

TaylorWessing bcmed⁺

Krankenhausreform 2024: Sprungbrett oder Stolperstein?

Die Webinarreihe von Taylor Wessing und bcmed

26. September 2023



Inhaltlicher Überblick – Wo stehen wir gerade?



Webinar #1 – Die Eckpunkte im Überblick



Webinar #2 – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien



Webinar #3 - Vorhaltefinanzierung



Webinar #4 – Umwandlung von Krankenhäusern zu Level II-Versorgern



Webinar #5 – Krankenhaustransparenzgesetz

Agenda

1	Vorhaltefinanzierung als neues Element der Krankenhausvergütung	4
2	Bedeutung der Leistungsgruppen für die Vorhaltefinanzierung	7
3	Kalkulation der Vorhaltefinanzierung	17
4	Implementierungsschritte	22
5	Chancen und Risiken aus Krankenhausperspektive	25
6	Strategische Handlungsempfehlungen	28





1 | Vorhaltefinanzierung als neues Element der Krankenhausvergütung

Der politische Gedanke dahinter...

- Die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern wird weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert
- Krankenhäuser erhalten unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte **Vorhaltevergütung**
- Zweck ist eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser zu eröffnen zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung
- Ziel ist eine tatsächliche Entökonomisierung und dauerhafte Sicherstellung zu erreichen
- Zusage des Bundes, eine Abschätzung zu den Folgen der Finanzreform darzustellen



Unbekanntes Terrain

- Analyse zur Finanzwirksamkeit liegt bisher nicht vor
- Verteilungswirkung auf die Krankenhäuser in Abhängigkeit von Leistungsgruppen bedeutet gesundheitspolitisches Neuland mit entsprechenden Risiken und Nebenwirkungen für alle Beteiligten
- Die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen wurde nicht von der Regierungskommission entworfen, sondern entstammt den Beratungen der Bund-Länder-Gruppe
- Experimenteller Charakter dieser Vergütungsreform ist nicht von der Hand zu weisen
- Im Kern handelt es sich um eine neue Form der staatlichen Budgetsteuerung zur Refinanzierung der Krankenhausbetriebskosten



A modern hospital room with a bed, desk, and window. The room is clean and well-lit, with a large window in the background. The bed is in the foreground, and the desk is on the right side. The room is furnished with a bed, a desk, a chair, and a window with curtains. The overall atmosphere is professional and clinical.

2 | Bedeutung der Leistungsgruppen für die Vorhaltefinanzierung



Zur Erinnerung: Bisherige Finanzierungssystematik (1)

Duale Krankenhausfinanzierung seit 1972



Betriebskosten

- Kosten, die für die Behandlung der Patienten entstehen
- Finanziert durch die Gesetzlichen Krankenkassen
- Vergütungsgrundlage: DRG-Fallpauschalensystem



Investitionskosten

- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung



Zur Erinnerung: Bisherige Finanzierungssystematik (2)

Duale Krankenhausfinanzierung seit 2020

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen



Pflegebudget

Investitionskosten



- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung



Zur Erinnerung: Künftige Finanzierungssystematik

Duale Krankenhausfinanzierung ab 2024?

Betriebskosten



DRG-Fallpauschalen



Pflegebudget



Vorhaltevergütung
(neu)

Investitionskosten



- Investitionskosten, z. B. Neubauten, neue Geräte etc.
- Finanziert durch die Bundesländer (Investitionsförderung)
- Finanzierungsgrundlage: Einzel- und Pauschalförderung

Bestandteil der Betriebskostenfinanzierung

- Vorhaltevergütung stellt neue Unterfinanzierungsart der Betriebskosten dar
- Es handelt sich nicht um ein Element der Investitionskostenförderung
- Gegenstand der Betriebskostenfinanzierung ist die Vergütung der laufenden (Betriebs-)Kosten, die in einem Krankenhaus für die konkrete Leistungserbringung anfallen
- Betriebskostenfinanzierung hängt also mit dem konkreten Leistungsgeschehen im Krankenhaus zusammen



