

# BDPK News

## Nachrichten, Positionen, Berichte

V.i.S.d.P.: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.,  
Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer  
Friedrichstraße 60 · 10117 Berlin · Telefon (0 30) 2 40 08 99-0  
E-Mail: post@bdpk.de · www.bdpk.de



Thomas Bublitz,  
Hauptgeschäftsführer  
des BDPK

## Vor- oder Weghaltepauschale

Von Thomas Bublitz

Die geplante Einführung der Vorhaltepauschale ist ein zentraler Baustein der Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Aber ähnlich wie beim Krankenhaustransparenzgesetz könnte auch dieses Projekt die beabsichtigten Ziele verfehlen. Statt die Existenz von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern zu sichern, funktioniert die Vorhaltepauschale in der vorgesehenen Form vielmehr wie eine Weghaltepauschale – und sie würde die Versorgung verschlechtern.

Eine detaillierte Beschreibung der Auswirkungen, die die im Arbeitsentwurf des BMG konstruierte Vorhaltefinanzierung hätte, liefert die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte und Mitte Januar vorgestellte Analyse der Vebeto GmbH. Zusammengefasst bliebe die Erlössituation einer Klinik unverändert, wenn sich die Zahl ihrer Patienten nicht verändert. Wenn die Zahl der Patienten sinkt, profitiert die Klinik anteilig von einer Vorhaltefinanzierung für Leistungen, die sie gar nicht erbracht hat. Steigt die Fallzahl, erhält die Klinik weiterhin die auf einer niedrigeren Fallzahl festgelegten Beträge für die Vorhaltung – unabhängig von der steigenden Zahl der Patienten. Neben der zu niedrigen Vorhaltepauschale werden nämlich für die Leistungen nur noch die gekürzten Residual-DRG gezahlt. Aus ökonomischer Sicht wird so der Anreiz für das einzelne Krankenhaus geschaffen, innerhalb eines Korridors möglichst weniger Patienten als vorgesehen zu behandeln. Ein fragwürdiges Szenario, wenn man sich vorstellt, dass das Ziel der Krankenhausreform die Schließung beziehungsweise Umwandlung vieler kleiner Kliniken sein soll. Dann nämlich müssten die Patienten in den verbleibenden größeren Kliniken versorgt werden, woran diese aus oben genannten Gründen nur geringes Interesse haben dürften. Die Folgen wären sehr wahrscheinlich Wartezeiten für die Patienten und eine deutlich verschlechterte Versorgungslage der Bevölkerung in ländlichen Regionen.

Eine gewisse Skepsis gegenüber den geplanten Vorhaltepauschalen macht sich nun auch bei den kommunalen Großkrankenhäusern und den Universitätskliniken breit. Es wäre auch an dieser Stelle klug gewesen, mit den Krankenhauspraktikern über das Instrument der Vorhaltefinanzierung zu diskutieren. Vielleicht hätte dann eine echte Absicherung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen entstehen können. Eine, die nicht auf Fallzahlen, sondern auf den Kosten der Vorhaltung basiert. So wird die angekündigte Revolution immer unwahrscheinlicher.

## Krankenhausreform

# Finanzierung und Insolvenzen

Die von der Politik ausgelöste Unterfinanzierung der Krankenhäuser hat zu einer historisch hohen Insolvenzgefahr geführt. Der BDPK hat zusammengefasst, warum die festgefahrene Reform die Probleme nicht lösen wird und welche Alternativen es gibt.

### Politische Verantwortung

Zu Beginn des Jahres 2024 ist die finanzielle Lage der Krankenhäuser so schlecht wie nie: Laut aktuellem Krankenhaus Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) erwarten fast 80 Prozent der Kliniken für das Jahr 2023 ein negatives Jahresergebnis, nur noch sieben Prozent rechnen mit einem Jahresüberschuss. Für das Jahr 2024 gehen 71 Prozent der Krankenhäuser von einer weiteren Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation aus und nur vier Prozent von einer Verbesserung. Nachdem 2023 bereits 40 Kliniken Insolvenz anmelden mussten, könnte sich diese Zahl nach Expertenansicht im Jahr 2024 auf 80 erhöhen.

