



©Photoma - stock.adobe.com

Entökonomisierung durch Vorhaltevergütung?

Ein schöner Wunsch, der leider nicht realisiert werden kann

Von Nicole Eisenmenger

Entökonomisierung durch Vorhaltevergütung war ein Versprechen, mit dem Karl Lauterbach seine Krankenhausreform der Öffentlichkeit vorgestellt hat. Dass dieses initiale Vorhaben der Krankenhausreform nicht realisiert werden kann, ist offenbar auch im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) inzwischen angekommen. Diesen Rückschluss kann man aus der Anpassung des Inhaltes des Webauftrittes des BMG entnehmen. So lautete die Zieldefinition bis zum 15. Januar 2025 auf den Seiten des BMG unter „Fragen und Antworten zur Krankenhausreform“:

Welche Ziele werden mit der Krankenhausreform verfolgt?

Die Krankenhausreform soll die stationäre Versorgung in Deutschland effizienter und besser machen. Verfolgt werden im Wesentlichen folgende Ziele:

1. **Entökonomisierung:** Die Finanzierung der Krankenhausleistungen soll zu einem relevanten Anteil weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert werden: Deshalb wird eine Vorhaltevergütung eingeführt. (s.a. Was bedeutet die neue Vorhaltevergütung?)

2. **Qualitätssicherung:** Die flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung wird insbesondere durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für einzelne Leistungsgruppen gesichert. (s.a. Wie werden die Leistungsgruppen weiterentwickelt?)
3. **Entbürokratisierung:** Durch besseren Ressourceneinsatz soll das Krankenhauspersonal entlastet werden. (s.a. Wie wird das System entbürokratisiert?)

Das Ziel der „Entökonomisierung“ ist nun der „Steigerung der Effizienz“ gewichen, wie man den Fragen und Antworten zur Krankenhausreform in der Version ab 15. Januar 2025 lesen kann: **Welche Ziele werden mit der Krankenhausreform verfolgt?**

Die Krankenhausreform soll die stationäre Versorgung in Deutschland effizienter und besser machen. Verfolgt werden im Wesentlichen folgende Ziele:

- **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität,**
- **Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten,**
- **Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung,**

Der nachfolgende Beitrag erläutert, warum die Vorhaltevergütung nicht zu einer Entökonomisierung des Gesundheitssystems führen wird. Eine Erkenntnis, die sich mittlerweile auch im Bundesgesundheitsministerium durchgesetzt hat.

Keywords: Finanzierung, Abrechnung, Gesundheitspolitik

- **Entbürokratisierung:** Durch besseren Ressourceneinsatz soll das Krankenhauspersonal entlastet werden. (s.a. Wie wird das System entbürokratisiert?)

Somit bleibt die fallabhängige Leistungsvergütung bestehen. Der Fehlanreiz Nummer eins des bisherigen aG-DRG Systems konnte also durch die Reform nicht überwunden werden. Welche Fehlanreize die nun vorgesehene dreigeteilte Vergütung über Vorhalt, rDRG und Pflege mit sich bringen werden, bleibt abzuwarten. Gewiss ist jedoch, dass das weiterhin beschriebene Ziel der „Entbürokratisierung“ durch die zukünftigen drei Abrechnungsmodelle, gekoppelt an die Vorgaben zur Leistungsgruppendefinition, maßgeblich konterkariert werden dürfte. ▶