Finanzierung über DRG-Fallpauschalen

- Bislang Vergütung der laufenden Betriebskosten ausschließlich über DRG-Fallpauschalen
- Dazu Eingruppierung eines jeden Behandlungsfalles anhand der Diagnose, dem Schweregrad der Erkrankung und den erbrachten Operationen und Prozeduren in eine konkrete DRG-Fallpauschale
- Einzelne Fallpauschale ist mit einer Bewertungsrelation (Relativgewicht) versehen, die Auskunft gibt über den Behandlungsaufwand
- In dem Relativgewicht sind die durchschnittlichen Kosten einer derartigen Behandlung berücksichtigt, und zwar anhand der InEK Kostenmatrix:
 - **Personalkosten**
(Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Med.-techn. Dienst)
 - **Sachkosten**
(Arzneimittel, Implantate, von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen)
 - **Infrastrukturkosten**
(medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur)



Geringe Leistungsmenge = Finanzierungslücke

Problem

- Einige Krankenhäuser halten Infrastruktur für bestimmte Leistungen vor (Vorhaltekosten für Personal, sächliche Mittel und Infrastruktur fallen an), obwohl die betreffenden Leistungen nur in geringem Umfang nachgefragt / tatsächlich in Anspruch genommen werden
- DRG-Fallpauschale wird jedoch nur bei Leistungsanspruchnahme gezahlt
- Es entsteht (Re-)Finanzierungslücke für die vorgehaltenen Strukturen

Lösung

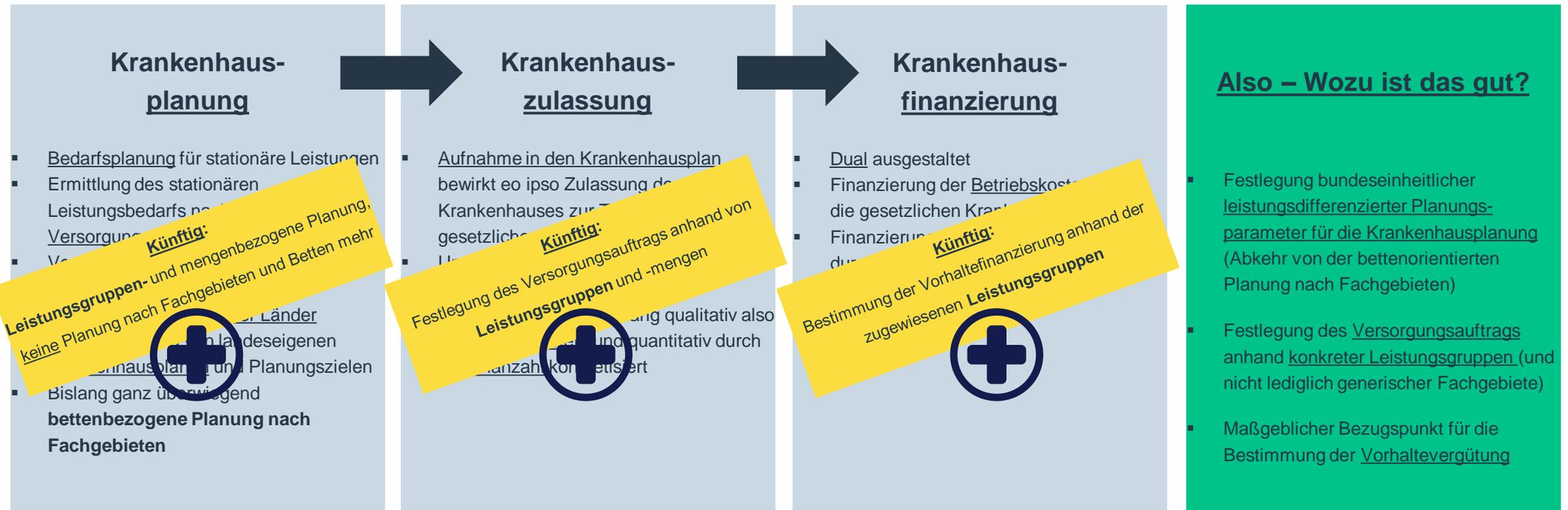
- Eben dies soll durch Vorhaltevergütung geändert werden
- Krankenhäuser sollen Kosten für die Vorhaltung von Strukturen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme zu einem relevanten Anteil refinanziert bekommen
- Um zu ermitteln, welche Vorhaltekosten einem Krankenhaus entstehen, sind die dem Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen heranzuziehen (Versorgungsauftrag)





Zur Erinnerung: Leistungsgruppen – Wozu ist das gut?

