallversorgung Stufe 3: 688.500 €/a
 - Nichtteilnahme an der Notfallversorgung: Abschlag von 60 €/Fall
- **Zuschläge für Sicherstellungs-KHs** werden etwas erhöht
 - von 400.000 auf 500.000 €/a
 - bei mehr als 2 Fachabteilungen von 600.000 auf 650.000 €/a
- **Preiserhöhung** (Landesbasisfallwerte) ab 2025
 - lineare Tariferhöhungen und Einmalzahlungen gehen bereits unterjährig zu 100 % in den Orientierungswert ein

- **ab 2027:**

Pädiatrie: 288 Mio.

Mio. weiter (§ 5 KHEntgG)

für 2025/26 gilt bisheriger Zuschlag von 300

Geburtshilfe: 120 Mio.

Mio. weiter - (§ 5 KHEntgG)

für 2025/26 gilt bisheriger Zuschlag von 120

Stroke Unit: 35 Mio.

Spezielle Traumatologie: 65 Mio.

Intensivmedizin: 30 Mio.

Krankenhausfinanzierung im KHVVG

unser **Fazit als Bündnis KsF**

- Geldspritze für akut insolvenzgefährdete KH fehlt weiterhin
- DRG-Fallpauschalensystem wird nicht überwunden – 40 % plus
 - Anreiz zur Mengensteigerung bleibt
 - Anreiz zum (Personal-) Kostendumping bleibt
- Vorhaltevergütung ist keine Vorhaltevergütung
 - finanzielle Steuerung statt Ermittlung des Versorgungsbedarfs
 - Mengenabhängigkeit weitgehend gleich zum DRG-Fallpauschalensystem
 - keine Zweckbindung der Vorhaltevergütung
 - Landbevölkerung und versorgungsnotwendige KH am Land sind sicher Verlierer
 - Zuschläge für die o.g. medizinischen Fachgebiete sind zu gering
 - massive weitere Bürokratisierung unausweichlich

Krankenhausfinanzierung - die Alternative:



Finanzierungssäulen:

- öffentliche Versorgungsplanung **Investitionsmittel**
- Leistungen und Betten als Planungsgrundlage **Vorhaltekosten** (Räume, Großgeräte, Fachpersonal)
- (Sicherstellungszuschläge überflüssig)
- verbindliche Personalbemessung für Fachpersonal **Personalbudget**
- fallzahlabhängige Sachkosten **budgetierte Sachkostenpauschalen**

-
- Prinzip: Gemeinwohlorientierung
 - Transparenz: Offenlegung der Kostenstrukturen
 - optional: regionale „Sonderwirtschaftszonen“ zur Erprobung innovativer Modelle

- „Wir (...) sehen die **dringende Notwendigkeit**, noch in dieser Legislaturperiode ein in die Zukunft weisendes Krankenhausreformgesetz in Kraft treten zu lassen.
- Im Bereich der **Krankenhausplanung** sollte in einem ersten Schritt auf die (...) Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen aufgesetzt werden. Die vom Bund bisher dazu geplanten strittigen Weiterentwicklungen, wie zum Beispiel die Einführung von Mindestfallzahlen, zusätzlichen Leistungsgruppen oder Veränderungen bei den Strukturvorgaben für die Leistungsgruppen sollten in einer zweiten Entwicklungsphase gemeinsam mit den Ländern ab 2027 geprüft werden.
- Eine anteilige Finanzierung der Betriebskosten durch **Vorhaltebudgets** wird von uns grundsätzlich begrüßt. Die derzeit **geplante stark fallzahlabhängige Vorhaltvergütung lehnen wir aber ab**. Aus diesem Grund schlagen wir vor, **in einem ersten Schritt auf die Weiterentwicklung** der bereits etablierten **fallzahlunabhängigen Finanzierungsinstrumente, wie zum Beispiel Notfallstufenzuschläge, Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe sowie Zentrumszuschläge zu setzen** und eine darüber hinausgehende umfassende Finanzierungsreform im Anschluss an diese Gesetzgebung (...) vorzubereiten.“

Gemeinsame Erklärung vom 26.08.2024:

1. Wir sprechen uns für eine **fallzahlunabhängig und bedarfsorientiert ausgestaltete Vorhaltefinanzierung aus**. (...) Daher sehen wir die (...) vorgesehene jährliche Anpassung der Vorhaltefinanzierung auf Basis der Ist-Fallzahlen und den fehlenden Bevölkerungsbezug kritisch.
2. Um reale Versorgungsbedarfe (...) ermitteln zu können, muss ein **wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung** zeitnah entwickelt werden.
3. Wir plädieren dafür, die **Strukturreform nicht von der Finanzierungsreform zu entkoppeln und zeitnah verbindliche Qualitätsvorgaben (...) auf der Basis der wissenschaftlichen Evidenz** zu schaffen. (...) **Mindestvorhaltezahlen** sind (...) ein zentrales Element, um bei nicht vorliegender Evidenz die nötige Routine zu gewährleisten und Gelegenheitsversorgung auszuschließen (...).