

Lage der Krankenhäuser in Bayern

Informationsveranstaltung für Krankenhäuser
in Bayern, Stand 14.12.2022

BKG

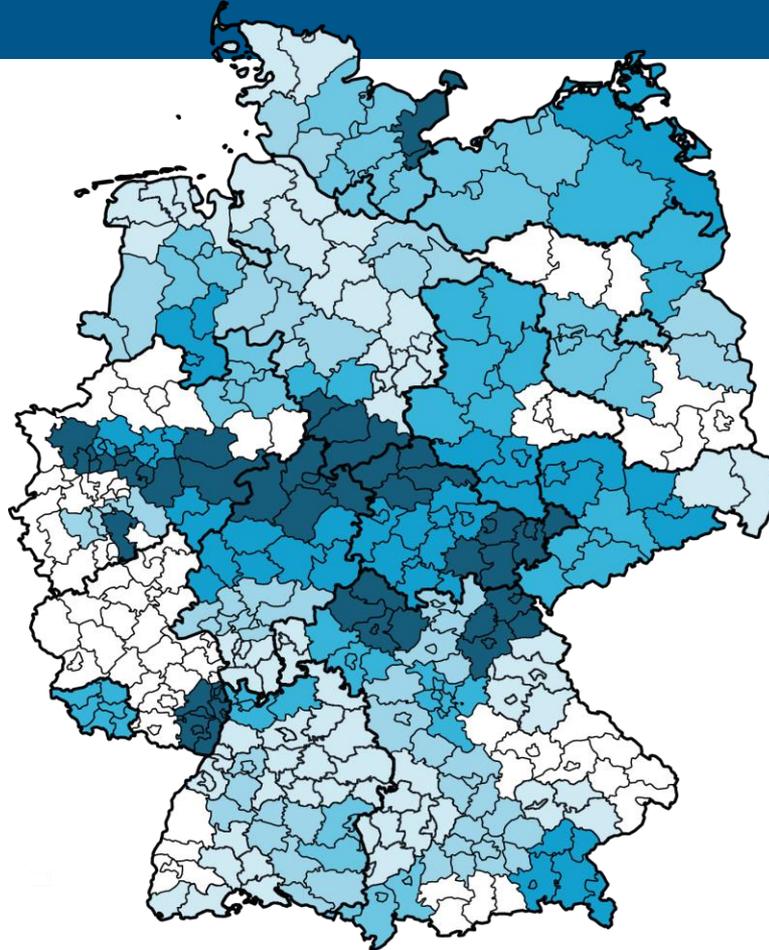
Unterdurchschnittliche GKV-Finanzierung für Kliniken in Bayern durch historische Entwicklung und niedriger Morbidität

GKV-Finanzierung je Versicherten für stationäre Versorgung



Quellenangabe bei Verwendung der Folien: Augurzky, B. u. a.: Krankenhaus Rating Report 2022. Heidelberg: medhochzwei Verlag 2022.

Unterschiedliche stationäre Versorgungsdichte in Bayern



**Zahl der
Krankenhausbetten
2019; je 1.000
Einwohner**



Quellenangabe bei Verwendung der Folien: Augurzky, B. u. a.: Krankenhaus Rating Report 2022. Heidelberg: medhochzwei Verlag 2022.

