

Geschichte der Krankenhausfinanzierung



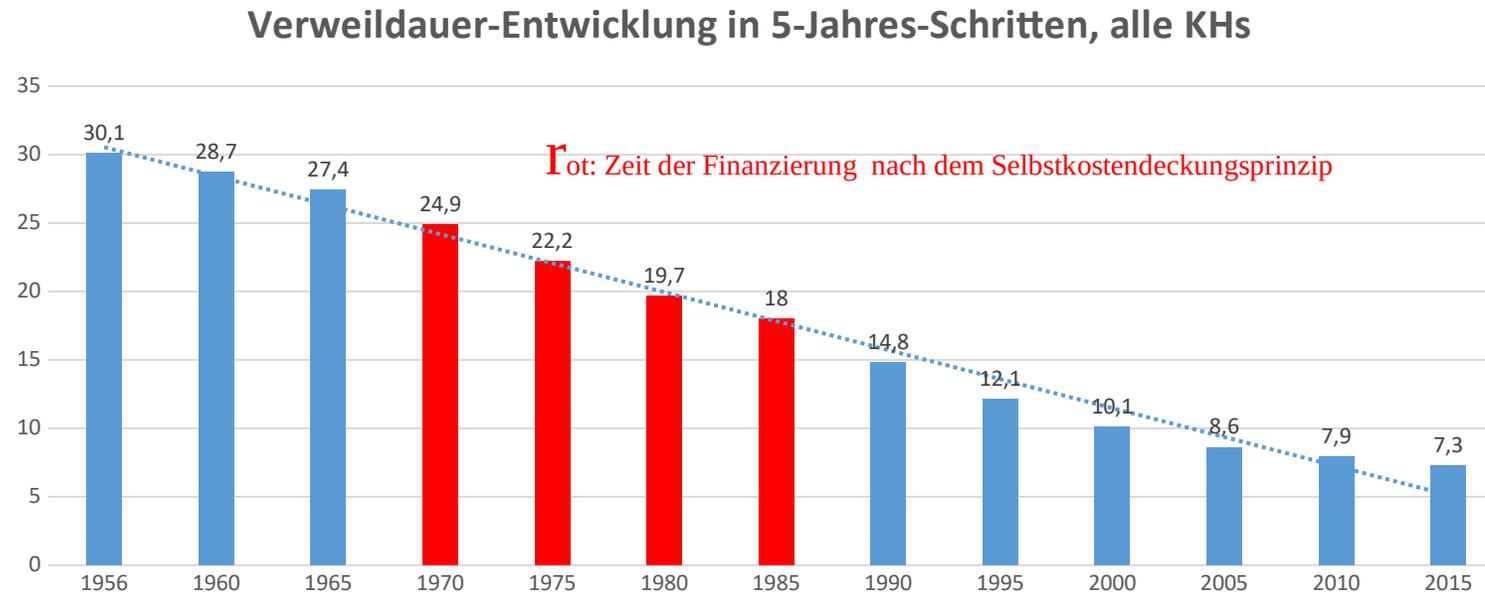
Ein Blick in die Geschichte

- Kriegsende bis 1972: Monistische Finanzierung & Bettenmangel
- 1972 bis 1985: duale Finanzierung & Selbstkostendeckung
- 1986 bis 2003: Budgets, Gewinne/Verluste & Einführung von Preisen
- 2004 bis heute: Preissystems der DRGs

