

Dr. Eberhard Hansis, Dr. Hannes Dahnke

Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern?

Die Vorhaltefinanzierung ist eine der zentralen Stellschrauben der geplanten Krankenhausreform der Bundesregierung. Sie soll das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser sichern und Anreize zur Fallzahlsteigerung reduzieren. Doch ist der aktuelle Entwurf hierzu wirklich geeignet? In einer ersten Auswirkungsanalyse simuliert Vebeto die Effekte der Vorhaltefinanzierung und prüft, ob die politischen Ziele erreicht werden könnten.

Ankündigung einer Existenzgarantie

„Die geplante Vorhaltepauschale von 60 % ist eine Existenzgarantie für kleine Kliniken. So kann eine flächendeckende medizinische Versorgung vor allem auf dem Land gesichert werden – trotz einbrechender Fallzahlen.“ So wird Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums zitiert. Durch die Einführung einer Vorhaltefinanzierung im Zuge der Krankenhausreform soll wirtschaftlicher Druck von den Krankenhäusern genommen und es sollen Anreize zur Fallzahlsteigerung reduziert werden. Dies wird häufig unter dem Schlagwort „Entökonomisierung“ zusammengefasst. Als drittes Ziel, neben Existenzgarantie und Entökonomisierung, wird eine „Entbürokratisierung“ angestrebt. Verfahren sollen vereinfacht und Verwaltungsaufwand soll reduziert werden.

Bisher sind dies nur hehre Wünsche. Denn was der Diskussion fehlt, sind quantitative Analysen zu den Auswirkungen der Krankenhausreform. Die neue Studie von Vebeto trägt nun zur Versachlichung der Diskussion bei. In einer Simulationsstudie berechnen wir, wie sich die Vorhaltefinanzierung konkret auf ein kleines Krankenhaus auswirken könnte. Anhand dieser Ergebnisse prüfen wir, ob die angestrebten politischen Ziele erreicht werden könnten. Die Studie steht zum Download unter <https://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung> bereit.

Das komplexe Regelwerk der neuen Krankenhausfinanzierung

Aktuell wird die Ausgestaltung der Krankenhausreform noch diskutiert. Es ist kein öffentlicher Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) verfügbar. Wir beziehen uns in der Studie also auf den uns bekannten Stand der laufenden Diskussion. Im Folgenden beschreiben wir die zentralen Aspekte der Vorhaltefinanzierung, wie sie in der Studie simuliert wird. Teilweise ist die Beschreibung vereinfacht. Mehr Details finden Sie in der Studie.

Die Vorhaltefinanzierung soll aus der bestehenden DRG-Finanzierung der stationären Versorgung (a-DRG) ausgegliedert werden. Die geplante Zahl von 60 % für den Vorhaltekostenanteil muss genau betrachtet werden: Sie bezieht sich auf den Anteil der Vorhaltefinanzierung inklusive der Pflegekosten und nach

Ausgliederung der variablen Sachkosten. Setzt man den Vorhaltekostenanteil in Relation zu den derzeitigen DRG-Erlösen (nach Ausgliederung der Pflegekosten), beträgt er typisch zwischen 30 % und 40 %. Er variiert je nach Anteil der Pflege- und Sachkosten in der DRG.

Im aktuellen DRG-System ergeben sich die Erlöse eines Krankenhauses direkt aus der Summe der DRG-Erlöse aller stationären Fälle (abgesehen von Zu- und Abschlägen). Im neuen System gestaltet sich die Berechnung der Erlöse komplizierter: Die Rest-DRG nach Ausgliederung der Vorhaltekosten wird weiterhin pro stationärem Fall bezahlt, ebenso die Pflegekosten. Für das Vorhaltebudget des Hauses ist eine Verteilungslogik vorgesehen, die separat pro Bundesland und pro medizinischer Leistungsgruppe greift. Die Vorhaltefinanzierung ist also eng mit der geplanten Neuordnung der Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen verzahnt.

Nehmen wir an, es wäre November 2029 und es sollten die Vorhaltebudgets für 2030 berechnet werden. Dann wird zuerst die Summe der aufgelaufenen Vorhaltekosten über alle Fälle der Leistungsgruppe im Bundesland berechnet. Hierbei werden die Fallzahlen von 2028 verwendet, dem letzten kompletten Kalenderjahr. Das Landesbudget wird dann auf die Krankenhäuser verteilt, die im Jahr 2030 einen Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe haben. Der Anteil eines Krankenhauses am Landesbudget steigt mit der Fallzahl des Hauses in der Leistungsgruppe und mit der mittleren Fallschwere (bezogen auf die Vorhaltekosten), beides von 2028.