Normales Finanzierungssystem zur stationären Versorgung funktioniert nicht mehr

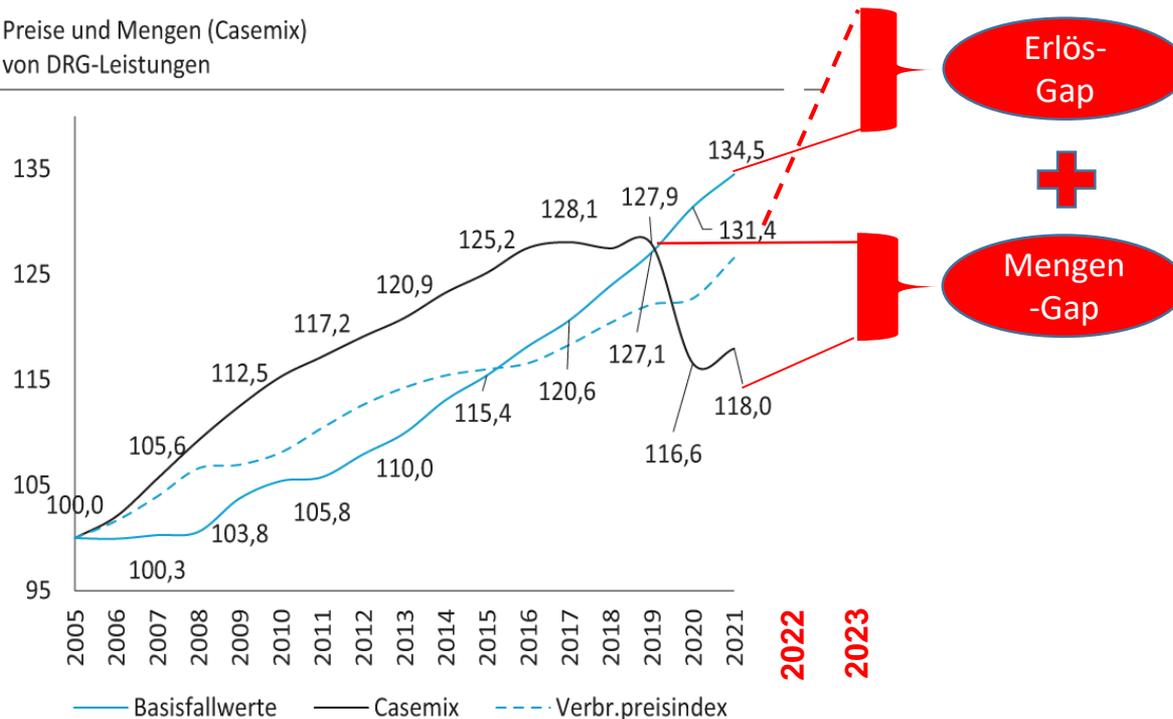
Alarmstufe **ROT**: Krankenhäuser in Gefahr



- **Keine Absicherung der Fallmenge im Jahresbudget:** niedrigere Fallzahlen ggü. 2019 werden ab 2023 nicht mehr über Ganzjahresausgleich abgesichert.
- Erlösentwicklung je Behandlungsfall (Landesbasisfallwert) ist gesetzlich gedeckelt, weshalb die **aktuelle Kostenexplosion zu einem großen Teil nicht gegenfinanziert** werden kann.
- **Coronabedingte Mehrkosten** werden nicht mehr über Sonderfinanzierung ausgeglichen, sind aber auch nicht in der normalen Finanzierung berücksichtigt.

Ursache der dramatischen Finanzunsicherheit in Kliniken: Mengenlücke und Erlöslücke je Fall wirken 2023 kumulativ

Preise und Mengen (Casemix)
von DRG-Leistungen



Quellenangabe bei Verwendung der Folien: Augurzky, B. u. a.: Krankenhaus Rating Report 2022. Heidelberg: medhochzwei Verlag 2022.

Preis-/Erlös-Gap beim Landesbasisfallwert

- 2022: **+2,32 %** beim LBFW decken Kostenexplosion nicht
- 2023 sind **+3,45 %** plus maximal(!) 1/3 nachgewiesener höherer Kosten erlaubt = **maximal +4,32 %** (Veränderungsrate Bund)
- im Land bei der Festlegung des Landesbasisfallwerts derzeit Prüfung, ob ggf. noch rechnerische Verhandlungsoptionen bestehen (Berücksichtigung höherer Tarifraten, erlössteigernde CM-Reduzierung) oder ggf. Schiedsstelle = *Entscheidung bis spät. Ende Jan. 2023*

⇒ **Krankenhäuser können aus Sicht der BKG-Geschäftsstelle derzeit mit LBFW-Steigerung von +4,32 % für 2023 kalkulieren**

Geplante Hilfsfonds zur Betriebskosten-Absicherung

Stand 15.12.2022

- **Hilfsfonds des Bundes** (nach BMG-Formulierungshilfe)
 - 1,5 Mrd. Euro für „mittelbare Energiekostensteigerung“ pauschal nach Anzahl aufgestellter Betten = damit könnte der unterfinanzierte Landesbasisfallwert nur teilweise gedeckt werden (für 01.10.2022 bis 30.04.2024 insgesamt ggf. gut 3.000 Euro pro Bett)
 - Bis zu 4,5 Mrd. Euro für Gas und Strom auf Nachweis von Kostensteigerungen gegenüber März 2022; aber Spitzabrechnung mit Berücksichtigung Gas-/Strompreisbremse; Kliniken mit anderen Energieträgern werden benachteiligt
 - zeitliche Aufteilung 2022 - 2024
 - *schnelle erste Auszahlung geplant*
- **Bayerischer Hilfsfonds** (nach mündlichen Aussagen): subsidiär, Entscheidung nach Klärung Hilfsfonds Bund

