

# Finanzierung im Krankenhaus

46. Deutscher Krankenhaustag

am 13.11.2023

# Agenda

1. Eckdaten des Vergütungssystems 2024
2. Krankenhaus-Reform / KHVVG

# AG-DRG-Katalog 2024 - I

## Bewertung

- Nochmalige Anwendung der „gestuften Dämpfung“, da Leistungsniveau weiterhin eher auf dem Pandemie-Niveau in gleicher Form
- Keine erneute Normierungen aufgrund der Ausgliederung des Pflegebudgets
- Nachträgliche Kompensation vereinbart für das ZE 93 – Humane Immunglobuline, falls die Kosten im Jahr 2024 um mehr als 15% über den Entgelten liegen sollten
- Keine Änderung der Abrechnungsbestimmungen
- Zunächst keine Einigung Ende September, da Dissens über das Ausgliederungsvolumen für neu eingeführte Hybrid-DRG

# AG-DRG-Katalog 2024 - II

## Aktueller Stand

- Einigung und Gremienbeschlüsse am 6. November:
  - Absenkung des Case-Mix-Volumens (Hybrid-Bereinigung) auf Basis der (vorliegenden) Kostendaten der ausgegliederten Fälle
  - Erhöhung des Case-Mix-Volumens für den DRG-Katalog 2024 in Höhe von **54 Mio. Euro**
  - **Präambel zur FPV 2024:** Einigung stellt **kein Präjudiz** dar
  - Diskussion zum Umgang mit den auszugliedernden **Gemeinkosten im kommenden Jahr**
- Vermeidung einer Ersatzvornahme und einer Präjudiz-Wirkung
- Bestätigung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung, ohne Inkrafttreten der Hybrid-DRG-V

# AG-DRG-Katalog 2024 - III – Hybrid-DRG

## Aktueller Stand - Positiv

- Eng begrenzter Katalog von 5 Leistungsbereichen → entspricht der DKG-Forderung
- Begrenzung auf 1 Belegungstag → entspricht der DKG-Forderung
- Eindeutige Abgrenzung durch den DRG-Groupier → wird begrüßt, da Streitpotential und bürokratischer Aufwand reduziert wird.
- Der Groupier setzt weitere begrenzende Merkmale um, wie aufwändige Prozeduren, Nebendiagnosen, etc. → wird positiv eingeschätzt
- Mischkalkulation aus stationären und ambulanten Vergütungen -> entspricht als Übergangslösung (!) der DKG-Forderung

# AG-DRG-Katalog 2024 - IV – Hybrid-DRG

## Aktueller Stand - Kritik

- Zentrale Kritik der DKG ist die nicht zielführende Grundausrichtung des § 115f SGB V
- Die Vergütungshöhen der RVO können wegen fehlender Transparenz nicht hinreichend bewertet werden, sind aber zu niedrig
- Eher zufällige Ambulantisierungsgrade bestimmen die Vergütungshöhen
- Umsetzung durch die Ersatzvornahme eignet sich nur als Übergangslösung im Sinne eines Pilotprojekts
- Vor Erweiterung des Kataloges müssen unbedingt die Auswirkungen in 2024 erfasst werden
- Voraussetzungen für eine deutliche Erweiterung liegen nicht vor
- Anlage 3 der Hybrid-DRG-V und Vorziehen der Prüfung (ÄA des Pflegestudium-Stärkungsgesetzes) sind kontraproduktiv

# Vereinbarung des Veränderungswerts 2024

Orientierungswert 2024: 6,95 % (ohne Pflege)

6,70 % (mit Pflege)

(Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes vom 29.09.2023)

Veränderungsrate 2024: 4,22 %

(vom BMG am 15.09.2023 bekannt gegeben)

**STATIS**  
Statistisches Bundesamt



DKG und GKV-SV /  
PKV haben den  
**Veränderungswert**  
zu vereinbaren

➤ **Veränderungswert 2024:** Einigung erzielt:

- KHEntgG: 5,13 %
- BPfIV: 5,31 %
- Maximal mögliches Ergebnis bei bestehenden gesetzlichen Vorgaben

➤ **Fehlender Inflationsausgleich kann in 2024 nicht kompensiert werden**

➤ **Wegfall der letzten Energiehilfen im April 2024 führt zu weiterer Verschärfung**

# Tarifrater 2023

## 2023

- Strittige Bewertung der „Einmalzahlung Inflationsausgleich“
- Einigung liegt vor, formelle Vereinbarung steht noch aus