Stationäre Leistungserbringung



Bedeutung der Leistungsgruppen (1)

Krankenhausplanung

- Aufstellung und Fortschreibung der Landes-Krankenhauspläne erfolgt künftig auf der Grundlage von Leistungsgruppen (vgl. § 12 Abs. 3 KHGG NRW)
- Einzelne Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab
- Den Leistungsgruppen werden konkrete qualitative Anforderungen zugeordnet (Leistungsfähigkeit)

Krankenhauszulassung / Versorgungsauftrag

- Versorgungsauftrag (Recht und Pflicht zur Leistungserbringung) richtet sich künftig nach den zugewiesenen Leistungsgruppen und der Festlegung hierauf bezogener Versorgungskapazitäten, nicht mehr nach Fachgebieten und Bettenzahlen
- Zuweisung eines Versorgungsauftrags durch die zuständige Krankenhausplanungsbehörde nur möglich, wenn die qualitativen Anforderungen der betreffenden Leistungsgruppe erfüllt werden

Bedeutung der Leistungsgruppen (2)

Vorhaltefinanzierung

- Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Behandlungsfälle zu Leistungsgruppen
- Zuordnung von Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser erfolgt frühestens im Laufe des Jahres 2024 (nach entsprechender Anpassung der Landes-Krankenhausgesetze)
- Finanzierung des Vorhaltebudgets durch Ausgliederung der Vorhaltekosten aus den Fallpauschalen / Absenkung der Fallpauschalen
- Absenkung richtet sich (perspektivisch) nach sachgerecht kalkulierten tatsächlichen Vorhaltekostenanteilen je Fallpauschale
- Tatsächliche Vorhaltekosten von Krankenhausbehandlungen sollen auf Basis der Qualitätskriterien der **Leistungsgruppen** kalkuliert werden
- Für jede Leistungsgruppe wird ein Vorhalteanteil normativ festgelegt
- Bei einem sich verändernden Versorgungsauftrag (andere Leistungsgruppen) verändert sich auch die Höhe der Vorhaltevergütung

Kalkulation der Vorhaltefinanzierung
siehe nächste Folien

3

Kalkulation der Vorhaltefinanzierung

Erweiterung der bisherigen Erlösstruktur

- Mit der Einführung einer belegungsunabhängigen Vorhaltefinanzierung soll das Prinzip der fallzahlabhängigen Erlösmaximierung deutlich abgeschwächt werden (**Entökonomisierung**)



Finanzierungslogik der Vorhaltevergütung

- Die Finanzierung eines Vorhaltebudgets erfolgt durch eine **Ausgliederung** eines Anteils an den bestehenden Fallpauschalenerlösen.
- Im Jahr 2026 erfolgt (erstmalig) eine für die Krankenhäuser **budgetneutrale Auszahlung** des krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets.
- Zur Abfederung der finanziellen Veränderungen schließt sich eine **mehrjährige Konvergenzphase** an. Dies dient der Planungssicherheit hinsichtlich des jeweils zur Verfügung stehenden Budgets.



Stufenweise Ermittlung des Vorhaltebudgets

- **Ausgangspunkt** bilden die von den Bundesländern zuvor zugewiesenen **Leistungsgruppen**
- Berechnungsgrundlage ist ein **leistungsgruppenbezogenes Vorhaltebudget**, das sich in zwei Stufen errechnet:

1. Stufe:

Ermittlung bundesweites Erlösvolumen für jede Leistungsgruppe durch das InEK sowie länderspezifische Zuordnung der Budgetanteile unter Berücksichtigung des jeweiligen Basisfallwertes des Vorjahres

2. Stufe:

Zuweisung des krankenhausesindividuellen und leistungsgruppenbezogenen Vorhaltebudgets ebenso durch das InEK in Abhängigkeit von der Fallzahl und der Fallschwere

Von der pauschalieren zur leistungsbezogenen Vorhaltevergütung

Ab 2026

- In einem ersten Schritt werden die leistungsgruppenbezogenen Vorhalteanteile zunächst **normativ** ermittelt.
- Dieser gesetzlich vorgegebene Vorhalteanteil beträgt durchschnittlich **60% der DRG-Vergütung**. Darin sind auch die anteiligen Kosten für Pflegepersonal am Bett in Höhe von 20% enthalten.