Wesentliche Ursache für die wirtschaftliche Schieflage der Krankenhäuser ist die andauernde Unterfinanzierung ihrer Betriebskosten. Dies ist Folge einer jahrelangen Politik, die erhebliche Einschnitte in das DRG-System veranlasst hat. Eine ausführliche Übersicht der politischen Eingriffe ins DRG-System, die negative Auswirkungen auf die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser haben, ist auf der BDPK-Homepage veröffentlicht. Daraus einige Beispiele:

- **Landesbasisfallwert (LBFW):** Streichung der Möglichkeit, dass bei Leistungsrückgängen der Landesbasisfallwert angehoben werden kann. Geregelt im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (2022) von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD).
- **Normierung:** Normierung der Bewertungsrelationen in den aG-DRG-Katalogen für 2022 und 2023 im Wert von insgesamt 575 Millionen Euro. Geregelt in den DRG-Entgeltkatalog-Verordnungen (2021/2022, Ersatzvornahme BMG) von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) und dem vorherigen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU).
- **Pflegebudget:** Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (2019) von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU).
- **FDA:** Einführung des Fixkostendegressionsabschlags bei Mehrleistungen in Höhe von 35 Prozent, gültig für drei Jahre. Geregelt im Krankenhausstrukturgesetz (2016) von Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe (CDU)
- **Sachkostenkorrektur:** Abbau vermeintlicher Übervergütung der Sachkostenanteile durch Abwertung von Sachkostenanteilen und Aufwertung von Personalanteilen der Bewertungsrelationen. Geregelt im Krankenhausstruktur-

gesetz (2016) von Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe (CDU).

- **Veränderungswert:** Einführung zu verhandelnder Veränderungswerte mit Ein-Drittel-Kappung. Geregelt im Psych-Entgeltgesetz (2012) von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP).

- **Veränderungsrate:** Reduktion der Veränderungsrate um 0,25 Prozent für 2011 und um 0,5 Prozent für 2012. Geregelt im GKV-Finanzierungsgesetz (2010) von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP).

- **Sanierungsbeitrag GKV:** in Höhe von circa 380 Millionen Euro durch 0,5-Prozent-Abschlag auf Krankenhausrechnungen und Senkung der Mindererlösquote von 40 auf 20 Prozent. Geregelt im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.

### Fallzahl- und Erlösentwicklung

Bei der Einführung der DRG/Fallpauschalen hatten die Patientenzahlen eine zentrale Bedeutung. Über die Fallzahlabhängigkeit des Landesbasisfallwertes sollte die Finanzierung der Krankenhäuser stabilisiert werden. Bei steigenden Fallzahlen verringerte sich der Landesbasisfallwert, um die Ausgaben der Krankenkassen stabil zu halten. Bei sinkenden Fallzahlen sollte er ansteigen, um die Krankenhäuser wirtschaftlich stabil zu halten. Diesen Mechanismus hat der Bundesgesetzgeber mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz 2022 in Anbetracht sinkender Fallzahlen dauerhaft außer Kraft gesetzt. Dadurch verzeichnen die Krankenhäuser nun Einnahmeausfälle in Höhe von durchschnittlich 14 Prozent. Damit stecken die Kliniken in einer doppelten Falle: Die Preissteigerungen werden nur zum Teil ausgeglichen, während die Einnahmeausfälle durch rückläufige Fallzahlen gar nicht ausgeglichen werden. Deswegen rutschen alle Krankenhäuser zwangsläufig ins betriebswirtschaftliche Minus. Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) betrug das Defizit der deutschen Krankenhäuser bis Ende 2023 rund 9 Milliarden Euro. Im Jahr 2024 steigt es Monat für Monat um 500 Millionen Euro weiter an. Krankenhaussolvenzen werden die zwangsläufige Folge sein.

Hinzu kommt, dass mit den grundsätzlich zu begrüßenden gesetzlichen Maßnahmen zur ambulanten Öffnung von Krankenhäusern (AOP-Katalog, Hybrid-DRG, Tagesbehandlung) ein erheblicher Erlösrückgang für die Krankenhäuser einher-

geht. Die Vergütung für ambulante Leistungen beträgt teilweise nur die Hälfte der Vergütung für stationäre Leistungen. Bei dem durchaus vorhandenen Willen zur ambulanten Öffnung bedeutet dies für viele Krankenhäuser schmerzhaftes Einnahmerückgänge, die zur Unzeit kommen.