Gesamttariferhöhungen 2023	4,67%
Veränderungswert 2023 (KHEntgG)	4,32%
Veränderungswert 2023 (BPfIV)	4,50%
Erhöhungsrater 2023 KHEntgG	0,35%
Erhöhungsrater 2023 BPfIV	0,17%
anteilige Erhöhungsrater 2023 KHEntgG (30,61 %)	<b>0,11%</b>
anteilige Erhöhungsrater 2023 BPfIV (55 %)	<b>0,09%</b>

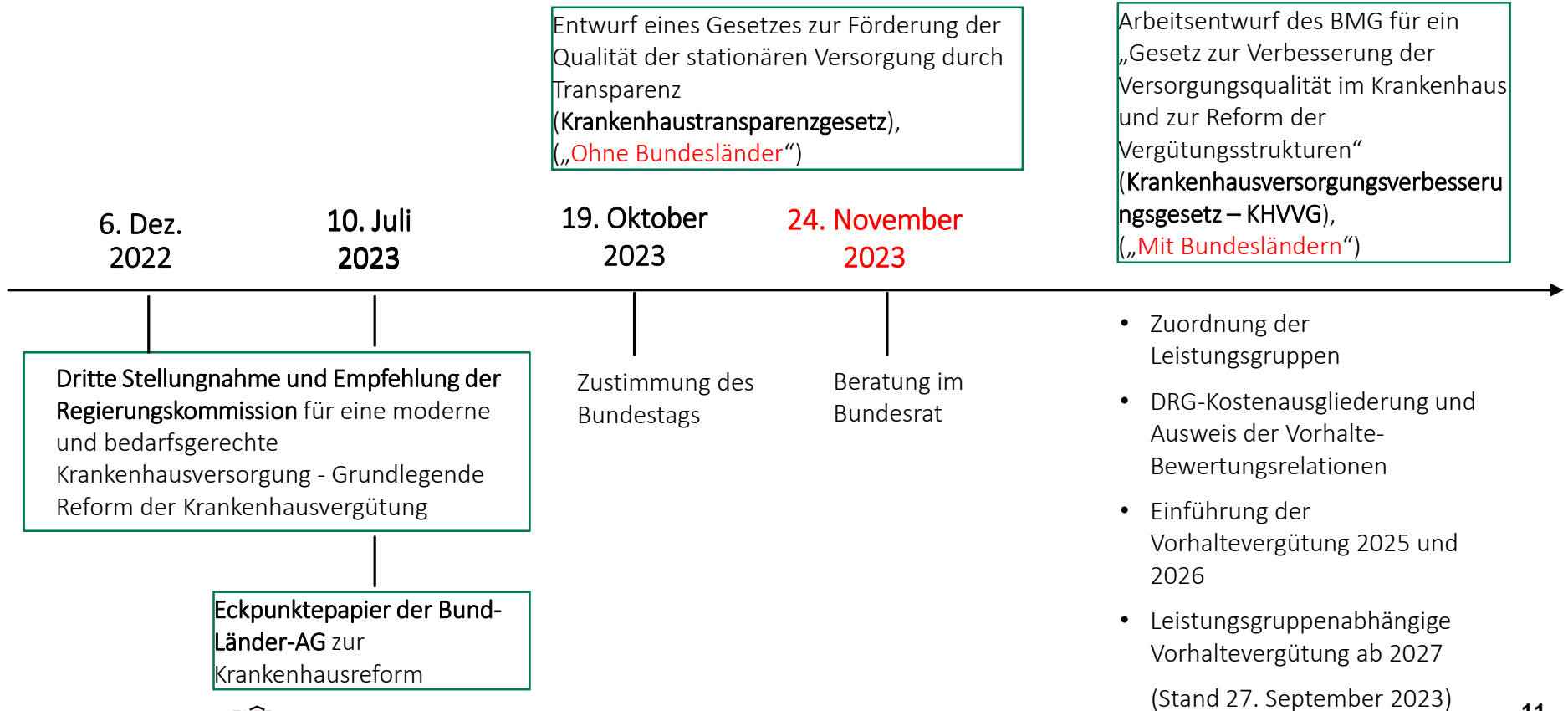
- Finanzvolumen ca. 70 Mio. € für 2023 umgesetzt über L-BFW 2024
- Weiterhin lediglich anteilige Refinanzierung, da nur 50% der Vergütungserhöhungen ohne Berücksichtigung weiterer Kostensteigerungen (z. B. höhere Bewertung Bereitschaftsdienst)