Kontinuierlich seit 1986: Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

Mythen über die Selbstkostendeckung

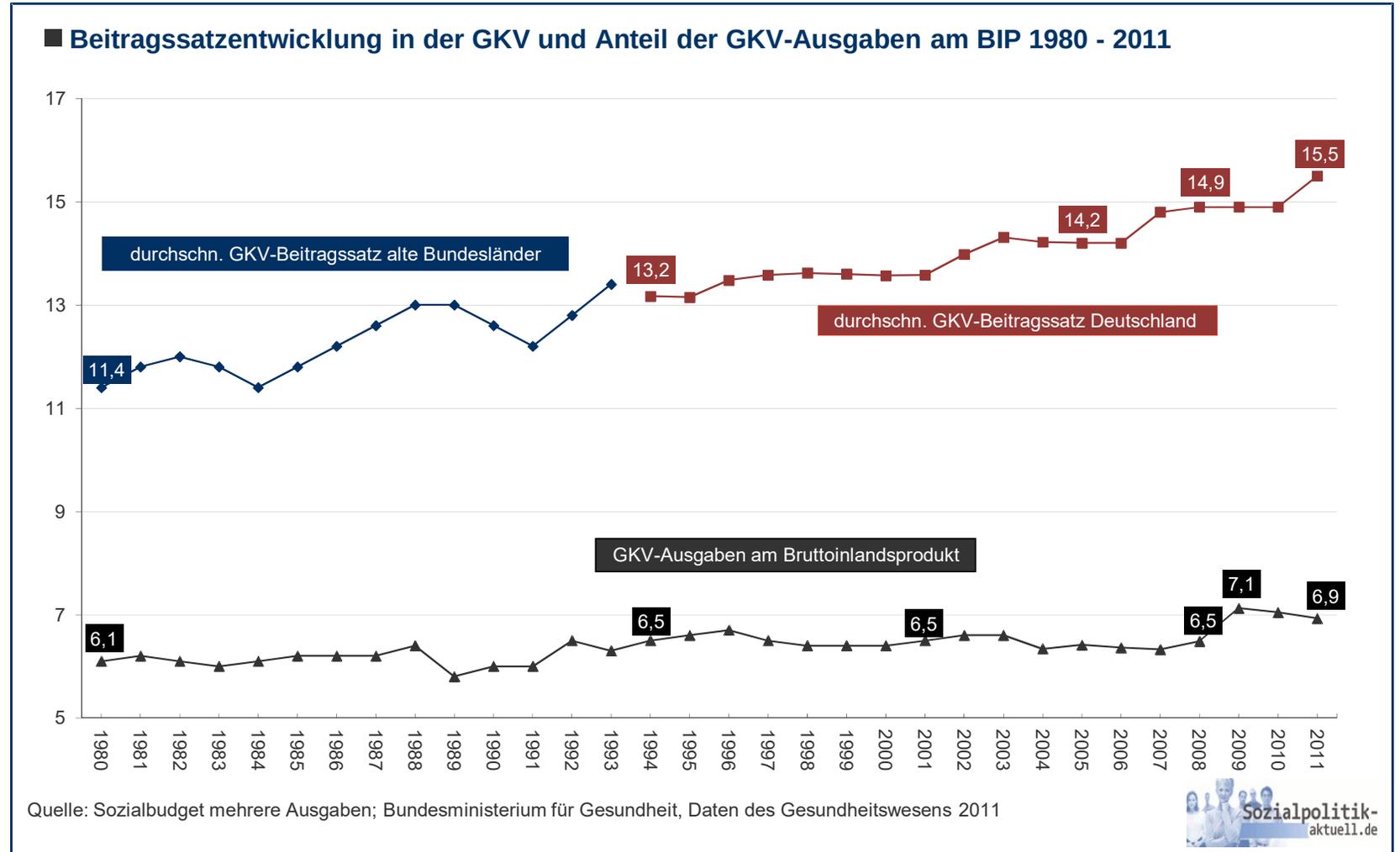
- **Mythos:** Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer („Selbstbedienungsladen“).
- **Mythos:** DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden („Freiheitsberaubung“)



➤ **Die Realität:** Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Der Beitragsanstieg war kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem!



Gliederung

- **Duale Finanzierung von KH-Investitionen und Betriebskosten - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**
 - **Planung und Investitionen - Landeskrankenhausgesetze**
 - **aG-DRG-Fallpauschalensystem - Krankenhausentgeltgesetz und KHG**
-
- **Bundespfllegesatzverordnung (BPflV) – heute nur noch Psychiatrie**
 - **Krankenhausbuchführungsverordnung**
 - **Fallpauschalenvereinbarung zw. Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene**

KHG (1972) §1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die **wirtschaftliche Sicherung** der **Krankenhäuser**, um eine **qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte** Versorgung der Bevölkerung mit **leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen** und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) „... ist die **Vielfalt der Krankenhausträger** ist zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.

KHG §4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre **Investitionskosten** im Wege **öffentlicher Förderung** übernommen werden und sie
2. **leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen**, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

Gliederung

- Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch 5
 - Duale Finanzierung von KH-Investitionen und Betriebskosten
Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
 - **Planung und Investitionen - Landeskrankenhausgesetze**
 - Planung und Investitionen - Bund-Länder-Reformansätze
 - aG-DRG-Fallpauschalensystem - Krankenhausentgeltgesetz und KHG
-