Rechtskraft
voraus. vor
Weihnachten

Weitere gesetzgeberische Änderungen 2023 (1)

GKV-FinStG und untergesetzliche Regelungen

GKV-FinStG

- **Einschnitte im Pflegebudget ab 2024**
- Kostenreduzierung bei Arzneimitteln (wirken teilweise auch für Kliniken)
- BMG soll bis 2023 Empfehlungen zum Bürokratieabbaubau vorlegen

Ersatzvornahme BMG zum Entgeltkatalog 2023 (am 24.11. veröffentlicht)

Normierung (Kürzung) 400 Mio. Euro im DRG-Bereich 2023 für vermeintliche Doppelfinanzierung Pflegepersonal (obwohl InEG-Kalkulationszahlen dies nicht bestätigen und gegen deutlichen DKG-Protest)

Weitere untergesetzliche Regelungen:

- weitere Verschärfungen **G-BA-Strukturvorgaben/Mindestmengen**
- **MD-Prüfvorgaben** und eVV-Datenformate sowie Erörterungsverfahren
- weiterer Ausbau **Pflegepersonaluntergrenzen**
- **Liquidität:** Verlängerung verkürzte Zahlungsfrist für Krankenhausrechnung bis 31.12.2023

Weitere gesetzgeberische Änderungen 2023 (2)

KHPfIEG

KHPfIEG

- **PPR 2.0** soll über Verordnungsermächtigung 2024 teilweise starten, aber unklare Details (Ganzhausansatz, Umsetzung n. Kassenlage ...)
- **Budgetverhandlungen: schrittweise verkürzte Fristen und Sanktionen**
- Verbot einer erlössteigernden Berücksichtigung reduzierter Fallmengen (CM-Punkte) im LBFW = *Protest DKG, BKG + Länder*
- **Anhebung tägl. Pflegeentgeltwert auf 230 Euro** = Liquiditätssicherung
- Neue Ausnahmeregelungen MD-Prüfungen OPS-Strukturmerkmale
- Verlängerung Hygiene-Förderprogramm
- Finanzierung Pflegehilfe-/Assistenzausbildungen über 17a-Fonds
- **Erste Umsetzungen der Krankenhaus-Reform:**
 - **Pädiatrie** +270 Mio. Euro 2023 + 2024 und Budgetsicherung
 - **Geburtshilfe** +108 Mio. Euro 2023 + 2024 (18,7 Mio. Bayern), ggf. Aufstockung durch Länder möglich
 - **Tagesbehandlung** (stat. Behandlung ohne Übernachtung möglich)
 - **spezielle sektorengleiche Vergütung** (Einstieg „Hybrid-DRG“)

Hilfsfonds deckt nicht die 15 Mrd. Unterfinanzierung lt. Berechnung DKG

Budgetabsicherung endet am 31.12.2022: keine Verlängerung
Ganzjahresausgleich; auch Lösung über neue Krankenhausreform
bisher nicht in Sicht

"Das wird so laufen, dass wir da aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds Geld zur Verfügung stellen - bis zu acht Milliarden Euro", erläuterte Lauterbach. Er versicherte:

Kein Krankenhaus wird ein Problem bekommen, weil es Inflation nicht bezahlen kann, den Strom nicht bezahlen kann oder das Gas nicht bezahlen kann.

Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister

Die Krankenhäuser würden auch durch die geplante Gaspreisbremse und die Strompreisbremse geschützt, erläuterte Lauterbach - "aber nicht nur". "So dass wir halt sicherstellen, dass die Krankenhäuser durch Inflation, Strom- und Gaspreise nicht in Liquiditätsprobleme kommen."