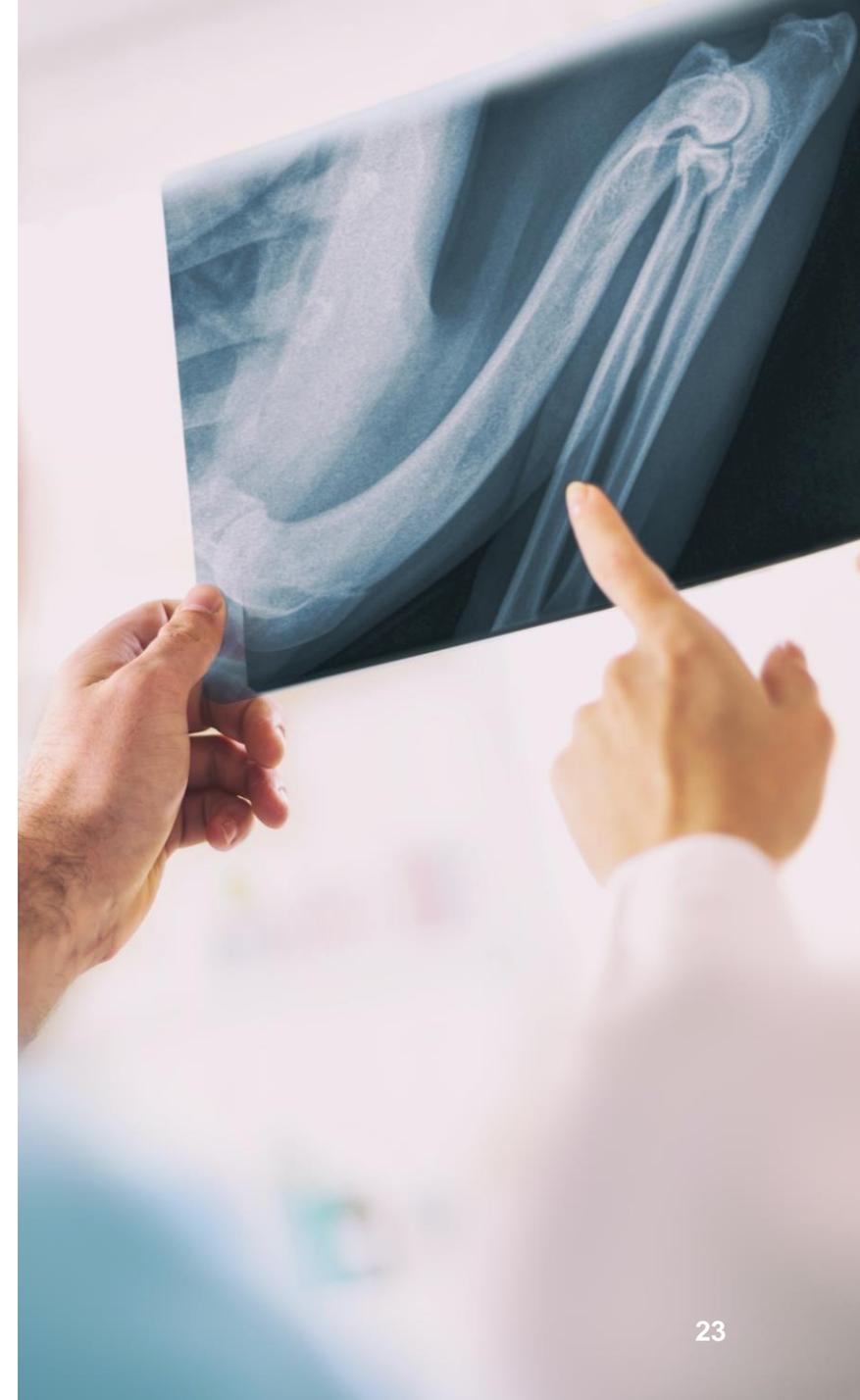
Frühestens ab 2027

- In einem zweiten Schritt erfolgt die Absenkung der DRGs prospektiv auf der Grundlage sachgerecht ermittelter **tatsächlicher** Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen.
- Hierzu werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten **auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen** zu kalkulieren.