Bei der Berechnung des Anteils für ein Krankenhaus wird zusätzlich der „20 %-Korridor“ angewendet: Wenn die Fallzahl in der Leistungsgruppe um weniger als 20 % von der Fallzahl abweicht, die bei der vorhergehenden Anteilsberechnung verwendet wurde, wird die Fallzahl aus der vorhergehenden Berechnung weiterverwendet. Nur wenn sich eine Änderung um mehr als 20 % ergeben hat, gilt die aktuelle Fallzahl. Als weitere Regel gilt: Das Landesbudget wird jährlich neu berechnet, die Anteile der einzelnen Krankenhäuser in der Regel nur alle drei Jahre.

Diese Beschreibung ist vereinfacht und unvollständig. Die beschriebenen Regeln zeigen jedoch schon: Einfach ist das neue System der Vergütung mit Sicherheit nicht. ▶

Erste Auswirkungsanalyse zur Vorhaltefinanzierung

Für unsere Auswirkungsanalyse betrachten wir ein „erfundenes“ Krankenhaus der Grundversorgung im ländlichen Raum. Neben der internistischen Grundversorgung (2 200 Fälle) und der chirurgischen Grundversorgung (1 400 Fälle) hat das Haus zwei Spezialisierungen: Endoprothetik (Hüftgelenk 120 Fälle, Kniegelenk 100 Fälle) und Urologie (900 Fälle).

Für dieses Krankenhaus simulieren wir verschiedene Szenarien zukünftiger Entwicklungen und relevanter Ereignisse. Wir berechnen die Erlöse im heutigen und im neuen Finanzierungssystem, basierend auf typischen Fallspektren eines solchen Versorgers.

Um die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses einschätzen zu können, müssten wir neben der Erlösseite auch die Kosten betrachten. Die Kostenstruktur eines Krankenhauses ist jedoch von vielfältigen lokalen Faktoren abhängig. Eine generelle Aussage zur Wirtschaftlichkeit kleiner Krankenhäuser ist also nicht möglich. Stattdessen vergleichen wir die Erlösentwicklung im aktuellen DRG-System und im neuen System. Eine klare Verbesserung der wirtschaftlichen Lage müsste mit einer Verbesserung der Erlössituation einhergehen, da mittelfristig nicht damit zu rechnen ist, dass sich die Kosten deutlich reduzieren.

Im Folgenden zeigen wir ausgewählte Simulationsergebnisse. Die vollständige Version der Studie enthält weitere Szenarien sowie zusätzliche Kennzahlen und Hintergrundinformationen. Unsere Simulationsrechnungen haben wir beispielhaft für ein kleines Haus durchgeführt. Die Schlüsse gelten jedoch auch für größere Häuser: Gleiche relative Veränderungen bewirken gleiche Auswirkungen auf die Erlöse. Dazu finden Sie in der Studie konkrete Simulationsergebnisse.

Gleiche Erlöse bei konstanten Fallzahlen

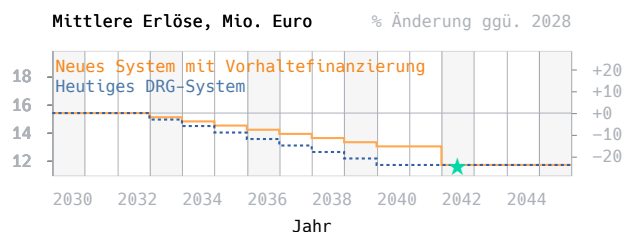
Im ersten Szenario nehmen wir an, dass sich die Fallzahlen am Krankenhaus über die Jahre nicht verändern. Dies ist kein realistisches Szenario, da Fallzahlen immer zumindest zufälligen Schwankungen unterliegen. Die Simulation erlaubt jedoch wichtige erste Schlüsse.



Diese Grafik zeigt den Zeitverlauf der Erlöse im heutigen DRG-System (blaue, gepunktete Linie) und im neuen System, also die Summe aus Rest-DRG und Vorhaltebudget (orange-farbene Linie). Wenn sich die Fallzahlen nicht verändern, ergeben beide Systeme exakt die gleichen Erlöse. Im neuen System ist die Erlössituation der Krankenhäuser also nicht generell besser.