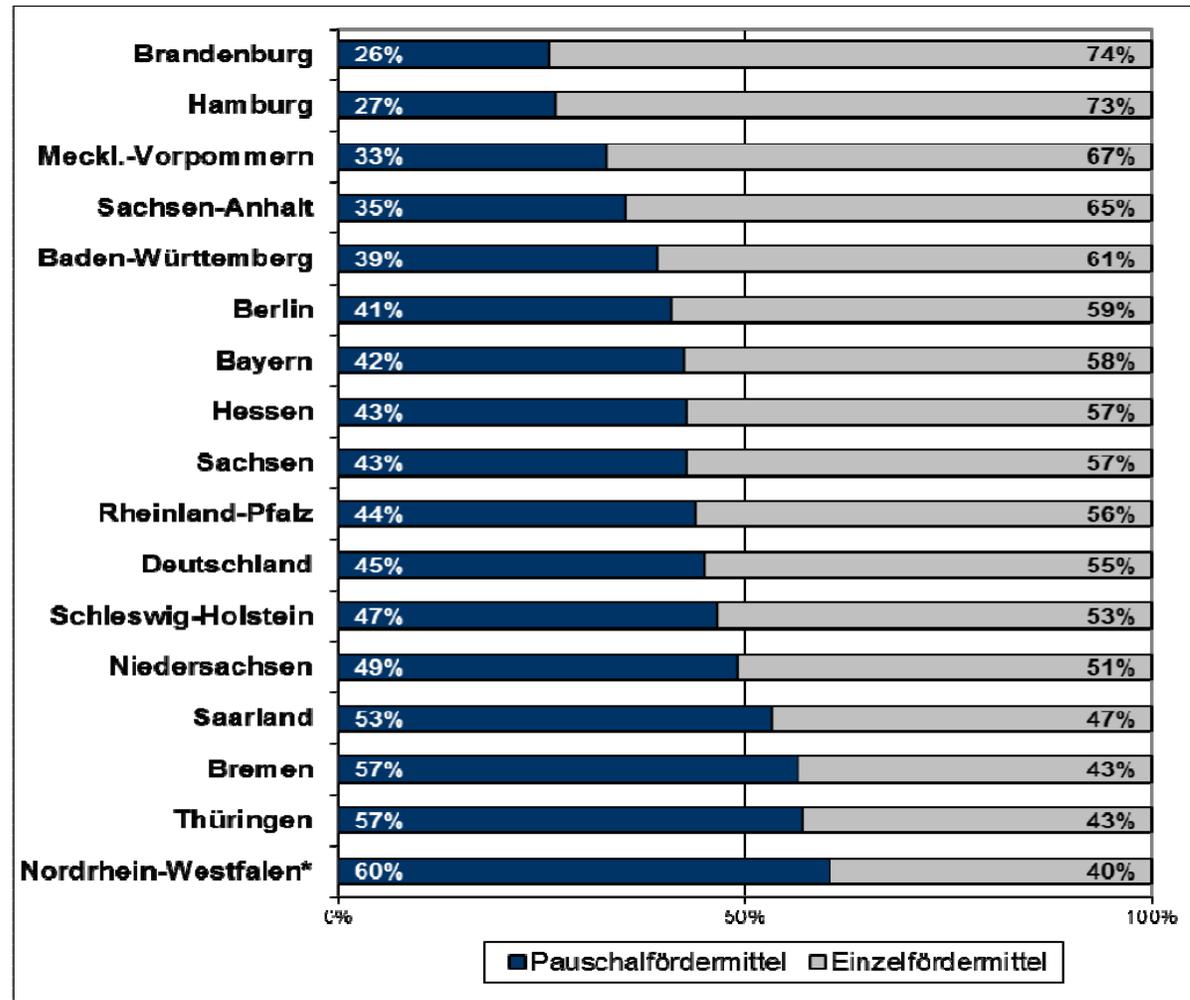
KHG §§ 6 und 8

Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

- Die Länder stellen **Krankenhauspläne und Investitionsprogramme** auf.
- Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt (*LKHG*)
- *Im KHG keine Festlegung, wie Förderung aussieht (Einzel- und Pauschalförderung, nur Pauschalförderung, Art der Pauschalförderung bsp. pro Bett oder Investitionskostenanteile der Fallpauschalen)*
- *Versagen bzw. Entzug der Zulassung bei nicht nur vorübergehenden und erheblichen Verstößen gegen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. bei Abzügen wg. Qualitätsmängeln (außer Land entscheidet anders)*

Verhältnis Pauschalförderung/ Einzelförderung

Abbildung 4.6: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung im Jahr 2011¹²



* Einzelförderung einschließlich Baupauschale.