## Reformpläne lösen Finanzierungsprobleme nicht

### ■ Krankenhaustransparenzgesetz ist eine Nebelkerze

Bundesgesundheitsminister Lauterbach behauptet, die Länder würden die mit dem Transparenzgesetz vorgesehenen finanziellen Hilfen verhindern und somit zur Verschlimmerung der wirtschaftlichen Situation beitragen. Diese Behauptung ist schlicht falsch. Konkret verspricht der Bundesgesundheitsminister eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen, eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes und einen schnelleren Mindererlösausgleich für Pflegekosten. Bei diesen geplanten Maßnahmen handelt es sich nicht um zusätzliche Mittel oder zusätzliches Geld. Vielmehr sind es Finanzierungsansprüche, die die Kliniken schon jetzt gegenüber

den Krankenkassen haben und die etwas früher ausgezahlt werden sollen. Mehr Geld zum Ausgleich der Preissteigerungen und zur rückläufigen Fallzahl soll es nicht geben. An der chronischen Unterfinanzierung der Betriebskosten wird das Transparenzgesetz nichts ändern. Wie umfangreich die Kliniken gegenüber den Krankenkassen in Vorleistung gehen, zeigt der Umsetzungsstand der Pflegebudgetvereinbarungen. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz waren 2019 die Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert worden, um die Pflege zu stärken. Dazu sollen die Personalkosten für die Mitar-

beiter, die in die direkte Pflege von Patienten („Pflege am Bett“) eingebunden sind, außerhalb der DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausesindividuell zu verhandelndes Pflegebudget abgerechnet werden. Der Gesetzgeber erhoffte sich dadurch Verbesserungen für die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen sowie ganz konkret „mehr Hände“ für die Pflege am Bett. Von der politischen Absicht ist bisher allerdings wenig in der Praxis angekommen. Denn aktuell – Stand Ende 2023 – haben die Krankenkassen für das Abrechnungsjahr 2021 nicht einmal mit der Hälfte der Krankenhäuser Pflegebudgets verhandelt. Für das Abrechnungsjahr 2022 sind es bislang sogar weniger als 16 Prozent.

### ■ Vorhaltefinanzierung verfehlt alle Ziele

Die Vorhaltefinanzierung ist eines der zentralen Reformelemente und soll zu Entökonomisierung, Entbürokratisierung

und Existenzsicherung insbesondere der kleinen Krankenhäuser führen. Welche Auswirkungen die im Arbeitsentwurf des BMG konstruierte Vorhaltefinanzierung tatsächlich hätte, liefert die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte und Mitte Januar vorgestellte Analyse der Vebeto GmbH. Ein wesentliches Ergebnis lautet: „Im aDRG-System schwanken die Erlöse abhängig von den Fallzahlen. Mit der Vorhaltefinanzierung schwanken sie auch, nur komplizierter und auf längeren Zeitskalen. Im Mittel und über lange Zeitskalen verhalten sich die Erlöse gleich wie im aDRG-System. In den Simulationen haben wir also keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, dass die neue Art der Finanzierung kleinen Krankenhäusern hinsichtlich des wirtschaftlichen Überlebens hilft.“

### ■ Irrtümer und Täuschungen

Obwohl ihm die Finanznöte der Krankenhäuser durchaus bekannt waren, behauptete Bundesgesundheitsminister Lauterbach im November 2023: „Ich glaube nicht, dass 2024 das Jahr des Krankenhaussterbens sein wird. Das halte ich für ausgeschlossen.“ Doch nur kurz danach, am 15. Januar 2024, warnte er bei einem Treffen der Kommunalverbände: „Mehr als 100 Krankenhäusern droht ohne das Gesetz 2024 die Insolvenz.“ Deshalb müsse das derzeit auf Eis liegende Transparenzgesetz am 2. Februar im Bundesrat beschlossen werden. Dann könnten die Krankenhäuser bundesweit eine Liquiditätsspritze von sechs Milliarden Euro erhalten. Tatsächlich bringen die versprochenen Liquiditätshilfen keinen einzigen zusätzlichen Euro für den notwendigen Inflationsausgleich. Es sind Ansprüche, die die Kliniken gegenüber den Krankenkassen für bereits ausgezahlte Pflegepersonalkosten längst haben und die nur etwas früher ausgezahlt werden sollen. Dass diese bestehenden Forderungen der Krankenhäuser als Druckmittel und Verhandlungsmasse beim Transparenzgesetz eingesetzt werden, ist ein klares Täuschungsmanöver.