# Agenda

1. Eckdaten des Vergütungssystems 2024
2. Krankenhaus-Reform / KHVVG

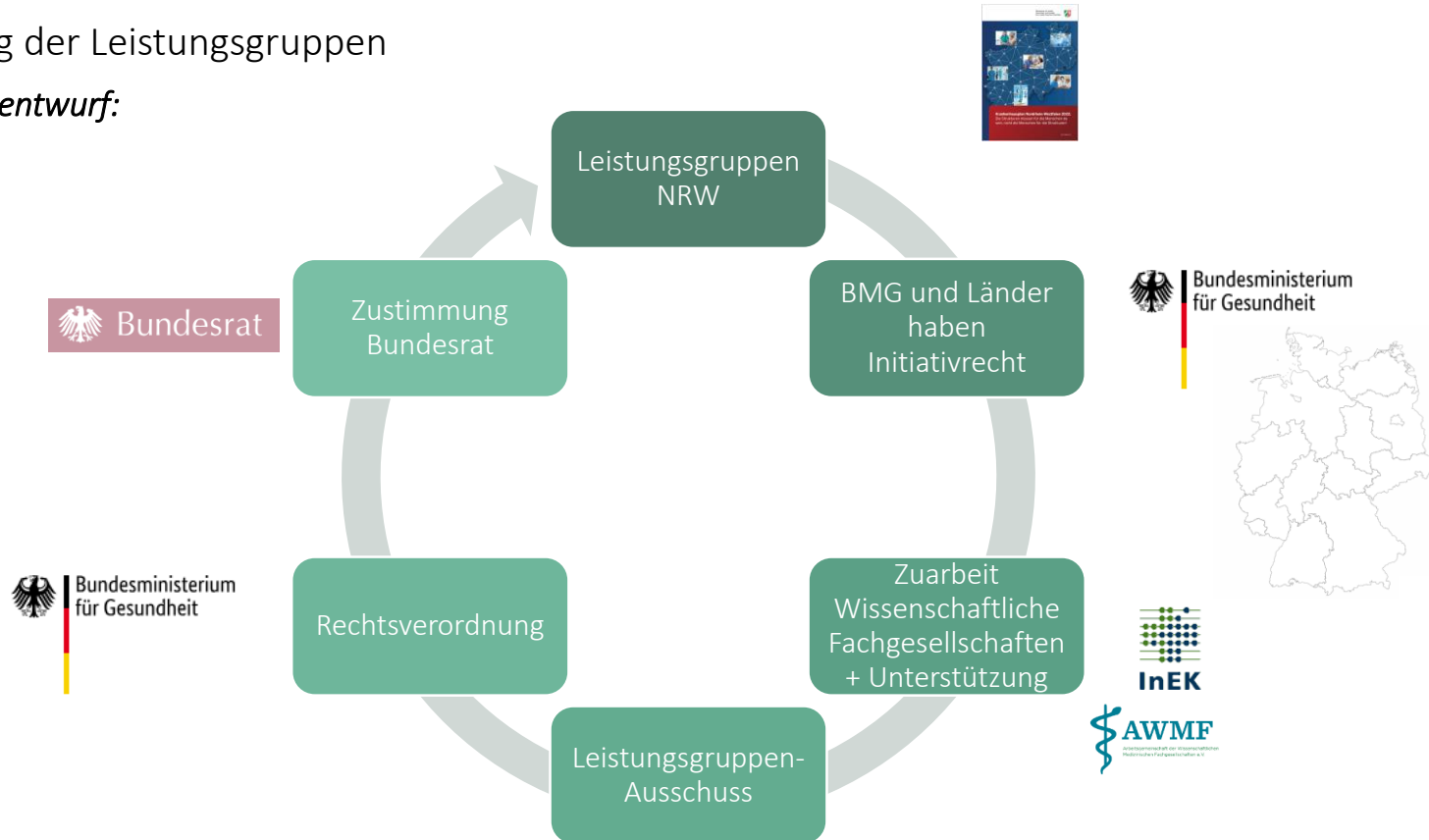
# Entwicklung einer „Krankenhausreform“



# Umsetzung der „Krankenhausreform“ - Leistungsgruppen

Entwicklung der Leistungsgruppen

*BMG-Arbeitsentwurf:*





# Umsetzung der „Krankenhausreform“ - Leistungsgruppen


Zuordnungslogik der Leistungsgruppen


*Probleme:*

 **Grundlegende Auswirkungen** auf die Versorgung und Rahmenbedingungen.

 Zuordnung der Behandlungsfälle zu den LG NRW + 5 durch das InEK über fallbezogene Merkmale (§ 21 Abs. 3c KHEntgG neu – KHTPG)

 Zuordnungslogik in NRW folgt der Fachabteilungssystematik, daher **praxistaugliche Lösungen** für Überscheidungen notwendig

 Z. B. „Nierenkolik“ Zuordnung zur LG Urologie, keine Behandlung mehr in der Allgemeinen Chirurgie (gleiches beim **Alter** in der Pädiatrie).