Quellen: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

LKHG BaWü § 6: Inhalt des Krankenhausplans

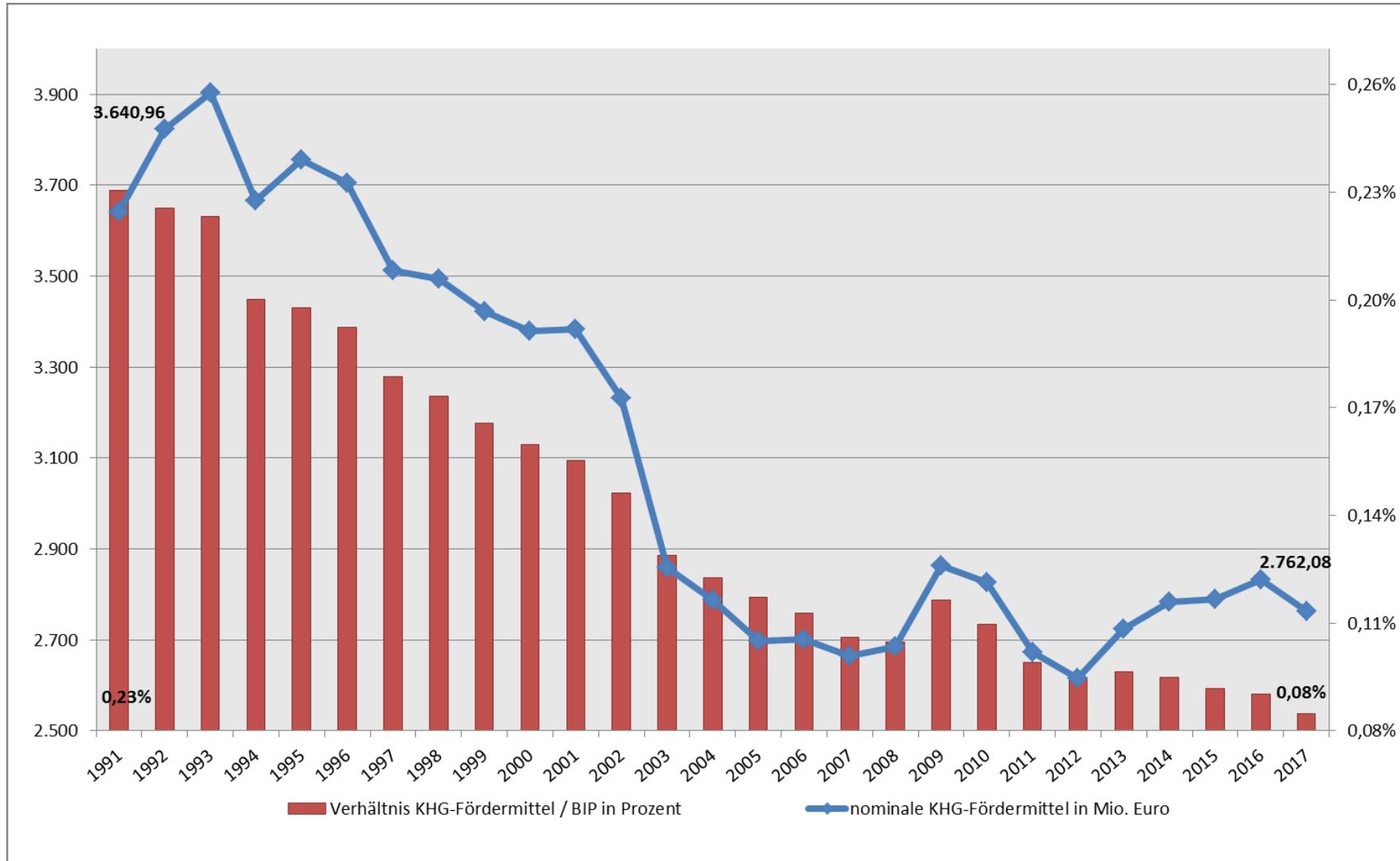
Der Krankenhausplan ist ein **Rahmenplan** und enthält **allgemeine Zielsetzungen** sowie **Kriterien zur Investitionsförderung**. Er weist die **bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Betriebsstätten nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus. (...)**

Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen die **Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten**. Daneben **kann** auch die Zahl der **Planbetten je Fachgebiet, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden.**

Der Krankenhausplan hat insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen.

Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal



Quelle:
 DKG-Bestandsaufnahme
 Krankenhausplanung
 und
 Investitionsfinanzierung
 2018

Gliederung

- Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch 5
- Duale Finanzierung von KH-Investitionen und Betriebskosten - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
- Planung und Investitionen - Landeskrankenhausgesetze
- **Planung und Investitionen - Bund-Länder-Reformansätze**
- aG-DRG-Fallpauschalensystem - Krankenhausentgeltgesetz und KHG

KHG § 10: Entwicklungsauftrag an das InEK zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser (...) wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht.

- *bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen ermittelt durch DRG-Institut InEK
(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)*
- *Investitionsfallwerte auf Landesebene*

KHG § 12: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen
Strukturfonds als Bund/Länder-Kooperation
>Abwrackprämie<

- (1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). (...)