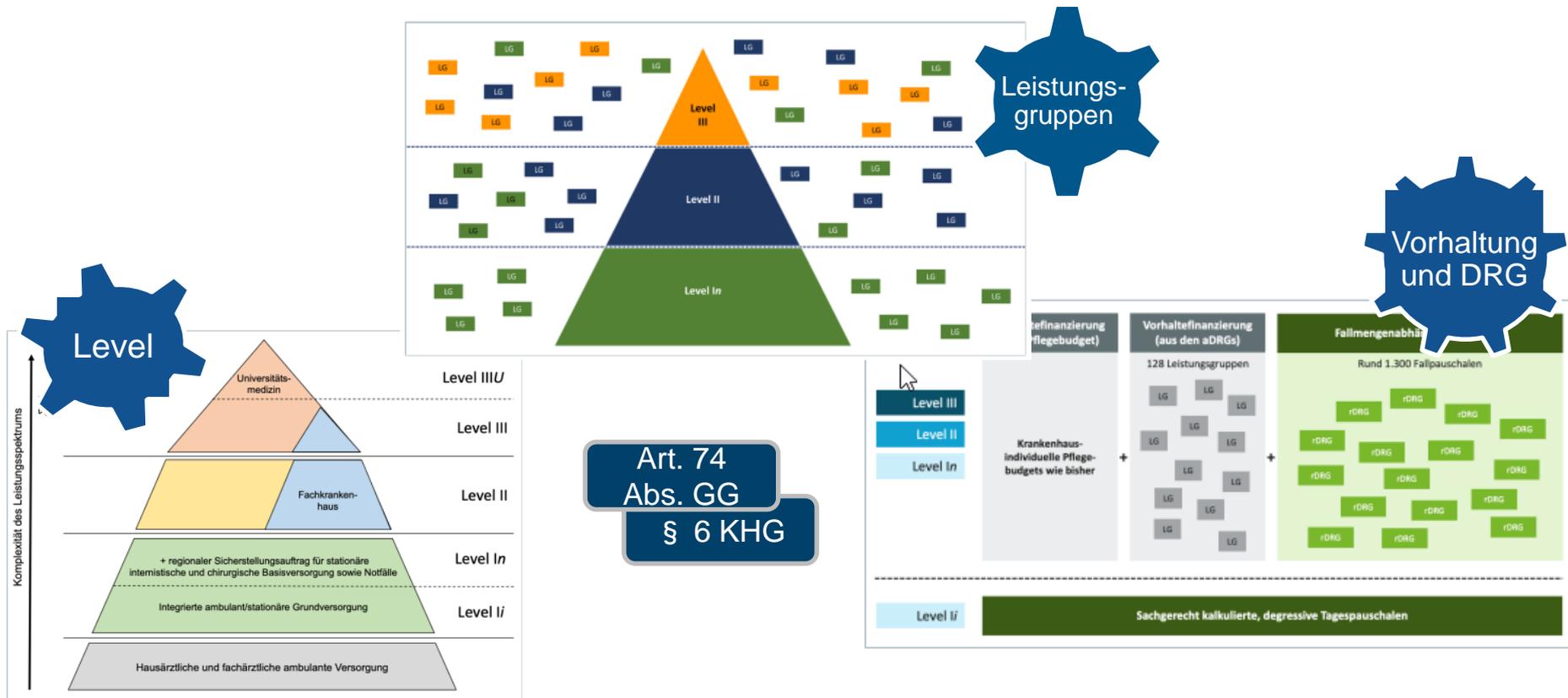
Investitionsfinanzierung im Freistaat Bayern:

- bisher keine Erhöhung der Finanzmittel trotz Inflation/Baukostensteigerung
- BKG fordert Erhöhung auf 900 Mio. Euro spät. ab 2024 + Strukturfonds für Veränderungen und Landesprogramm gegen Fachkräftemangel