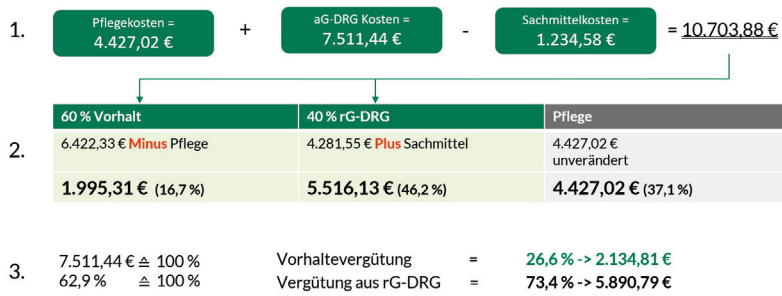


Abb.: Berechnung am Beispiel der aG-DRG G77A

Stellen wir uns die Frage, warum das BMG das Ziel „Entökonomisierung: Die Finanzierung der Krankenhausleistungen soll zu einem relevanten Anteil weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert werden: Deshalb wird eine Vorhaltevergütung eingeführt“ verändert hat. Die postulierte zu 60 Prozent fallunabhängige vs. 40 Prozent fallabhängige Vergütung war nie erreichbar, denn diese Werte sind lediglich ein Berechnungsschritt in einem viel komplexeren Modell.

Was zählt zur Vorhaltevergütung?

Die Kosten, die für die Vorhaltung von direkt nutzbaren Krankenhausstrukturen erforderlich sind, sind vielfältig. Hierzu zählen neben den Betriebskosten wie Personal und Infrastruktur auch Investitionsgüter wie z. B. medizinische Großgeräte oder auch die medizinischen Sachmittel. Die Vorhaltevergütung zielt aber nur auf einen Teil der „bisherigen Fallpauschale“, alias aG-DRG ab, genauer gesagt der verbliebene Rest der Personalkosten (nach der bereits vollzogenen Pflegeausgliederung) und die Infrastrukturkosten. Demnach sind hier nicht inkludiert die Pflege und die medizini-

„Die Kosten, die für die Vorhaltung von direkt nutzbaren Krankenhausstrukturen erforderlich sind, sind vielfältig. Hierzu zählen neben den Betriebskosten wie Personal und Infrastruktur auch Investitionsgüter wie z. B. medizinische Großgeräte oder auch die medizinischen Sachmittel.“

schen Sachmittel. Auch nicht zur Vorhaltevergütung gehören Zusatzentgelte, NUB oder unbewertete Fallpauschalen. Da sich am Prinzip der dualen Finanzierung grundsätzlich nichts verändert hat, gehören auch die Investitionsgüter nicht zur Vorhaltevergütung.

Wann erhalte ich eine Vorhaltevergütung?

Eine Vorhaltevergütung ist maßgeblich an die Fallmenge sowie eine Leistungsgruppe gekoppelt. Ausgewählte, also als

bedarfsnotwendig eingestufte Kliniken erhalten, basierend auf deren retrospektiven Fallmengen der Jahre 2023/2024, eine Vorhaltevergütung. Die Bedarfsnotwendigkeit allein ist jedoch nicht ausreichend, denn es müssen auch die je Leistungsgruppe definierten Mindestanforderungen erfüllt sein. Die Anzahl der Fachärzte, deren Qualifikationen, die PpUGV, sachliche Ausstattung sowie Kooperationen geben an, ob ein Krankenhaus überhaupt in die Reichweite eines bedarfsnotwendigen Klinikums gerät. Ist das alles erfüllt, kommt es weiterhin auf die Fallmengen der

Nachbarn an. Den Zuschlag erhält, wer viele Leistungen innerhalb einer Gruppe aufweist oder der ggf. keine Nachbarn hat. Die Mindestkriterien sind im letzteren Fall dennoch relevant. Herr Prof. Dr. Lauterbach hat immer wieder betont, dass er im Punkt der Qualität zu keinerlei Abstrichen bereit ist.

Wie berechnet man den Vorhalteanteil einer DRG?

Zur Berechnung sind die Kosten der aG-DRG und der ausgegliederten Pflege heranzuziehen. Die Pflege bleibt in ihrer Finanzierungsform gänzlich unberührt. Für die Berechnung der Vorhaltevergütung ist diese jedoch ein äußerst relevanter Bestandteil.

