



Vorhaltefinanzierung

Bundeskongeld für eine konkrete Versorgungsverpflichtung

Für den GKV-Spitzenverband muss die Verteilung von Vorhaltepauschalen am Bedarf des Patienten orientiert sein – nicht an dem der Krankenhäuser. Ein Versuch, die konzeptionellen Probleme einer Vorhaltefinanzierung in mehreren Stufen zu erläutern.

Von Dr. Wulf-Dietrich Leber

In der Debatte über die richtige Krankenhausvergütung ist seit rund vier Jahren eine Richtungsänderung zu beobachten: Solange die Fälle stiegen, war alle Welt für Fallpauschalen – seit die Fallzahl sinkt, wird die Forderung nach festen Budgets laut. Eine der Spielarten dieser Forderung ist der Ruf nach einer Vorhaltefinanzierung.

In der Tat dominiert derzeit die leistungsorientierte Vergütung über DRG-Fallpauschalen, auch wenn inzwischen eine ganze Reihe weiterer Finanzierungsinstrumente etabliert wurde (Tagespauschalen in der Psychiatrie, Pflegebudget, Zusatzentgelte, Sicherstellungszuschläge, Vergütung ambulanter Leistungen und vieles mehr). Einen erheblichen Bedeutungsverlust hat allerdings die einst größte leistungsunabhängige Finanzierungs-

komponente: die Investitionsfinanzierung. In den Anfangszeiten der dualen Finanzierung betrug ihr Anteil rund ein Fünftel des Krankenhausbudgets. Inzwischen sind wir bei drei Prozent. Die DRG-Dominanz war nicht das Ergebnis einer bewussten gesundheitsökonomischen Richtungsentscheidung, sie war vor allem das Ergebnis eines lang andauernden Länderversagens.

Die kollektive Pandemieerfahrung hat den Ruf nach einer Vorhaltefinanzierung erheblich verstärkt. Mit dem Argument, man müsse Krankenhauskapazitäten für eine weiter steigende Zahl von Covid-Patienten freigehalten, hat der Bund Freihaltepauschalen gezahlt, die beispielsweise die Investitionsfinanzierung der Länder um das Dreifache überstiegen. Dass vielfach Leerstand finanziert wurde, der nie zur Versorgung von

Covid-Patienten hätte beitragen können, ist an anderer Stelle umfangreich beschrieben worden. Aber auch unabhängig von den zweifelhaften Anreizwirkungen der Freihaltepauschalen bewegt sich die Fallzahl inzwischen deutlich unter dem Vor-Pandemie-Niveau. Die Menschen haben die Aufforderung „Haltet Abstand!“ auch verstanden als „Haltet Abstand von Krankenhäusern!“, die ja auch in der Tat ein gefährlicher Ort sind. Allenthalben besteht die Erwartung, dass das „neue Normal“ nicht wieder die Fallzahlen von 2019 sein werden. Und schon deshalb haben Forderungen nach einer Vorhaltefinanzierung Konjunktur.

Nun ist Vorhaltefinanzierung nichts Unvernünftiges. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass fast alle Länder für Krankenhäuser irgendeine Form von

Foto: Gettyimages/Virojt Changyencham

Die Freihaltepauschalen haben die Investitionsfinanzierung der Länder um das Dreifache überstiegen.

Mischfinanzierung haben – allerdings meist für wesentlich weniger Fälle und weniger Krankenhausstandorte. Der Koalitionsvertrag 2021 bis 2025 macht hierzu eine klare Ansage: Eine kurzfristig eingesetzte Bund-Länder-Regierungskommission soll Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erarbeiten: „Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.“ Bemerkenswert ist dabei, dass es keinen Abgang auf das DRG-System gibt, obwohl es im Vorfeld solche Forderungen gab. Die Entscheidung ist für eine Ergänzung der DRG-Vergütung gefallen. Ein weiterer Ausgliederungsvorgang, wie der desaströse Pflexit, ist nicht geplant.

Gesundheitsökonomisches Neuland

Ein rationales System für eine Vorhaltefinanzierung ist in Deutschland gesundheitsökonomisches Neuland. Es gibt zwar viele Varianten einer fallzahlunabhängigen Vergütung, aber selten beziehen sie sich auf eine definierte Vorhaltung. Weder die traditionelle Investitionsfinanzierung noch die Freihaltepauschalen sind Vorhaltefinanzierungen. Die Investitionsfinanzierung beschränkt sich – vereinfacht gesagt – auf Baukosten, und spätestens seit der Pandemie wissen wir, dass ein aufgestelltes Bett ohne einsatzbereites Personal auch keine Lösung für die Patienten ist. Die Förderung leerer Betten, wovon es erstaunlich viele zu geben scheint, hilft dem Patienten nicht, wenn im Notfall diese Betten nicht aktiviert werden können.