Fallzahlverluste werden abgefedert, aber nur im 20 %-Korridor

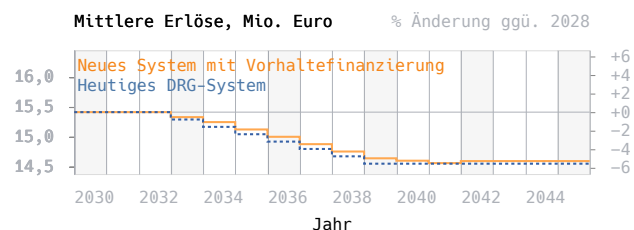
In diesem Szenario nehmen wir an, dass die Fallzahl am Krankenhaus in den Jahren 2033 bis 2040 in allen Leistungsgruppen um jeweils 3 % pro Jahr sinkt. Gründe hierfür könnten der demografische Wandel in der Region oder die Personalsituation am Haus sein.



Mit rückläufigen Fallzahlen sinken die Erlöse im heutigen DRG-System direkt ab. Im neuen System sinken die Erlöse auch, da die Rest-DRG direkt an die Fallzahl gekoppelt ist. Das Vorhaltebudget des Hauses bleibt jedoch lange konstant, weil die Fallzahl erst 2039 unter den 20 %-Korridor fällt. Alle drei Jahre werden die Vorhaltekostenanteile neu berechnet; diese Jahre sind in der Grafik grau schattiert. Erst mit der Kalkulation für 2042, die sich auf die Fallzahlen von 2040 bezieht, wird eine neue, niedrigere Fallzahl für die Berechnung des Vorhaltekostenanteils herangezogen (türkisfarbenes Sternchen). Dann sinken die Erlöse des Hauses abrupt ab und gleichen sich denen des heutigen DRG-Systems an.

Kopplung des Hauses an das Landesbudget

Im vorigen Szenario haben wir angenommen, dass die Gesamtfallzahl im Bundesland konstant bleibt. Aber was geschieht, wenn die Fallzahlen im ganzen Bundesland sinken? Das folgende Szenario simuliert eine Ambulantisierung von 2 % der Fälle pro Jahr in der internistischen Grundversorgung für die Jahre 2033 bis 2039. Sie findet an allen Häusern im Bundesland gleichermaßen statt.

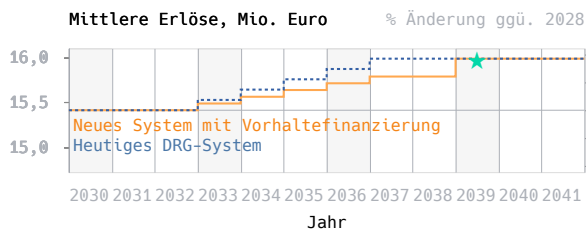


Hier hat die Vorhaltefinanzierung nahezu keine abfedernde Wirkung auf den Erlösverlust. Der Grund ist, dass das Landesbudget der Vorhaltefinanzierung, das jedes Jahr neu berechnet wird, direkt der Fallzahlentwicklung im Land folgt. Die Anteile der einzelnen Häuser, die die relative Verteilung der Fallzahlen widerspiegeln, bleiben konstant. Somit sinkt das Vorhaltebudget der Krankenhäuser ab und es gibt keine abfedernde Wirkung.

Wachstum bringt Erlösnachteile

Wenn die Fallzahlen am Krankenhaus moderat sinken, dämpft die Vorhaltefinanzierung Erlösverluste ab (solange die landes-

weiten Zahlen konstant bleiben). Eine dämpfende Wirkung besteht jedoch nicht nur bei sinkenden Fallzahlen, sondern auch bei wachsenden. Im folgenden Szenario nehmen wir an, dass das Krankenhaus seine Spezialisierung in der Endprothetik ausbaut und seine Fallzahlen von 2033 bis 2037 um 8 % pro Jahr steigert.



Die Simulation zeigt, dass die Erlöse im neuen System lange unter denen des bisherigen DRG-Systems liegen. Zwar steigen mit der Fallzahl die Erlöse aus den Rest-DRGs, jedoch wächst die Vorhaltefinanzierung lange Zeit nicht mit. Erst mit Überschreiten des 20 %-Korridors bei der Neuberechnung für 2039 gleichen sich die Erlöse an. Bis dahin summiert sich der Erlösnachteil auf insgesamt 800 000 €.

Die Reduktion von Mengenanreizen ist ein erklärtes Ziel der Reform. Hier zeigt sich, dass die Vorhaltefinanzierung das teilweise erreicht, indem sie moderates Wachstum bestraft. Jedoch erzeugt sie neue Mengenanreize, sobald ein Haus sich der Schwelle von 20 % Wachstum nähert: Dann bringt das Überschreiten der Schwelle plötzlich hohe Mehrerlöse.