3. Stellungnahme Regierungskommission zur Krankenhausreform: Eckpunkte „in aller Kürze“

- Einführung von **Vorhaltung** mit abgesenktem DRG-Anteil in den beiden neuen Dimensionen **Leistungsgruppen** und **Level**
- Drei (mit Sub-Unterteilungen: fünf) **Versorgungsstufen (Level)** mit Strukturvorgaben, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen
- System von 128 **Leistungsgruppen** mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen. Die Leistungsgruppen werden auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes definiert.
- Für jede Leistungsgruppe wird zudem festgelegt, ab welchem Krankenhaus-Level sie erbracht werden darf.
- Strukturvorgaben für die Level und Leistungsgruppen werden durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft.
- Für die Krankenhäuser der Level I, II und III wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des **Vorhaltebudgets** festgelegt. Dieser beinhaltet auch das ausgegliederte Pflegebudget. Bei Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie 60 % Vorhalteanteil, ansonsten **40 % Vorhalteanteil** (jeweils inkl. Pflegebudget).
- Zugrunde gelegt werden die Basisjahre 2022/23. Das **Bundesamt für Soziale Sicherung** (BAS) verteilt das je Leistungsgruppe festgelegte Vorhaltebudget auf die einzelnen dafür infrage kommenden Krankenhäuser. Das Pflegebudget wird weiterhin so ausgezahlt wie bisher. Die Auszahlung des vollen Vorhaltebudgets ist an Mindeststrukturvoraussetzungen gebunden (ansonsten Abschläge).
- Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre **Krankenhausplanung** mit diesen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren.
- Konvergenzphase von 5 Jahren (aber unklar, ob dies auch für II gilt). In der Startphase orientiert sich die Verteilung der Vorhaltebudgets an der jeweiligen IST-Fallzahl. Im Zielzustand nach versorgender Bevölkerung, Prozess- und Ergebnisqualität und Entwicklung der Leistungsmenge in einer Leistungsgruppe.
- Krankenhäusern des Levels II (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) sollen wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit **Akutupflegetbetten** verbinden und werden daher abweichend geplant und vergütet. Die Vergütung der Level-II-Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Leveln außerhalb der oben beschriebenen Budgets durch **Tagespauschalen** bzw. zusätzlich EBM-Abrechnung möglich.

3. Stellungnahme Regierungs-kommission zur Krankenhausreform: Planung und Finanzierung



3. Stellungnahme Regierungs-kommission zur Krankenhausreform: Leistungsgruppen

Aktuell: Orientierung von Fachabteilungen an den ärztl. Fachgebieten, Vergütung mittels detailliertem DRG-System

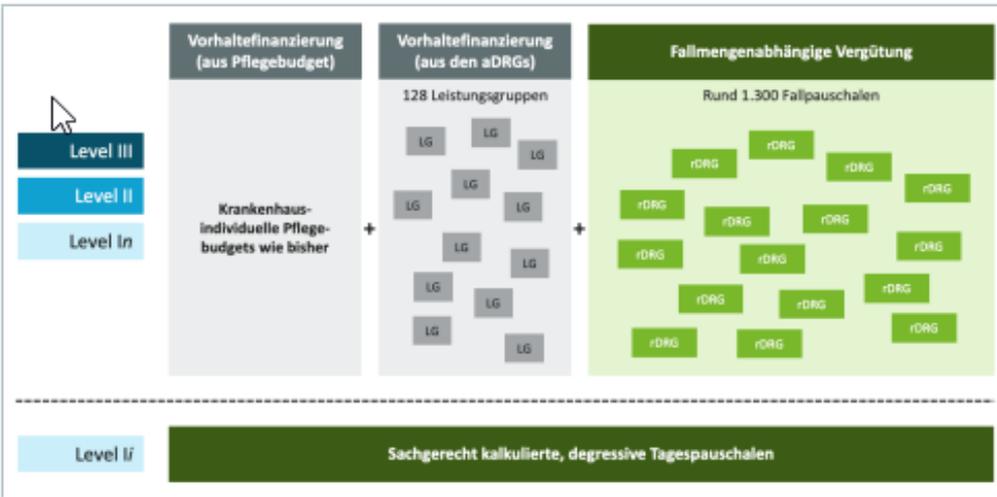
Zukünftig lt. Vorschlag Kommission: 128 Leistungsgruppen