 **LG-Groupen** nach KHTPG soll **bis Ende 2024** vorliegen. Es ist davon auszugehen, dass dieser auch die **Grundlage** für die LG für das **Jahr 2027** sein wird.

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ - Leistungsgruppen

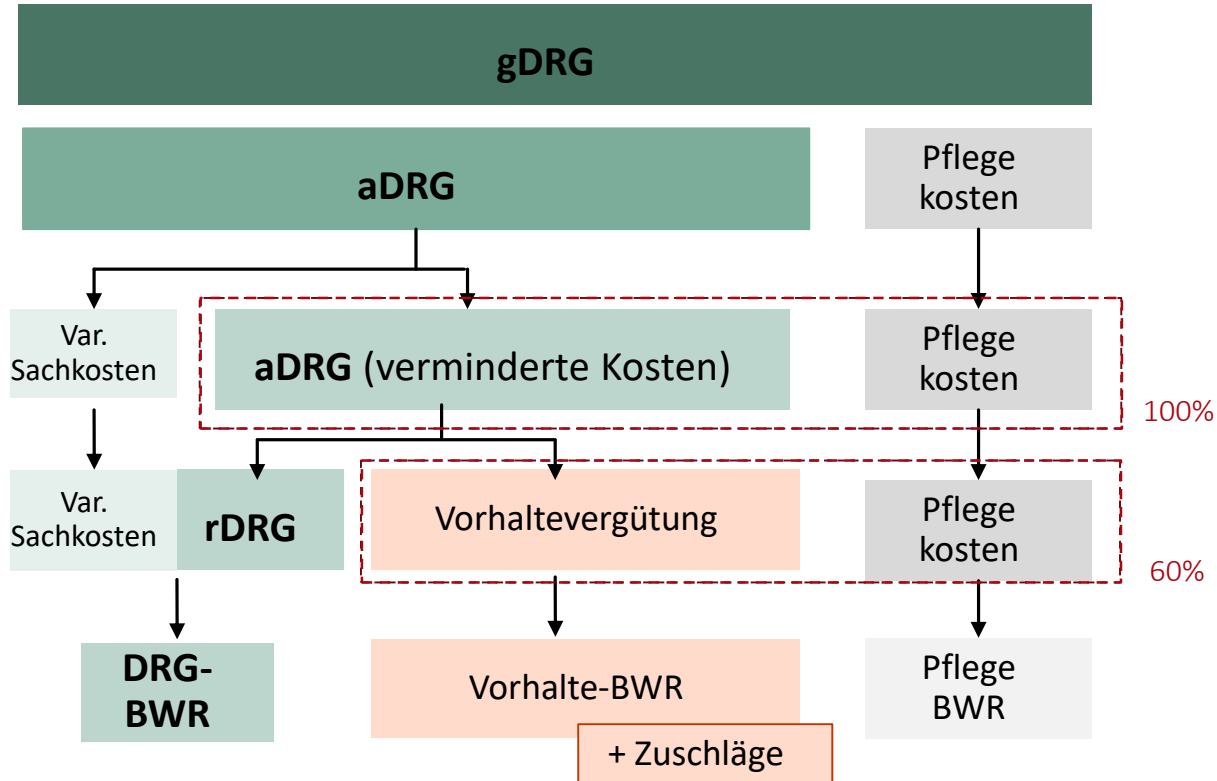
## Zuordnungslogik der Leistungsgruppen

### *DKG-Lösungsansatz:*

- Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu LG muss zu ähnlichen Ergebnissen wie die NRW-Systematik führen.
  - Die Fallzuordnung zu LG muss eine gewisse Flexibilität erlauben.
  - Das bedeutet ein begrenzter Anteil an „LG-fremden Fällen“ muss akzeptiert werden.
  - Konsequenterweise muss die Vorhaltevergütung hierzu konsistent sein, da ansonsten ggf. notwendige „LG-fremde Fälle“ ausgeschlossen würden..
  - Die Bewertung dieses Anteils kann nur auf der KH-Ebene erfolgen,
- **LG-Groupen ist nur unter diesen Voraussetzungen akzeptabel**

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ – 2025 und 2026

## Einführung der Vorhaltevergütung



# Umsetzung der „Krankenhausreform“ – DRG-Abgrenzung

## Abgrenzung des Vorhalteanteils aus dem DRG-System

### *BMG-Arbeitsentwurf:*

- Die Vorhalteanteile werden vom InEK im Jahr 2024 mit den Daten des Jahres 2023 ermittelt
- Vorhaltebewertungsrelationen werden im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 ausgewiesen.