Zudem ist Fallzahlwachstum nicht immer durch „angebotsinduzierte Nachfrage“ oder unnötige Behandlungen bedingt. Wachstum entsteht auch im Zuge einer Krankenhausreform, die eine stärkere Konzentration spezialisierter Leistungen anstrebt, um die Qualität zu erhöhen. Eine solche Konzentration wird durch die Vorhaltefinanzierung behindert.

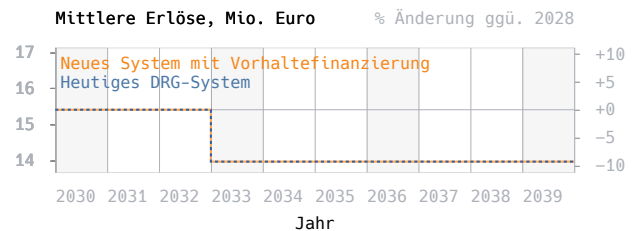
In der obigen Simulation erreicht das Haus die Schwelle von 20 % Wachstum, wodurch sich langfristig die Erlöse denen des heutigen DRG-Systems angleichen. Aber was passiert, wenn diese Schwelle nicht erreicht wird? Das zeigt die nächste Simulation, in der nur von 3 % Wachstum pro Jahr ausgegangen wird.



Bleibt die Fallzahl langfristig innerhalb des 20 %-Korridors, dann wird der Vorhaltekostenanteil des Hauses immer aus der Fallzahl vom Beginn der Simulation berechnet. Es besteht fortlaufend ein Erlösnachteil im Vergleich zum heutigen DRG-System. Dies kann bedeuten, dass große Krankenhäuser systematisch benachteiligt werden: Da es für sie schwieriger ist, um 20 % oder mehr zu wachsen, sind dauerhafte Erlösnachteile wahrscheinlicher.

Kein Puffer bei Verlust der Leistungsgruppe

Zuletzt widmen wir uns der Frage, was passiert, wenn unserem Krankenhaus im Rahmen der Reform die Versorgungsaufträge für die endoprothetischen Leistungsgruppen entzogen werden.



Ein Vorhaltebudget wird nur an Häuser ausbezahlt, die einen Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe haben. Wird der Versorgungsauftrag jedoch entzogen, fallen sowohl das Vorhaltebudget als auch die Rest-DRG weg. Somit ist der Erlösrückgang im heutigen und im neuen System identisch. Es besteht keine abfedernde Wirkung der Vorhaltefinanzierung, wie sie für die wirtschaftliche Neuausrichtung des Hauses wahrscheinlich dringend nötig wäre.

Die politischen Ziele werden so nicht erreicht

Insgesamt können wir keine generelle Verbesserung der Krankenhausfinanzierung feststellen. Das ist nicht überraschend, weil die Vorhaltefinanzierung im Mittel erlösneutral gestaltet wurde. Eine grundlegende „Existenzsicherung“ kleiner Krankenhäuser ist nicht zu erkennen (und ebenso wenig für größere Häuser).

Auch eine Entökonomisierung ist kaum feststellbar. Im a-DRG-System schwanken die Erlöse abhängig von den Fallzahlen. Mit der Vorhaltefinanzierung schwanken sie auch, nur komplizierter und auf längeren Zeitskalen. Die Einnahmen eines Krankenhauses hängen weiterhin stark davon ab, wie sich seine Fallzahlen entwickeln. Zudem ergeben sich neue Mengenanreize, die völlig losgelöst von der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung sind, etwa knapp vor Unter- oder Überschreiten der 20 %-Grenze. Letztlich soll eine Entbürokratisierung erreicht werden. Wie das geschehen soll, wenn gleichzeitig die Komplexität des Systems derart gesteigert wird, ist unklar.

Unsere Analyse ist kein Plädoyer für ein „weiter so“ in der deutschen Krankenhauslandschaft. Eine Reform mit spezifischer Krankenhausplanung, mehr Leistungskonzentration, gesteigerter Spezialisierung und besserer intersektoraler Versorgung ist unumgänglich. Eine Vorhaltefinanzierung in der jetzt diskutierten Form scheint jedoch nicht das Werkzeug zu sein, um eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung entscheidend zu entwickeln.

Anschrift der Verfasser

Dr. Eberhard Hansis, Dr. Hannes Dahnke, Vebeto GmbH,
daten@vebeto.de, www.vebeto.de