Unabhängiger, an das InEK assoziierter Ausschuss

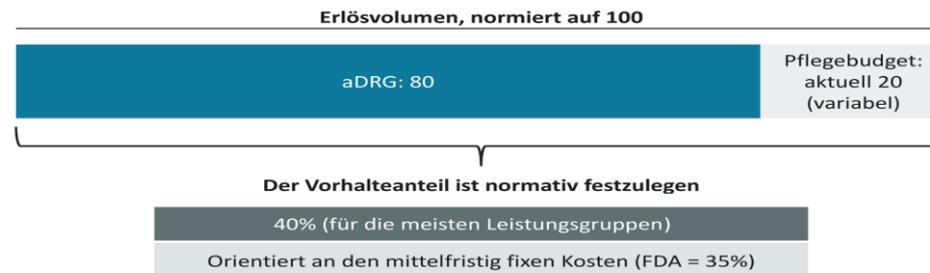
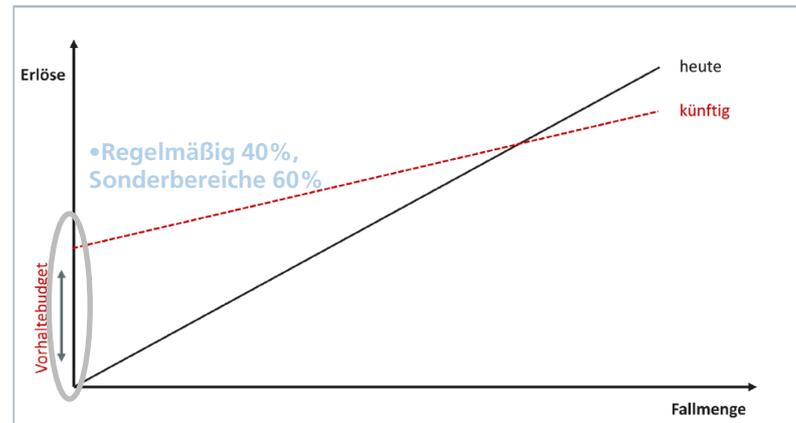
- Definition der jeweiligen Leistungsgruppen nach ICD und OPS-Codes
- Verknüpfung mit Mindestvorgaben für Personal und Technik
- Vorgabe eines Mindestlevels

- Bsp. Pankreaschirurgie (LG 2.7.4): Voraussetzung: allgemeinere Viszeralchirurgie (LG 2.7) + Gastroenterologie (LG 1.3) + Hämatologie und Onkologie (LG 1.4). Hämatologie und Onkologie: Mindestlevel II

3. Stellungnahme Regierungs-kommission zur Krankenhausreform: 2-Säulen-Modell DRG + Vorhaltung



Schematischer Vergleich DRG-System versus 2-Säulen-Modell für eine Leistungsgruppe



3. Stellungnahme Regierungs-kommission zur Krankenhausreform: Wie kann es weitergehen?

Aktuell: erste Gespräche BMG mit der Selbstverwaltung in dieser Woche erfolgt

Januar: erster intensiverer Austausch Bund – Länder

Offene Fragen:

- Unterschiedliche oder gemeinsame Positionen aus den Ländern?
- Unterschiedliche Positionen aus den Krankenhäusern?
- Veränderung durch weitere Stellungnahmen (Notfallversorgung ...)
- Einbindung Rettungsdienst/amb. Versorgung/Nachsorge

Gesetzgebungsverfahren = Verfahren und Termine noch unklar

Wirksamkeit = noch unklar

Position BKG zur Krankenhausreform

Stand 14.12.2022

Die Reformdiskussion muss nun zwischen Bund und Ländern einvernehmlich fortgesetzt werden. Alle Krankenhäuser und deren Beschäftigte benötigen eine Planungssicherheit bis Mitte 2023.

Auch eine nach Finanzierungs-Maßstäben abgestimmte Krankenhausplanung muss in der Letztverantwortung des Freistaates liegen. Die in Bayern vorhandenen drei Versorgungsstufen bilden aus Sicht der BKG eine Grundlage für die Zuordnung von Leistungsbereichen an die Krankenhausstandorte im Rahmen einer aktiveren Planung. Eine Feinsteuerung des Versorgungsgeschehens nach allen 128 Leistungsgruppen ist aber weder notwendig noch förderlich und wird deshalb von uns strikt abgelehnt.

Es muss ein realistischer Umstellungszeitraum definiert werden. Die vorhandenen bedarfsnotwendigen Strukturen müssen bis dahin wirtschaftlich stabil abgesichert werden.

Die strukturellen Defizite der Krankenhäuser im Bereich der Betriebskosten müssen dringend vollständig ausgeglichen werden und eine Fortschreibung nachgewiesener Kostensteigerungen ist erforderlich, wobei auch unterschiedliche Kostenstrukturen in den Bundesländern zu beachten sind.