Auch die Budgetfortschreibung bei sinkender Fallzahl ist keine Vorhaltefinanzierung – selbst wenn man sich in

der Coronapandemie an Freihaltepauschalen gewöhnt hat. Eine Fortschreibung des Status quo via Budgetfortschreibung lässt notwendige Strukturveränderungen (zum Beispiel die Ambulantisierung und die Leistungskonzentration) unberücksichtigt. Und sie garantiert nicht, dass die Leistungsbereitschaft im entscheidenden Moment auch vorhanden ist. Vorhaltefinanzierung bedarf deshalb immer einer klaren Definition dessen, was für welche Situation vorgehalten wird. Am nächsten kommt dem noch die Notfallreserve im DIVI-Register, wo die Zahl der Intensivbetten anzugeben ist, die innerhalb von sieben Tagen betreibbar sind.

Im Folgenden soll versucht werden, die konzeptionellen Probleme einer Vorhaltefinanzierung in mehreren Stufen zu erläutern. Man beginne mit einer abgeschlossenen Region, einem Krankenhaus und einer Leistung. Am Ende braucht man ein Konzept, das die Vorhaltefinanzen aufteilt auf viele Krankenhäuser mit unterschiedlichen Leistungsspektren in einer Vielfalt von schwer abzugrenzenden Regionen.

Stufe 1: Vorhalteverpflichtung definieren

Man nehme vereinfachend eine abgeschlossene Region (ohne Patientenimport oder -export), ein Krankenhaus und eine Leistung (beispielsweise die Geburt). Der Bedarf leitet sich aus der Regionsbevölkerung ab – möglicherweise konkretisiert als die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter. Da die Zahl schwankt, aber immer ausreichend Kapazität vorhanden sein soll, wäre die Vorhaltung einer Reservekapazität über eine Vorhaltefinanzierung sinnvoll. Der Nachweis der Vorhaltung müsste erbracht werden, so zum Beispiel durch Vorlage der Verträge eines Bereitschaftsdienstes. Wird im Ernstfall die Vorhalteverpflichtung nicht erfüllt, wird eine Rückzahlungsverpflichtung entstehen.

Stufe 2: Leistungsspektrum berücksichtigen

Der Koalitionsvertrag sieht sinnvollerweise eine Abstufung der Vorhaltefinanzierung vor. Dies entspricht dem Vorgehen bei der Definition von Notfallstufen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Ob es praktikabel ist, in Analogie zur Geburt für alle Leistungsgruppen eine exakte Vorhaltedefinition zu vereinbaren, wäre zu diskutieren. Sinnvoll sind auf alle Fälle Abstufungen für Intensivkapazitäten und spezielle Bereiche, wie beispielsweise die Kinder- und Jugendmedizin.

Prinzipiell braucht man für elektive Leistungen keine Vorhaltung, für Notfälle hingegen schon. Damit für das Personal keine Leerzeiten entstehen, ist die Verschiebung elektiver Leistungen für eine bestimmte Zeit tolerabel. Wie man die Mehrkosten solcher Verschiebungen im Leistungsspektrum adäquat finanziert, ist eine schöne Aufgabe für angehende Ökonomen.

Stufe 3: Verteilung auf mehrere Häuser regeln

Das Ausmaß einer Vorhaltefinanzierung leitet sich aus dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung ab – nicht aus dem angeblichen Finanzbedarf der Krankenhäuser. Existiert ein Krankenhaus in der Region, stehen für dieses Haus alle Mittel zur Verfügung. Sind es drei, dann verbleibt – vereinfacht gesagt – je Haus ein Drittel der Summe. Ein klarer Bevölkerungsbezug wird übrigens dafür sorgen, dass Vorhaltepauschalen auch einen Beitrag zur Sicherstellung in unterversorgten Gebieten liefern. In überversorgten Ballungsgebieten kommt es tendenziell zur Reduzierung der Zuweisungen für das einzelne Haus. In extrem ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte muss natürlich das klassische Instrumentarium zur Sicherstellung nach wie vor angewendet werden. Die Aufteilung auf mehrere Häuser ist nicht trivial. Denkbar wäre ein Ausschreibungsverfahren, was

vor allem dazu zwingen würde, die Vorhalteleistung exakt zu definieren.