Zweck des **Strukturfonds** ist insbesondere der **Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen (...)**

Jedes Land kann seinen Anteil abrufen (Königsteiner Schlüssel) wenn es eine Kofinanzierung in gleicher Höhe erbringt, ohne seine laufenden Investitionskosten zu kürzen

KHG § 12: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

- Mit dem Geld aus dem ersten Krankenhausstrukturfonds (KHSF) wurden beziehungsweise werden 34 Krankenhäuser und Krankenhausstandorte in Deutschland geschlossen.
- Dazu gehören sowohl „reine“ Schließungen, bei denen ein Standort komplett vom Versorgungsnetz genommen wird, als auch Konzentrations- und Umwandlungsvorhaben. An weiteren 24 Standorten wurden 36 Abteilungen geschlossen. Bei fast der Hälfte dieser Abteilungen handelte es sich um Gynäkologien und Geburtshilfen.
- Die Regierung weist auf die Fortführung des KHSF in den Jahren 2019 bis 2024 mit insgesamt zwei Milliarden Euro hin, mit der auch künftig das bestehende Effizienzpotenzial in der stationären Versorgung gehoben werden könne.

Deutsches Ärzteblatt 10.12.2021

Gliederung

- Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch 5
- Duale Finanzierung von KH-Investitionen und Betriebskosten - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)
- Planung und Investitionen - Landeskrankenhausgesetze
- Planung und Investitionen - Bund-Länder-Reformansätze
- **aG--DRG--System - Krankenhausentgeltgesetz und KHG**

Wie funktioniert das Fallpauschalensystem ?

DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen

einheitliche Fallpauschale für eine bestimmte Behandlung
einer bestimmten Diagnose

anfangs 409 Fallgruppen

2021: 1285 DRGs

Ablauf der Eingruppierung

Verschlüsselung der Hauptdiagnose (ICD 10)

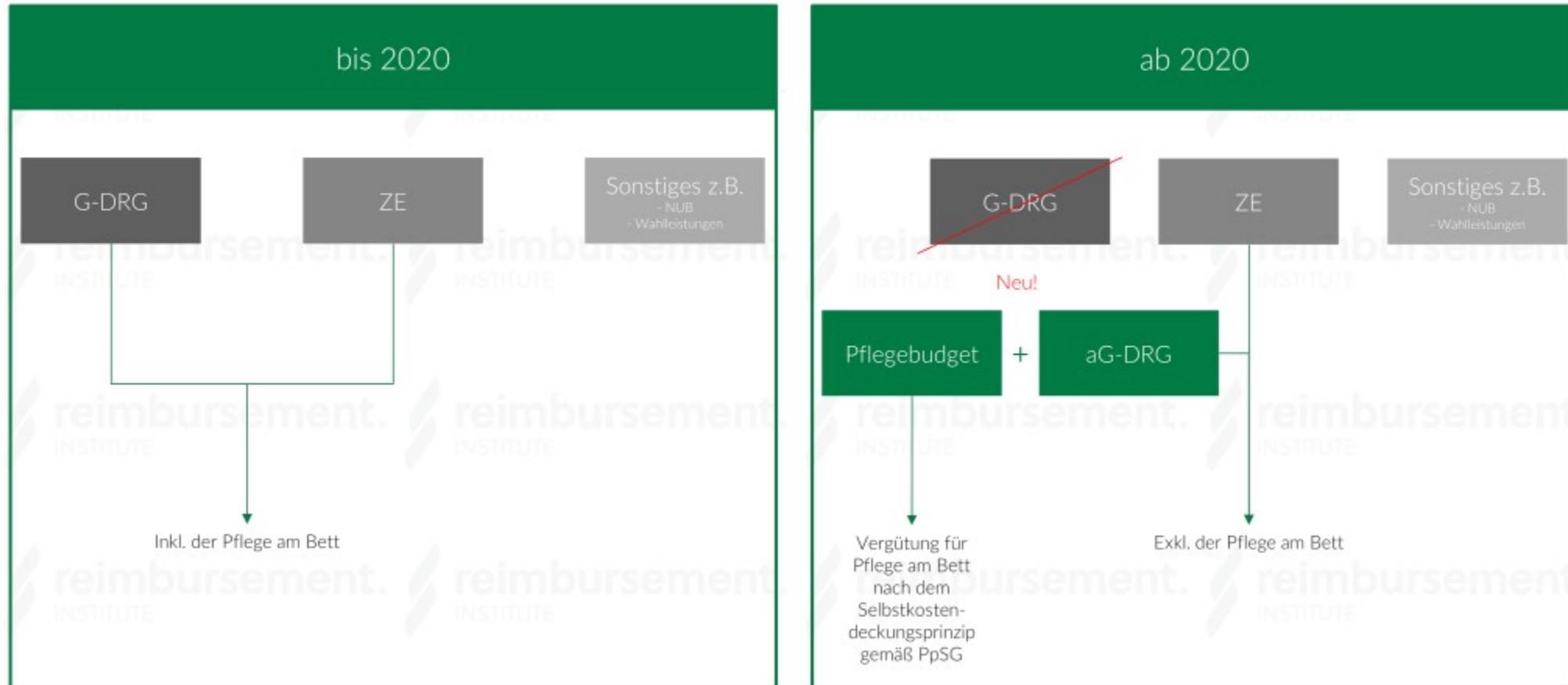
Verschlüsselung aller Nebendiagnosen und Komplikationen