## Lösungsalternativen

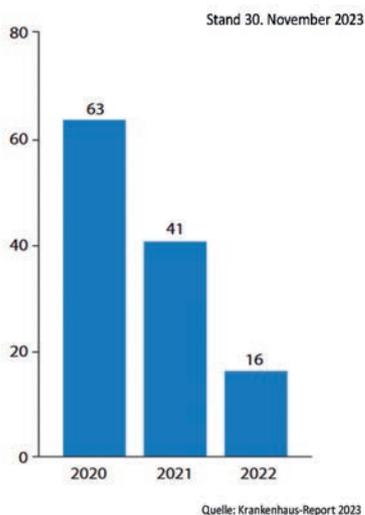
Um die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser zu lösen und weitere Insolvenzen zu vermeiden, schlägt der BDPK vor:

- Wiedereinführung der Möglichkeit der Landesbasisfallwertkorrektur bei sinkenden Fallzahlen (§ 10 Abs. 4 KHEntgG)
- Aufhebung der Kappung des Veränderungswertes (§ 9 Abs. 1 b KHEntgG, § 10 Abs. 6 KHEntgG und § 9 Abs. 1 BPflV)
- Streichung der Kappungsgrenze (aktuell 50 Prozent) bei Refinanzierung der Tarifsteigerungen (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

Dies wären zielgerichtete Maßnahmen, die sich leicht umsetzen ließen. Sie würden von den Krankenkassen finanziert und hätten somit auch keine Auswirkung auf den Bundeshaushalt. Wie die Vorschläge gesetzlich umgesetzt werden können, hat der BDPK in einem gesonderten Papier beschrieben, das auf der BDPK-Homepage ([www.bdpk.de](http://www.bdpk.de)) veröffentlicht wurde.

### Stand der Pflegebudgetverhandlungen

Umsetzungsstand der Budgetverhandlungen in %



## Reha-Statistik

# Weiterhin angespannte Lage

Eine Analyse der Ende 2023 veröffentlichten Antrags- und Ausgabenstatistik für die medizinische Rehabilitation zeigt: Trotz gestiegener Inanspruchnahme wurde das „Vor-Corona-Niveau“ längst nicht wieder erreicht.

Die Reha-Statistik der Krankenkassen verzeichnete für das Jahr 2022 rund 670.000 Fälle mit reinen medizinischen Reha-Leistungen, was gegenüber 2021 eine Steigerung von neun Prozent bedeutet. Die höchsten Steigerungen gab es in der Orthopädie (16 Prozent) und bei psychischen Erkrankungen (13 Prozent). Eine wirkliche Zunahme von Leistungsfällen sind diese Zahlen jedoch nicht, da es rund 12 Prozent weniger Fälle waren als im Vor-Corona-Jahr 2019. Das gilt auch für die Zahl der Anträge auf eine stationäre Reha, sie stieg 2022 gegenüber dem Vorjahr zwar um 10 Prozent auf 832.576, lag aber noch deutlich unter der Zahl von 940.898 Anträgen im Jahr 2019. Besonders stark ist der Antragsrückgang von 2019 zu 2022 in der ambulanten Reha (minus 41 Prozent), bei der stationären Vorsorge (minus 27,4 Prozent) sowie bei der Mutter-Vater-Kind-Reha (minus 32 Prozent).

Nach wie vor gibt es je nach Art der Reha große Unterschiede bei den Ablehnungsquoten. Bei der Anschluss-Reha (nach einem Krankenhausaufenthalt) wurden jeweils fünf Prozent der Anträge auf stationäre und ambulante Maßnahmen abgelehnt. Dagegen betrug die Ablehnungsquote bei den sogenannten Heilverfahren (aus der vertragsärztlichen Versorgung) im stationären Bereich 28 Prozent und im ambulanten Bereich 17 Prozent. Nach wie vor lohnt es sich, gegen die Ablehnung Widerspruch einzulegen. Das taten 19 Prozent der Antragsteller und nahezu zwei Drittel waren erfolgreich. Die Zahlen zeigen, dass die Reha ohne einen Krankenhausaufenthalt von den Krankenkassen durch den Genehmigungsvorbehalt weiterhin erschwert statt forciert wird. Da es das Ziel der medizinischen Reha ist, Behinderungen und Chronifizierungen zu verhindern beziehungsweise ihre Folgen zu mildern, sollte sie vor einer erforderlich werdenden Krankenhausbehandlung erfolgen.

