

# KRANKENHAUSREFORM

## BKG-FAKTENCHECK

Die geplante Krankenhausreform gilt als notwendig, doch ihre Umsetzung ist äußerst komplex und wirft viele Fragen für alle Akteure im Gesundheitswesen auf. Vieles ist derzeit noch unklar, aber feststeht, dass tiefgreifende Veränderungen auf unser Gesundheitssystem zukommen werden.

Um die Aussagen des Bundesministeriums besser einordnen zu können, möchten wir für Sie die Hintergründe und wesentlichen Punkte der Reform bzw. des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) in der nachfolgenden Übersicht näher beleuchten.

### These 1) Künftig werden alle Tarifsteigerungen (auch jenseits der Pflege) berücksichtigt.

Die Formulierung im KHVVG bezieht sich nur auf „Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter“ - „sonstige Kostensteigerungen“ sind folglich nicht mit umfasst. Hierunter fallen zum Beispiel Mehrkosten der Krankenhäuser aufgrund zusätzlicher Urlaubstage oder erhöhter Freizeitausgleiche bei Bereitschaftsdiensten, welche unberücksichtigt bleiben.

Mit der Formulierung im KHVVG, dass die unterjährige Anpassung – aufgrund der Umsetzung der Erhöhungsrates für Tariferhöhungen – des Landesbasisfallwertes „neu vereinbart“ (und damit verhandelt) werden muss liegt zudem eine Schlechterstellung gegenüber der aktuellen Rechtslage vor. Darüber hinaus bezieht sich die verbesserte Ermittlung der Erhöhungsrates für Tariferhöhungen lediglich auf Kostensteigerungen aufgrund von Tarifabschlüssen ab dem Jahr 2024. Kostensteigerungen aus den Vorjahren werden folglich nicht erfasst und bleiben somit dauerhaft unterfinanziert.

Das bedeutet zudem:

- Die Tariflohnsteigerungen umfassen nicht die Anhebung der Zusatzbeiträge (50 % Refinanzierung durch den Arbeitgeber) sowie die Steigerung der Beitragsbemessungsgrenzen. Dies ist nur prospektiv beim LBFW berücksichtigungsfähig aber nicht um die Obergrenze erhöhend.
- Im Wirtschaftsplan kann folglich nicht pauschal unterstellt werden, dass sämtliche Personalkosten-erhöhungen refinanziert werden.
- Bisher unberücksichtigt bleibt bei der Tarifrefinanzierung, dass insbesondere bei den Ärzten (aufgrund der Mangelsituation und den KHVVG vorgesehenen Personalvorgaben) die Vergütung zunehmend außerhalb der Tarife erfolgt, d.h. die tatsächlichen Personalkosten höher sind.

### These 2) Durch die Berücksichtigung der Tarifsteigerungen erhalten die Krankenhäuser im Jahr 2025 prognostisch rund 1,2 Mrd. Euro (500 Mio. durch die rückwirkende Berücksichtigung für das Jahr 2024, 700 Mio. Euro für das Jahr 2025).

Vor dem Hintergrund, dass für den ärztlichen Bereich (TVÄ-MB-VKA) die Tarifverhandlungen für 2024 noch nicht abgeschlossen sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt nur eine Schätzung der möglichen Auswirkungen möglich. Die möglichen finanziellen Auswirkungen könnten sich danach für 2024 (Geldfluss 2025) auf max. 500 Mio. Euro belaufen.

Bereits weitergehende Schätzungen abzugeben bzw. eine Gesamtwirkung zu berechnen ist aufgrund der fehlenden Tarifabschlüsse nicht möglich. Es ist darauf hinzuweisen, dass es in der Vergangenheit Jahre gab, in denen keine Tarifrate wirksam wurde.

**These 3) Krankenhäuser werden kurz- und langfristig zusätzliche bzw. deutlich höhere Zuschläge für einzelne Bereiche erhalten.**

Hinsichtlich der Pädiatrie und der Geburtshilfe handelt es sich lediglich um eine Verlängerung der bisherigen Förderung, die ansonsten auflaufen könnte. Die betroffenen Krankenhäuser erhalten kein zusätzliches Geld gegenüber der derzeitigen Lage.

Bezüglich der Sicherstellungszuschläge ist anzumerken:

- Die leichte Anpassung der aktuellen Pauschalbeträge von 400 T€ auf 500 T€ bzw. von 200 T€ auf 250 T€ ist eine geringfügige Verbesserung für die betroffenen Häuser.
- Ggf. könnte es zu einer Verbesserung der Vorhaltefinanzierung bei Sicherstellungshäusern über eine noch zu treffende Regelung bei den Mindestvorhaltezahlen kommen („Sockelbetrag“).
- Die Anzahl der Sicherstellungshäuser ergibt sich aus dem IST-Zustand von 2024. Die im KHVVG geplante Ausnahmeregelungen hinsichtlich G-BA-Notfallstufen könnte für einige Häuser ein Vorteil sein. Aber das Kernproblem des Bevölkerungskriteriums „weniger als 100 Einwohner je Quadratkiometer“ bleibt.