### *Probleme:*

- Es ist unklar (insbesondere ab dem Jahr 2027), ob die Vorhaltebewertungsrelationen aG-DRG- oder LG-bezogen ausgewiesen werden sollen.
- Es ist unklar, wie die Vorhalteanteile von krankenhausindividuellen Entgelten (für die keine DRG-Kalkulation möglich ist) berücksichtigt werden sollen.
- Die Berechnungsmethodik der Vorhaltekostenanteile ist komplex.

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ – DRG-Abgrenzung

## Abgrenzung des Vorhalteanteils aus dem DRG-System

### *DKG-Lösungsansatz:*

- Eine budgetneutrale Einführung der Vorhaltevergütung ist nur bei einem aG-DRG-Bezug der Vorhaltebewertungsrelationen möglich.
- Die Vorhalteanteile der jeweiligen aG-DRG werden aG-DRG-bezogen als davon“ Ausweis ausgewiesen („Spaltenlösung“).
- Die Abrechnung kann im etablierten Verfahren erfolgen, da sich die Regelungen des KHEntgG auf die aG-DRG-Fallpauschalen beziehen.
- Der politisch gesetzte Anteil von 60% (einschließlich Pflegebudget) muss konsistent auf die DRG-Kostenkalkulation übertragen werden. Hierzu sollte der erforderliche, rechnerische Prozentsatz (z.B. 40%) gesetzlich vorgegeben oder durch das InEK ermittelt werden.
- Die Vorhalteanteile von krankenhausindividuellen Entgelten sind entsprechend des gesetzlichen Anteils für die bewerteten Entgelte auf der Ortsebene zu ermitteln.



# Umsetzung der „Krankenhausreform“ – 2025 und 2026

## Budgetneutrale Einführung der Vorhaltevergütung 2025 und 2026

### *BMG-Arbeitsentwurf:*

- Die Höhe der Vorhaltevergütung ergibt sich durch Multiplikation des Vorhaltevolumens (Case-Mix) mit dem Landesbasisfallwert.
- Die Entgelte für Vorhaltevergütung werden dem DRG-Erlösbudget zugeordnet. Gesonderte Regelungen sind nicht vorgesehen.

### *Probleme/Vorschläge:*

- Keine Absenkung der Relativgewichte um Vorhalteanteile in der budgetneutralen Phase
- Der ausgewiesene Vorhalteanteil der Vergütung sollte bereits ab 2025 abgesichert werden
- Eine Absicherung der Vorhalteanteile ist auch ohne LGs durch einen vollständigen Mindererlösausgleich, ggf. in Verbindung mit einem Fallzahlkorridor, möglich.
- Anhebung der Landesbasisfallwerte ist unumgänglich

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ ab 2027

## Verknüpfung von Krankenhausplanung (LG) ab 2027 mit der Vorhaltevergütung

### *BMG-Arbeitsentwurf:*

- Zuordnung der LG durch die Länder bis 31.10.2026
- Vorhaltevolumen je LG wird zentral durch das InEK für alle Länder, Krankenhäuser und Standorte berechnet und den Krankenhäusern per Bescheid mitgeteilt..
- Sofern eine LG im Rahmen der Krankenhausplanung an einem Standort wegfällt, erhöhen sich die Anteile der verbliebenen Standorte im Land.
- Bei Neuzuweisung einer LG wird diese anhand der voraussichtlichen Fallzahl und dem Landes-CMI berechnet.
- Eine erneute Ermittlung durch das InEK erfolgt erstmal nach 2 Jahren (für 2029 mit den Daten 2027),
- Danach alle 3 Jahre (für 2032 mit den Daten 2030).
- Bei der Neu-Ermittlung ist der „aktuelle“ CMI und innerhalb des Fallzahlkorridors von 20% die „alte“ Fallzahl zu verwenden (sonst „aktuelle“ Fallzahl).