Verschlüsselung aller Prozeduren (OPS)

EDV-Programm ermittelt DRG incl. PCCL (Patient Clinical Complexity Level)

Ausgliederung der Pflegekosten am Bett 2020 (PpSG)

(a)G-DRG System
Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus



Wie funktioniert das G-DRG-System – im Groben...?

- Nur „Fälle“ werden bezahlt nicht Vorhaltekosten
- Abgrenzung von Fallgruppen anhand der tatsächlichen Ist-Kosten
- Berechnung der Relativgewichte der Fallgruppen und des Durchschnitts
 - z.B. C17Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen RG = 0.541
 - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden RG = 32,718
- Regulierung der Preise
 - der Landesbasisfallwert wird als **Festpreis** für eine durchschnittlich aufwändige Krankenhausbehandlung (= Relativgewicht 1,0) politisch festgelegt (BY 3.739 €)
 - das Preisniveau ist von den tatsächlichen Ist-Kosten abgekoppelt
 - plus (kostendeckend) Pflegepersonalkosten des KH (pauschal 163 € / d Pflegeentgeltwert)
- Fallpauschale in € = Relativgewicht x Landesbasisfallwert

Wie funktioniert das G-DRG-System – im Groben...?

- Nur „Fälle“ werden bezahlt nicht Vorhaltekosten
- Abgrenzung von Fallgruppen anhand der tatsächlichen Ist-Kosten
- Berechnung der Relativgewichte der Fallgruppen und des Durchschnitts
 - z.B. C17Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen RG = 0.541
 - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden RG = 32,718
- Regulierung der Preise - wirklich kompliziert ... 
 - der Landesbasisfallwert wird als **Festpreis** für eine durchschnittlich aufwändige Krankenhausbehandlung (= Relativgewicht 1,0) politisch festgelegt (BY 3.739 €)
 - das Preisniveau ist von den tatsächlichen Ist-Kosten abgekoppelt
 - plus (kostendeckend) Pflegepersonalkosten des KH (pauschal 163 € / d Pflegeentgeltwert)
- Fallpauschale in € = Relativgewicht x Landesbasisfallwert

Jährliche Ermittlung Landesbasisfallwert - Überblick

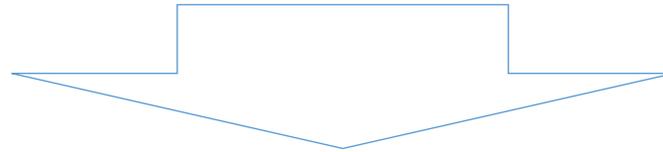
- vereinbarte Erlössummen der KHS laufendes Jahr / vereinbarte effekt. Bewertungsrelationen der KHS laufendes Jahr
- Beide Werte werden hochgerechnet (z.T. politisch, z.T. nach rechtlichen Vorgaben - § 10 Abs. 3 KHEntG) (unter Berücksichtigung der IST-Entwicklung)
- Basisfallwert muss unter **Veränderungsrate/-wert** sein, nicht Erlössumme (Erlössumme nicht gedeckelt)
- Evtl. Kappung bei Überschreitung Veränderungsrate/-wert (2-Säulen-Prinzip)
- Fehlschätzung werden (falls vereinbart) im folgenden Jahr sowohl in der Erlössumme (Basisberichtigung) als auch im LBFW (Ausgleich) ausgeglichen. (LBFW ist also für ein Jahr um einen Betrag x höher oder niedriger, je nach dem ob falsch negativ oder falsch positiv geschätzt wurde.

KHEntgG § 9 und 10: Die „Raten“

- **Veränderungsrate:** Steigerung Einnahmen Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerung), wird jedes Jahr vom BMG veröffentlicht = **Obergrenze**
- **Orientierungswert:** ermittelt vom statistischen Bundesamt, ist praktisch die Preissteigerungsrate für KHS (§ 10, Abs. 6 KHEntgG)
- **Veränderungswert:** ausgehandelt auf Bundesebene (Selbstverwaltungspartner) = ein bestimmter Teil des Orientierungswertes auf Basis Differenz Veränderungsrate und Orientierungswert. Maximal ein Drittel der Differenz. Wenn Orientierungswert unter Veränderungsrate, gilt Veränderungsrate (§ 9 Abs. 5a KHEntgG) = **neue Obergrenze**
- **Tarifrate:** durchschnittliche Tariferhöhungen (ohne strukturelle Erhöhungen)
- **Erhöhungsrage:** Unterschied zwischen Veränderungswert (bzw. Veränderungsrate) und Tarifrate.
- **anteilige Erhöhungsrage:** 33% der Erhöhungsrage (bezogen auf die Personalkosten sind das 50%). LBFV ist entsprechend zu erhöhen (auch wenn Obergrenze überschritten wird) (**BPfV: 40% statt 33%**)
- **geplant: 100% und auch strukturelle Erhöhungen bei Pflegepersonal**