Von Vorteil wäre es natürlich, wenn man die Vorhaltefinanzierung lediglich an die bedarfsnotwendigen Häuser zahlen könnte. Eine solche Abgrenzung der bedarfsnotwendigen Häuser steht jedoch in Deutschland nicht zur Verfügung. Die Krankenhauspläne sehen – mutmaßlich, um Auswahlentscheidungen zu ermöglichen – sehr viel mehr Krankenhäuser vor. Aus medizinischen Gründen ist es sinnvoll, die Leistungen zu konzentrieren und durch Mindestmengen Gelegenheitsversorgung zu unterbinden. Auch dazu kann ein bundesweites Regelwerk für die Zuweisung von Vorhaltepauschalen genutzt werden.

Stufe 4: Patientenwanderung berücksichtigen

Komplizierter ist die Frage von Patientenwanderungen, die vor allem in der Maximalversorgung eine Rolle spielt. Wahrscheinlich wird man für verschiedene Versorgungsstufen unterschiedliche Regionsabgrenzungen festlegen. Die Tools zur Untersuchung der Patientenströme stehen inzwischen zur Verfügung (zum Beispiel der GKV-Kliniksimulator). Die bestehenden Patientenwanderungen zeigen übrigens, dass es wenig Sinn macht, Landesgrenzen für die Regionsabgrenzung nutzen zu wollen. Nicht ganz einfach ist die Frage, inwieweit man vom Prinzip der kürzesten Entfernung zum

nächsten Krankenhaus abweicht und auch die empirischen Patientenströme bei der Vorhaltefinanzierung berücksichtigt.

Stufe 5: Finanzierung und Finanzierungsweg klären

Die Pandemie hat etwas verändert: Nach Jahren der Zurückhaltung ist der Bund zum maßgeblichen Akteur im Krankenhausbereich geworden. Er hat mehr als das Dreifache der Länder finanziert und er hat begonnen, die Verteilung nach eigenen Kriterien vorzunehmen.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die in der Pandemie verwendeten Bundesmittel zu verstetigen und zur Vorhaltefinanzierung zu verwenden. Die Zahlungen sollten nach bundeseinheitlichen Kriterien und auf direktem Weg vom Bund an die Krankenhäuser erfolgen. Weder die Finanzierung über die GKV-Leistungen noch der Finanzweg über die Länderhaushalte ist sinnvoll. Eine Finanzierung via DRG-Fallpauschalen würde wieder die Leistungsabhängigkeit evozieren, die man gerade beseitigen will.

Der Weg über die Länderhaushalte war schon beim Krankenhausstrukturfonds ein Fehler und ist während der Pandemie endgültig diskreditiert worden. Bis heute ist der Verbleib der Gelder zum Aufbau von Intensivbetten (50.000 Euro/Bett) nicht endgültig geklärt.

Die Krankenhausversorgung ist derzeit voller Baustellen. Ambulantisierung und Leistungskonzentration müssen endlich durchgesetzt werden. Die Pandemie hat gezeigt, dass wesentlich weniger Krankenhausfälle kurzfristig möglich und sinnvoll sind. Die Digitalisierung hinkt nach wie vor hinterher. Die Notfallversorgung muss neu geordnet werden. Da eine Veränderung durch Landesplanung nicht zu erwarten ist, müssen neue Instrumente der Strukturierung genutzt werden.

Im Koalitionsvertrag wird der richtige Weg vorgezeichnet: In Form einer Vorhaltepauschale soll eine leistungsunabhängige Finanzierungskomponente eingeführt werden, die nach Versorgungsstufen differenziert. Da eine Kürzung der DRG-Mittel und eine Neuverteilung als Vorhaltepauschalen erhebliche Widerstände verursachen dürften, empfiehlt es sich, die Mittel des Bundes als neue unabhängige Finanzierungskomponente einzuführen. Das Regelwerk zur Verteilung der Vorhaltepauschalen sollte eine tumbe Fortschreibung des Status quo vermeiden. Es muss am Bedarf orientiert sein. Man beachte wie bei der Notfallversorgung: Es geht nicht um das Überleben von Kliniken. Es geht um das Überleben von Patienten.

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
E-Mail: wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de

17. | 18. März 2022 | ECC Berlin

DRG FORUM

DER KLINIK-KONGRESS

KRANKENHAUSFINANZIERUNG NACH DEM RETTUNGSSCHIRM OHNE NETZ UND DOPPELTEN BODEN? | DRG-SYSTEM 2022

Dr. Wulf-Dietrich Leber diskutiert auf dem DRG-Forum mit Dr. Frank Heimig (IneK), Ferdinand Rau (Bundesgesundheitsministerium) und Dr. Dirk Laufer (DKG) über die Krankenhausfinanzierung.

drg-forum.de