**These 4) Bei Krankenhäusern, denen pädiatrische Leistungsgruppen zugewiesen werden, entfallen die untere Grenzverweildauer und somit die entsprechenden Abschläge.**

Bislang ist unbekannt, welche DRG in die pädiatrischen Leistungsgruppen laufen. Eine spürbare finanzielle Wirkung würde nur entstehen, wenn keine Gegenrechnung bei der CM-Adjustierung im Rahmen der DRG-Kalkulation vorgenommen wird. Ein hierfür notwendiger gesetzlicher Verweis für eine zusätzliche Finanzierung ist im KHVVG jedoch nicht enthalten.

**These 5) Für besondere stationäre Einrichtungen sowie spezialisierte Kinderkliniken werden Verbesserungen bei der Finanzierung vorgenommen; sie sind dann dauerhaft vom (Rest-) DRG-System ausgenommen.**

Die finanziellen Auswirkungen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht seriös beziffern, sind aber bezogen auf das Gesamtsystem als sehr überschaubar einzuschätzen. Grundsätzlich ist für besondere Einrichtungen unverändert gemäß § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG der Veränderungswert als Obergrenze für die Erlössumme maßgeblich. Bezogen auf das Gesamtsystem sind den finanziellen Auswirkungen folglich Grenzen gesetzt.

Sowohl bei Besonderen Einrichtungen als auch bei Tageskliniken ist der Wortlaut des KHVVG unklar, ob die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135 e SGB V Anlage 1 erfüllt werden müssen.

**These 6) Mit der Krankenhausreform werden für die Krankenhäuser die positiven Folgen der ganz erheblichen Ambulantisierung vorangetrieben.**

Das Gegenteil ist der Fall, die beschlossene deutliche Ausweitung der Hybridversorgung schrittweise bis 2023 auf 2 Mio. Fälle und die Absenkung der Vergütung entzieht den Krankenhäusern stationäre Erlöse in Milliardenhöhe. Die erste negative Erlöswirkung ist ab 2026 einzuplanen.

**These 7) Für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhausstandorte sind weitere finanzielle Verbesserungen im Rahmen der Vorhaltevergütung vorgesehen.**

Sofern kleine Häuser eine Abgabe von Leistungsgruppen vornehmen müssen, verlieren Sie in der Folge auch die bisherigen Erlöse der wegfallenden Leistungsgruppen. Eine finanzielle Verbesserung ist nicht zu erwarten.

**These 8) Der Strukturfonds wird 2025 noch nutzbar, für die folgenden 10 Jahre wird der Transformationsfonds geschaffen (Wirkung ab 2026)**

Es handelt sich hierbei um zwei Komponenten der Investitionsfinanzierung, die keine finanziellen Auswirkungen (Mehrerlöse) auf die Betriebskosten haben. Die Verlängerung des Strukturfonds hat allenfalls geringfügige Effekte. Zudem ist anzumerken, dass in Bayern die Hälfte der Investitionskosten über die Kreisumlage auf die Landkreise und letztlich die Gemeinden aufgebracht wird (Art. 10b BayFAG), d.h. am Landesanteil des Transformationsfonds sind die kommunalen Träger von Krankenhäusern mit beteiligt.

Zu begrüßen ist dagegen die geplante kartellrechtliche Ausnahme im GWG.

**These 9) Die Obergrenze für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte wird erhöht: Ab 2025 wird der Orientierungswert ohne Abschläge zu 100 Prozent ausgeglichen (bisher anteiliger Ausgleich) oder die Veränderungsrate – je nachdem, was höher ist (Meistbegünstigung).**

Im KHVVG wird ab 2025 der bisherige Verhandlungskorridor für die Verhandlungspartner auf Bundesebene von einem Drittel (bzw. BPfIV 40 %) der Differenz aus beiden Werten bis zum vollen Orientierungswert erweitert.

Die Formulierung des BMG ist jedoch sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene nichtzutreffend. Im KHVVG ist bezogen auf die Vereinbarung der Obergrenze auf Bundesebene weiterhin die Formulierung enthalten, dass „anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind“. Der GKV-SV wird daher auf Bundesebene bei der Verhandlung des Veränderungswertes nicht automatisch den vollen Orientierungswert „durchreichen“, wenn er über der Veränderungsrate liegt.

Wie das BMG richtig ausführt, wird sich die veränderte Berechnung im Jahr 2025 ohnehin nicht auswirken, da die Veränderungsrate höher ist als der Orientierungswert.

Im Ergebnis wird grundsätzlich der Verhandlungskorridor für die Obergrenze, für den Fall, dass der Orientierungswert zukünftig einmal über der Veränderungsrate liegt, zwar angehoben, jedoch nicht „ausgeglichen“.

Selbst wenn der volle Orientierungswert einmal auf Bundesebene vereinbart werden sollte, ist zudem offen, ob bei den Verhandlungen anschließend auf Landesebene zum Landesbasisfallwert dieser auch erreicht wird. Die Krankenkassen haben auf Landesebene teilweise schon angekündigt, unter der Obergrenze bleiben zu wollen.

Für eine Korrektur der derzeitigen strukturellen Unterfinanzierung der Leistungen der Krankenhäuser, insbesondere der weiterhin fehlende Inflationsausgleich für die Jahre 2022 – 2024 ist diese Änderung völlig wirkungslos, da über diese Mechanismen lediglich zukünftige, prognostizierte Kostensteigerungen adressiert sind. Die Inflationslücke kann mit dieser Regelung nicht aufgeholt werden, sondern wird bewusst fortgeschrieben. Dies ist ein Hauptkritikpunkt der BKG an dem KHVVG-Versprechen.