Die Einführung der Vorhaltefinanzierung ist richtig. Eine Verrechnung dieser neuen Vorhaltefinanzierung mit dem Pflegebudget muss dabei eindeutig ausgeschlossen werden. Es muss möglich sein, für Krankenhäuser in ländlichen Räumen mit niedriger Bevölkerungsdichte höhere Vorhaltungsfinanzierungsanteile vorzusehen, insbesondere für Kliniken mit einer großen Verantwortung für die integrierte Notfallversorgung.

Es ist richtig die klinisch-ambulante Versorgung an den Krankenhäusern zu fördern. Dazu ist es aber erforderlich, sich in diesem Zusammenhang klar zur Ambulantisierung am Krankenhaus zu bekennen, wie dies auch international üblich ist. Ebenfalls zum Start der Reform müssen verlässliche Regelungen zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung getroffen werden. Bund und Länder müssen zusätzliche Investitionsmittel für den Strukturfonds bereitstellen, um die umfassende Weiterentwicklung der Krankenhausstandorte für eine wohnortnahe und qualitätsorientierte Versorgung und guter Beschäftigungsbedingungen im Sinne der Krankenhausreform verlässlich zu finanzieren.

Umgang mit Finanz- und Planungsunsicherheit

Impulse aus Sicht der BKG-Geschäftsstelle

- **Klinik-Geschäftsführungen:**

- Sparmaßnahmen bei Prozessen, Einkauf, Energie unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen (Hilfsfonds ...)
- aber Kostendruck sollte möglichst nicht den Fachkräftemangel erhöhen
- transparente Berichterstattung an die Träger und frühzeitige Diskussion über mögliche Finanzierungslücken
- langfristige Strategien, Konzepte, Kooperationen weiterentwickeln

- **Krankenhaus-Träger:**

- akute Finanzlage im Branchentrend und Marktumfeld einordnen
- „Rückendeckung“ für Klinik-Geschäftsführungen (*nichts Unmögliches verlangen*)
- langfristige Strategie im Blick halten und von Klinik-Leitung einfordern

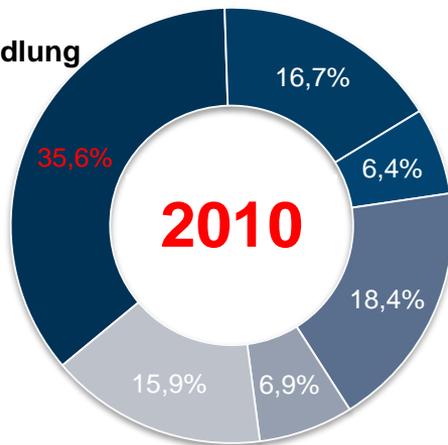
- **Krankengesellschaften/Selbstverwaltung und Politik:**

- verlässliche Grund-Finanzierung anstelle immer neuer Hilfsfonds(!)
- verlässliche Rahmenbindungen aus der Krankenhausreform

Backup: Mythos – Kostentreiber Krankenhaus?

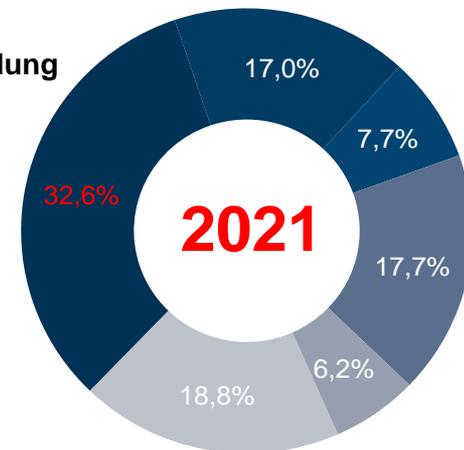
GKV-Leistungsausgaben: 164,96 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung
35,6 %
(58,73 Mrd. €)



GKV-Leistungsausgaben: 263,41 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung
32,6 %
(85,87 Mrd. €)



- Krankenhausbehandlung
- Ärztliche Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel
- Arzneimittel
- Zahnarzt & Zahnersatz
- Übrige Leistungen

Backup: Fachkräftemangel bleibt die größte Zukunftsherausforderung



CHANCEN & RISIKEN für Krankenhäuser in der Zukunft



Tagung der bayerischen Großkrankenhäuser **ZUKUNFTSREISE** mit Innovationsberater Jens Jacobsen **INOPILOT**
17./18. Mai 2022, Gut Ising



Backup: Überblick aus Koalitionsvertrag der Bundesregierung