4 | Implementierungsschritte

Auszahlungsmodus der Vorhaltevergütung

- Auf Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen hat ein Krankenhaus Anspruch auf ein leistungsbezogenes Vorhaltebudget. Veränderungen im Leistungsspektrum wirken sich auf die Höhe der Vorhaltevergütung aus.
- Auszahlung des Vorhaltebudgets erfolgt unterjährig, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. Bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien wird das Vorhaltebudget nur befristet ausbezahlt, wenn Sicherstellungsauftrag ansonsten nicht gewährleistet werden könnte.
- Der genaue Finanzierungsmodus wurde bisher noch nicht festgelegt. Ferner ist die Einbeziehung von PKV, Beihilfestellen und Selbstzahler in dieses Finanzierungsmodell bisher nicht geklärt.
- Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen werden den Ländern vergütungsneutrale Ausnahmetatbestände eingeräumt, die keine Vorhaltefinanzierung nach sich ziehen.



Zu Risiken und Nebenwirkungen

Verknüpfung Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung	Systemrelevanz	Implementierungshürden	Finanzplanung
Zu den Auswirkungen fehlen belastbare Erfahrungen aus anderen Gesundheitssystemen	Einführung einer Vorhaltefinanzierung umfasst bundesweit eine Budgetgröße von jährlich ca. 35 Mrd. Euro	Das Modell einer prospektiven Abschlagszahlung führt sowohl innerhalb der GKV als auch zwischen GKV und PKV zu sichtbaren Verwerfungen	Mittel- und langfristige Finanzplanung wird erschwert

5

Chancen und Risiken aus Krankenhausperspektive

Vor- und Nachteile der Vorhaltefinanzierung

Es ist nicht alles Gold, was glänzt...



- Weitgehend leistungsunabhängige Vergütung für die Vorhaltung von Strukturen
- Dadurch Abmilderung des derzeit bestehenden wirtschaftlichen Drucks
- Dadurch „Existenzgarantie“ weniger gut ausgelasteter Häuser / Abteilungen (?)
- Dadurch positiver Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung, v.a. in ländlicheren / strukturschwächeren Räumen
- Abmilderung bestehender Fehlanreize im jetzigen Finanzierungssystem (Mengenausweitung etc.)
- Vorhaltefinanzierung nur für solche Häuser, die die Qualitätskriterien „ihrer“ Leistungsgruppen auch erfüllen
- Dadurch Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität



- Zunehmende Komplexität der Betriebskostenfinanzierung mit künftig drei Unterfinanzierungsarten
- Zielerreichung mit Blick auf Entbürokratisierung insofern fraglich
- Mengenbezug und Fallschwere bleiben als Komponente bei der Festlegung der Vorhaltevergütung erhalten
- Dadurch gewisse Relativierung der wirtschaftlichen Zielsetzung der Vorhaltefinanzierung oder verursachergerechte Zuordnung der Kosten (?)
- Umgang mit / Auswirkung von regional unterschiedlichen Kostenniveaus noch unklar
- Ebenso die adäquate Berücksichtigung von leistungsgruppen- bzw. DRG-übergreifend genutzter vorhaltungsrelevanter Ressourcen



- Für die Einführung der Reform ist eine „mehrfährige Konvergenzphase“ vorgesehen, deren genaue Rahmenbedingungen noch ungewiss sind (ursprünglich 5 Jahre vorgesehen)
- Bislang keine Regelungen für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Neuregelungen bzw. bis zu deren Umsetzung, d.h. erstmaliger Zahlung der Vorhaltevergütung
- Dadurch kaum Planungsmöglichkeit der Krankenhäuser, v.a. in wirtschaftlicher Hinsicht
- Dadurch echte Existenzbedrohung vieler Häuser, verschärft durch Inflation, Energiekrise und Personalmangel (sowie eine unzureichende Investitionsförderung)