Dass die Antrags- und Bewilligungszahlen gestiegen sind und auch die Ausgaben gegenüber 2021 um etwa neun Prozent zugelegt haben, ist zwar positiv zu bewerten, aber dennoch kein Grund zur Entwarnung: In den beiden Vorjahren waren die Zahlen coronabedingt auf ein Rekordtief gesunken, nach wie vor erhalten viele Patientinnen und Patienten nicht die für sie dringend notwendigen Reha- und Vorsorgebehandlungen. Laut WHO-Bericht steigt der Bedarf weiter und fast 40 Millionen Menschen hatten im Jahr 2019 mindestens eine Erkrankung, bei der sie von einer Reha profitieren würden. Dennoch beträgt der Reha-/Vorsorgeanteil an den Gesamtausgaben der Krankenkassen gerade mal ein Prozent und ist damit heute genauso niedrig wie zur Jahrtausendwende. Genauso unverständlich ist, dass der gesetzliche Grundsatz „Reha vor Pflege“ weiterhin nicht von den Krankenkassen umgesetzt wird. Bei fast fünf Millionen Leis-

tungsbeziehern der sozialen Pflegeversicherung gibt es nur 670.000 durchgeführte Reha-Leistungen – diese Lücke ist in den vergangenen Jahrzehnten sogar immer größer geworden!

### Ähnliches Bild in der Rentenversicherung

Auch die Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zeigen im Reha-Bericht 2023 für 2022 eine Steigerung der Anträge und der durchgeführten Leistungen gegenüber 2021. Es wurden 922.820 medizinische Reha-Maßnahmen durchgeführt, was einem Plus von 3,6 Prozent entspricht. Gegenüber dem Vergleichsjahr 2019 war es aber ein Minus von 12,4 Prozent. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen waren dabei die häufigsten Reha-Indikationen, auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen. Insgesamt wurden rund 1,5 Millionen Reha-Anträge gestellt, das waren zwar 7,3 Prozent mehr als 2021, aber fast zehn Prozent weniger als 2019.

Wie in der Krankenversicherung wurde also auch in der DRV bei der Reha noch nicht das Vor-Corona-Niveau erreicht. Die DRV-Ausgaben für Leistungen für Rehabilitation lagen 2022 bei etwa 6,96 Milliarden Euro, darin enthalten sind allerdings 69 Millionen Euro, die pandemiebedingt durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) als Zuschüsse an rund 300 medizinische Rehabilitationseinrichtungen und Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt wurden, mit denen die Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht. Wie schon zuvor in den Jahren 2020 und 2021 wird die Statistik durch diese SodEG-Vorschusszahlungen verfälscht, da diese den stationären medizinischen Leistungen für Erwachsene zugerechnet werden, obwohl sie auch an ambulante Reha-Einrichtungen, Einrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie berufliche Reha-Einrichtungen gezahlt wurden.

### Die Einrichtungen leiden weiter

Den Zuwächsen bei den Fallzahlen und den Ausgaben für Reha und Vorsorge steht gegenüber, dass die Einrichtungen vor allem im Jahr 2020 hohe Verluste hatten und ihre Mehrausgaben durch Inflation und Personalkostensteigerungen nicht ausgeglichen wurden. Allein die inflationsbedingte Steigerung von 2019 zu 2022 machte 10,5 Prozent aus. In der gleichen Zeit stiegen die Reha-Ausgaben der Krankenkassen um sechs Prozent und die der DRV um fünf Prozent. Die Grundlohnsummensteigerung, die bei den Vergütungsverhandlungen zugrunde gelegt wird, betrug 8,5 Prozent. Allein an diesen Zahlen wird deutlich, dass die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen erheblich unterfinanziert sind. Die leichten Steigerungen von 2021 zu 2022 können dies nicht ausgleichen.