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ ab 2027

## Verknüpfung von Krankenhausplanung (LG) ab 2027 mit der Vorhaltevergütung

### *Probleme:*

- Ein existenzieller Anteil der Vergütung wird zentral per Bescheid zugeteilt. Keine Korrekturmöglichkeiten, mangelnde Flexibilität.
- Die erstmalige Bescheidung für 2027 erfolgt auf Grundlage der 21er-Daten des Jahres 2025.
- Leistungsverlagerungen haben keinen Effekt für die Vorhaltvergütung für das Folgejahr, auch wenn dadurch der Fallzahlkorridor von 20% überschritten wird.
- Gleiches gilt für Leistungsverlagerungen, die unabhängig von der Krankenhausplanung (z.B. durch Kooperationen) entstehen.
- Diese Leistungsentwicklungen werden erst mit einem Zeitverzug von mindestens 2 Jahren durch die Berechnungen des InEK erfasst.
- Lediglich 2 Konvergenzschnitte in 2027: 66% und 2028: 33%.

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ ab 2027

## Verknüpfung von Krankenhausplanung (LG) ab 2027 mit der Vorhaltevergütung

### *DKG-Lösungsansatz:*

- Die Vergütungswirksamkeit der zugewiesenen LG wird auch mit diesem Ansatz umgesetzt und abhängig von der Einhaltung von angemessenen Qualitätsanforderungen.
- Umsetzung der Vorhaltebudgets nicht durch zentrale Berechnungen des InEK sondern auf der Ortsebene.
- Auf Grundlage der regulären Budget-Vereinbarung des Krankenhauses und den bundeseinheitlichen Instrumenten (aG-DRG-Katalog und DRG- / LG-Grouper)
- Anhand gesetzlich klar geregelter Vorgaben (z.B. Korridor) und eng begrenzten Verhandlungstatbeständen (z.B. strukturelle Entwicklungen).
- ...

# Umsetzung der „Krankenhausreform“ ab 2027

## Verknüpfung von Krankenhausplanung (LG) ab 2027 mit der Vorhaltevergütung

### *DKG-Lösungsansatz:*

- Die Verknüpfung von Vorhaltevergütung und LG (ab 2027) erfolgt nicht auf der Ebene des einzelnen Behandlungsfalls durch ein höchst problematisches und Streitbehaftetes (striktes) „Leistungserbringungsverbot“ sondern auf der Ebene der Krankenhausbudgets.
- Hierzu ist ein Grenzwert für zulässige Abweichungen von der LG-Zuordnung vorzugeben
- Der zulässige Anteil der Fälle in einer nicht zugewiesenen LG sollte so bemessen sein, wie es die Versorgungspraxis erfordert
- Über Budgetausgleiche können (nicht begründete) Grenzwertüberschreitungen gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen werden

## Vorhaltevergütung

### Bedingungen und Voraussetzungen:

- Konsequenzen für Strukturen und Erlösverteilung erfordern unbedingt Auswirkungsanalysen
- Prüfung der Leistungsgruppen anhand der Auswirkungsanalysen vor Verknüpfung mit der Vorhaltefinanzierung auf ihre Eignung als Bezugsgröße
- Bis dahin keine Ausgliederung von „Vorhalteanteilen“ bzw. den entsprechend definierten Kostenanteilen aus den aG-DRG (sondern Ausweis „davon“-Anteile)
- Entsprechend budgetneutrale Phase bis die Sachgerechtigkeit des neuen Verteilungsmechanismus gesichert ist
- Insbesondere bei einem Vorhalteanteil von 60% (inkl. Pflegebudget) deutliche Verlängerung der Konvergenzphase
- Unabdingbar ist nachhaltige Finanzierung der Transformationsphase

## Vorhaltevergütung

### Konsequenzen und Perspektiven:

- Die Hauptwirkung wird durch die Einführung der Leistungsgruppen erzielt
- Bisher keine Konvergenz für die DRG-“Restvergütung“ vorgesehen
- **Diese Vorhaltefinanzierung** ist sehr aufwändig und bringt nur geringen Nutzen
- Vorhaltefinanzierung mit DRG-Bezug möglich, LG-Bezug hochaufwändig, bringt wenig Mehrwert
- Zumindest solange es nicht um den tatsächlichen Aufwand von Vorhaltung geht
- Auswirkungenanalysen, spätestens wenn Zuordnung der Fälle zu LG vorliegt
- Auf Sicht fahren: Zunächst budgetneutrale Phase regeln



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



Herzlichen  
Dank