Da die Kostenstruktur der aG-DRGs und des ausgegliederten Pflegewertes in jeder aG-DRG unterschiedlich ist, ist auch die Vorhaltevergütung für jede aG-DRG unterschiedlich. Hinzu kommt auch die Höhe der Sachmittelkosten, die einen weiteren relevanten Baustein in der Berechnung bildet.

„Den Zuschlag erhält, wer viele Leistungen innerhalb einer Gruppe aufweist oder der ggf. keine Nachbarn hat. Die Mindestkriterien sind im letzteren Fall dennoch relevant. Herr Prof. Dr. Lauterbach hat immer wieder betont, dass er im Punkt der Qualität zu keinerlei Abstrichen bereit ist.“

1. Bestimmung des Ausgliederungswertes

Hierzu addiert man die Pflegekosten mit den Kosten der aG-DRG und subtrahiert die Sachmittelkosten.

2. Verteilung des Ausgliederungswertes auf 60/40

Der Ausgliederungswert wird nun zu 60 Prozent dem Vorhalt und zu 40 Prozent der rDRG zugeteilt. Anschließend wird die Pflege dem Vorhalt wieder abgezogen, hingegen die Sachmittelkosten der rDRG wieder zugeführt werden.

3. Kostenanteile in Erlöse (Vorhaltevergütung) umwandeln

Die Pflege hat ihren Dienst in der Berechnung getan und wird nun nicht weiter berücksichtigt. Die ermittelten Werte dienen nun der Berechnung der Erlösverteilung der bisherigen Fallpauschale zu Vorhalt und rDRG (►Abb.).

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Vorhaltevergütung der Beispiel-DRG einen Anteil von 26,6 Prozent an der Gesamtvergütung trägt. Wie sieht es bei den übrigen Fallpauschalen aus?

→73,2 Prozent aller aG-DRGs weisen einen Vorhalt < 40 Prozent auf.

→26,8 Prozent aller aG-DRGs weisen einen Vorhalt > 40 Prozent auf.

→Nur eine schafft einen Maximalwert in Höhe von 50 Prozent = D37A

Zusammenfassend kann gesagt werden, je höher der Anteil der Pflegekosten in einer aG-DRG, desto kleiner die Vorhaltevergütung. Je höher der Anteil der Sachmittelkosten, desto höher die rDRG.

Wie hoch ist das Vorhaltebudget deutschlandweit?

Unter Berücksichtigung aller im Jahr 2023 abgerechneten Fälle in der Hauptabteilung beträgt das Vorhaltebudget 22,6 Mrd. Euro. Gemessen an den ausgezahlten Erlösen aus den aG-DRG stellt dieser Wert einen Anteil von 34,7 Prozent dar. Der Rest mit 65,3 Prozent ist weiterhin fallabhängig und steht somit dem initialen Ziel der Entökonomisierung entgegen. Vermutlich wurde daher der Inhalt auf der Homepage des BMG angepasst.

Die Höhe des Vorhaltebudgets für ein einzelnes Krankenhaus oder eine Fachabteilung kann nach den aufgezeigten Berechnungsschritten bereits heute berechnet werden. Auf Basis der krankenhausinternen Daten ist ein Übertrag auf die zukünftigen Finanzierungsmodelle aus Vorhalt und rDRG möglich. Allerdings bleibt abzuwarten, welche Fallmenge und welche Leistungsgruppe zugeteilt werden. Hierfür bedarf es einer validen Prüfung der erforderlichen Kriterien auf den Erfüllungsgrad, eine Analyse der Nachbarkrankenhäuser und eine gut durchdachte Planung der Anträge an die Planungsbehörden der Bundesländer. Das Ganze selbstverständlich unter Berücksichtigung der Ambulantisierung. Denn diese Fälle reduzieren die Anzahl der „bisherigen aG-DRG“ und somit auch die Fallmenge und der daran gebundenen Vorhaltevergütung. ■



Nicole Eisenmenger

Geschäftsführerin RI Innovation GmbH

Lehnengasse 20a

50354 Hürth

ne@reimbursement.institute