Welche ökonomischen Anreize das DRG-System setzt

DRG-Erlöse *minus* Kosten = Gewinn
(v.a. Personal)



Zahl lukrativer Fälle ↑

Operationen ↑

Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Behandlungskosten ↓

und die Feinheiten z. B.: Bedeutung der Verweildauer

Untere Grenzverweildauer (UGV):

- Zeitraum in Tagen, die ein(e) Patient(in) auf jeden Fall stationär behandelt werden muss, um die ermittelte DRG zu 100% abrechnen zu können
- bei Unterschreiten erfolgt ein Abschlag auf den DRG-Betrag

Mittlere Verweildauer (MVD):

- Zeitraum in Tagen, welcher der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des DRG-Erlöses zugrunde gelegt ist
- Bei Verlegung und Unterschreitung der MVD werden für beide Krankenhäuser Abschläge fällig

Obere Grenzverweildauer (OGV):

- Zeitraum in Tagen, der für die übliche Behandlung des Patienten maximal eingeplant werden soll
- bei Überschreiten der OGV wird ein geringer tagesgleicher Zusatzbetrag gezahlt.

Inlier:

- Patienten innerhalb der Verweildauergrenzen (UGV/OGV)
- Bei Wiederaufnahme innerhalb Grenzverweildauer: Fallzusammenführung
- Bei gemeinsamer Behandlung ohne Verlegung: Abrechnung durch aufnehmendes Haus

§ 4 (2b) Fixkostendegressionsabschlag

- Bei vereinbarten Steigerungen des Erlösbudgets
- ab 2017 (löst Mehrleistungsabschlag ab)
- Höhe durch Vereinbarung auf Landesebene (mindestens 35%)
- auf KH-Ebene höherer Abschlag und längere Laufzeit möglich
- (geplant: dauerhaft auf 35% und 3 Jahre festgelegt, keine Abweichungen auf KH-Ebene)
- Ausnahmekatalog: Transplantationen, Polytraumen, Verbrennungen, Sachkostenanteil von mehr als 2/3, Landesplanung incl. Zentren,
- Nicht wenn „abgesenkte oder gestaffelte DRGs“ (KHG § 17b, Liste GBA)
- Hälfziger Abschlag: Liste nicht mengenanfälliger Leistungen (G-BA) und bei Verlagerung von Leistungen/Zusammenlegungen
- Wegen der Corona-Pandemie für 2020 ausgesetzt !

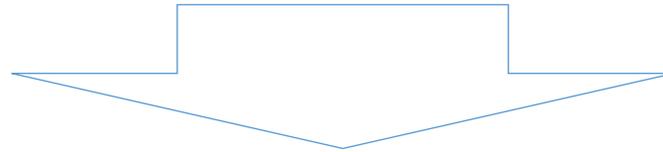
Weitere Vergütungselemente neben den Fallpauschalen - allerdings bei weitem nicht kostendeckend-

- Mehr-/Mindererlösausgleiche
- Sicherstellungszuschläge
- ländliche Krankenhäuser
- Zentrumszuschläge
- Besondere Einrichtungen
- Notfallstufen (GBA)
- Baustelle: Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Trotz aller Korrekturen:

Diese ökonomischen Anreize setzt das DRG-System

$$\text{DRG-Erlöse } \textit{minus} \text{ Kosten} = \text{Gewinn}$$



Zahl lukrativer Fälle ↑

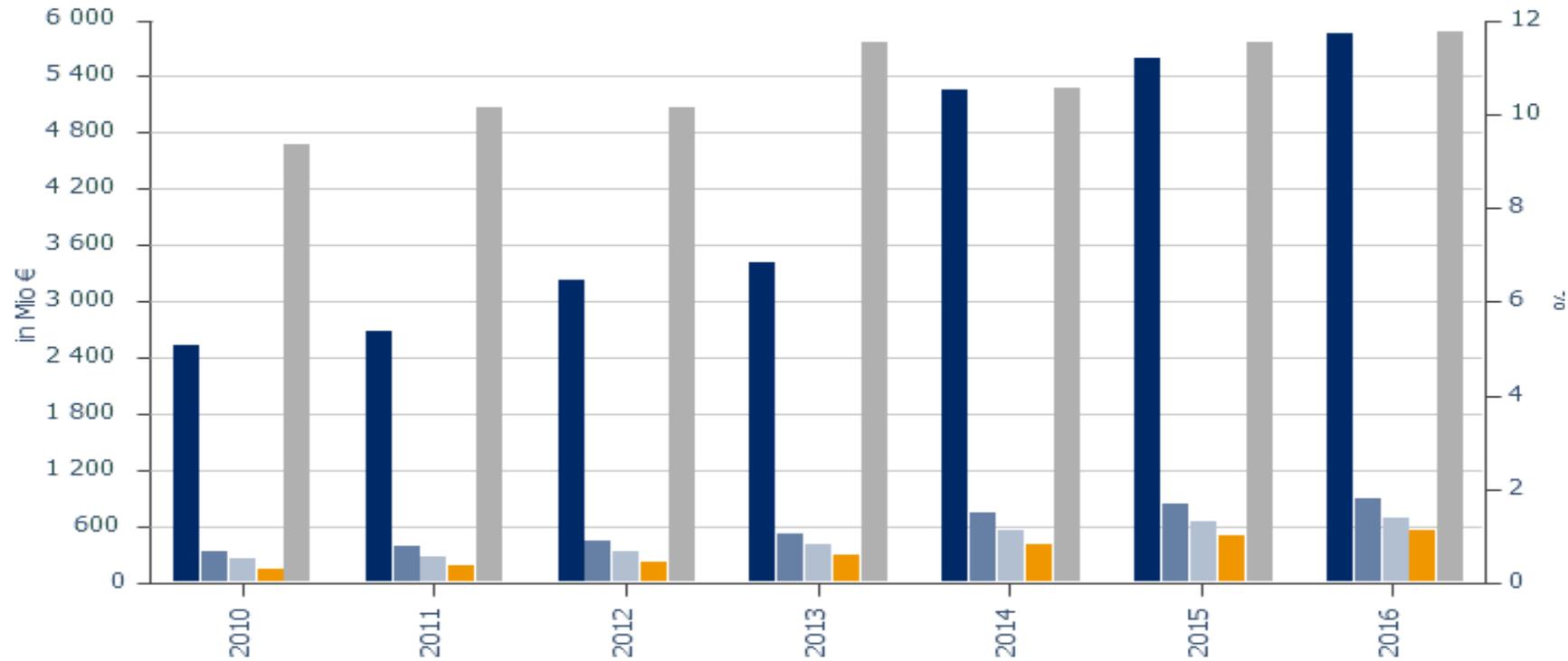
Operationen ↑

Prozeduren ↑

Zahl defizitärer Fälle ↓

Behandlungskosten ↓

Krankenhäuser als Profitquelle – das Beispiel Fresenius Helios



Legende

in Mio €

■ Umsatz

■ EBITDA

■ EBIT

■ Konzernergebnis (Ergebnis, das auf die Anteilseigner der Fresenius Helios entfällt)

%

■ EBIT-Marge

2019: EBIT-Marge Fresenius Helios D 9,7 %

Privatisierung:

Licht für das Kapital

Schatten für die Betroffenen – das Beispiel > Helios <

Berlin/Düsseldorf, 11.05.2021

„Entwicklung beim Helios Konzern gefährdet Patientenversorgung

**Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)
fordert schnelles Eingreifen des Gesetzgebers:**

Der übermäßige Abbau ärztlicher Stellen bei Helios ist unverantwortlich. Er gefährdet nicht nur die Versorgung der Patienten, sondern er schränkt sie ein und macht daraus ein Geschäftsmodell. Unsere Mitglieder bestätigen diese Zustände in vollem Umfang.

Diesem mittlerweile maßlosen Gewinnstreben um jeden Preis ist nur durch die Festlegung von gesetzlichen Untergrenzen – auch - für das ärztliche Personal beizukommen.

Das System „Helios“ ist an einem Punkt angekommen, an dem die selbstregulierenden Kräfte des Krankenhausmarktes nicht mehr greifen."

- **EBIT-Anstieg bei Helios Deutschland im Jahr 2020**
- Im Geschäftsjahr 2020 stieg der EBIT von Helios Deutschland um 4 Prozent auf 602 Millionen Euro (Geschäftsjahr 2019: 577 Millionen Euro).
Die EBIT-Marge betrug 9,5 Prozent (Geschäftsjahr 2019: 9,7 Prozent).

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



KRAANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Krankenhausfinanzierung

Systematik (ohne Corona-Maßnahmen)

Vielen Dank für die Diskussion!