Leistungsabhängige Vorhaltefinanzierung

Leistungsgruppen bestimmen über die Höhe der mengenunabhängigen Vorhaltevergütung

- Der Grundgedanke der Entökonomisierung folgt keiner kurzfristigen Umsetzungsstrategie
- Das durch die Länder noch zuzuweisende Leistungsspektrum stellt die eigentliche Berechnungsbasis dar
- Die Zuweisung des künftigen Vorhaltebudgets unterliegt nicht mehr dem Verhandlungsprinzip, sondern wird über das InEK ermittelt
- Zuweisung von landesbezogenen Vorhaltebudgets hat die Wirkung einer sektoralen Budgetierung

Budgetneutrale Einführung der Vorhaltevergütung wirkt innovationshemmend

- Neue Leistungen finden in den Vorhaltebudgets keine kalkulatorische Berücksichtigung
- Vergütung neuer NUB-Leistungen im künftigen rDRG-System ist noch unklar

Leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudgets

- Eine genaue Quantifizierung des krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets ist nicht möglich und hängt von sehr unterschiedlichen Faktoren ab
- Bisherige Quersubventionierungen nicht kostendeckender Fachabteilungen sind in diesem neuen Vergütungssystem nicht mehr möglich!
- Der Grundgedanke der Entökonomisierung verkehrt sich ins Gegenteil



6 | Strategische Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen (1)



Analyse Ihres eigenen Portfolios anhand künftiger Leistungsgruppen

Identifizierung strategisch und wirtschaftlich bedeutsamer Leistungen, auf die Sie nicht verzichten möchten

Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien je Leistungsgruppe und des damit verbundenen Aufwands

Ermittlung der eigenen Kostenstrukturen für die Vorhaltung der gewünschten Leistungsgruppen

Eruierung von Möglichkeiten zur Senkung der individuellen Kosten unter die normativ festgelegten Vorhaltekosten je Fallgruppe

Eruierung von Kooperationsmöglichkeiten mit Wettbewerbern zur gegenseitigen Abstimmung des Leistungsangebots

Handlungsempfehlungen (2)



Das Leistungsangebot eines Krankenhauses bestimmt über die Höhe des Vorhaltebudgets

Fallzahl und Fallschwere sind für die Höhe der Zuweisung entscheidend

Aktive Leistungsplanung als strategisches Unternehmensziel

Betriebsinterne Quersubventionierungen (anderer Leistungsgruppen) sind künftig nicht mehr möglich

Vorhaltebudget wird auf eine bestimmte Fallzahl normiert

Bei Überbelegungen wird das Vorhaltebudget grundsätzlich nicht angepasst

Unsere weiteren Webinare im Überblick



Webinar #4 – Umwandlung von Krankenhäusern zu Level II-Versorgern am 10.10.2023 von 10-11:30 Uhr



Webinar #5 – Krankenhaustransparenzgesetz am 19.10.2023 von 10-11:30 Uhr

Ihre Kontakte



Dr. Vanessa Christin Vollmar
Taylor Wessing

Salary Partner, Düsseldorf
+49 211 8387-199
v.vollmar@taylorwessing.com

Vanessa Christin Vollmar ist Fachanwältin für Medizinrecht bei der Kanzlei Taylor Wessing. Sie ist seit vielen Jahren auf die Beratung stationärer Leistungserbringer im Gesundheitswesen spezialisiert. Als Expertin im Krankenhausrecht berät sie deutschlandweit Krankenhäuser und Krankenhausverbände u.a. zu Fragen der Krankenhausplanung und -finanzierung.



Prof. Roger Jaeckel
bcmed GmbH

Honorarprofessor - Hochschule Neu-Ulm,
Senior Berater - bcmed GmbH, Ulm
+49 151-70595741
jaeckel@bcmed.de

Prof. Roger Jaeckel ist Dipl. Verwaltungswissenschaftler sowie European Master in Social Security und viele Jahre in leitenden Positionen in der gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsindustrie (Pharmaindustrie/Medizintechnik) tätig gewesen. Sein Fokus liegt in der Gesundheitspolitik sowie im Market und Patient Access.

TaylorWessing bcmed⁺

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!