



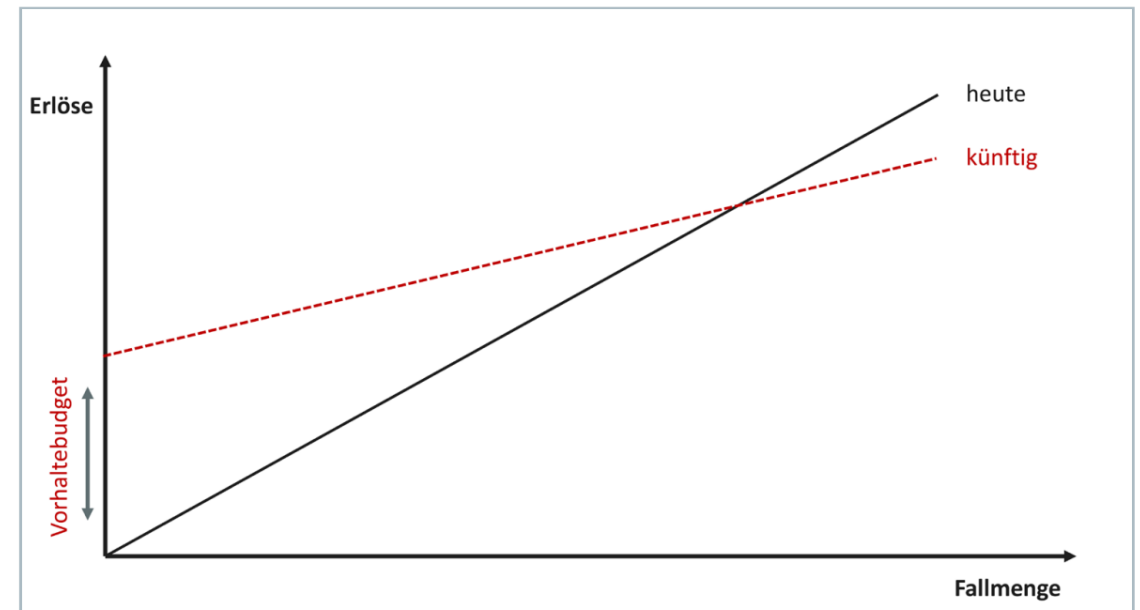
# Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung

Prof. Dr. Andreas Schmid, Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, Prof. Dr. Volker Ulrich

Bayreuth, September 2023

1. Die **Regierungskommission** hatte in der **3. Stellungnahme** vom 6.12.2022 ein ambitioniertes Konzept für eine Vorhaltevergütung skizziert.
2. Zentrale Motivation hierfür waren u.a. die „**Reduktion der mengenbezogenen Komponente** zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung“ (S. 9) sowie stärkere **Anreize zur Zentralisierung von Leistungen**.
3. „Für jede Leistungsgruppe wird in dem Konzept ein **Vorhalteanteil in der Vergütung normativ festgelegt**. Die Vorhaltevergütung erfolgt somit unmittelbar auf Ebene der Leistungsgruppen und mittelbar auf Ebene der Level und Standorte.“ (S. 10)
4. „Die Systematik der Vorhaltefinanzierung setzt dabei einen **starken Anreiz**, Leistungsgruppen zwischen Krankenhäusern so zu tauschen, dass die **Fälle einer Leistungsgruppe** auf weniger Standorte **gebündelt** werden und damit die **Zahl der Standorte**, mit denen das Vorhaltebudget geteilt werden muss, **sinkt**.“ (S. 24)

› **Abbildung 5:**  
**Schematischer Vergleich DRG-System versus 2-Säulen-Modell für eine Leistungsgruppe**

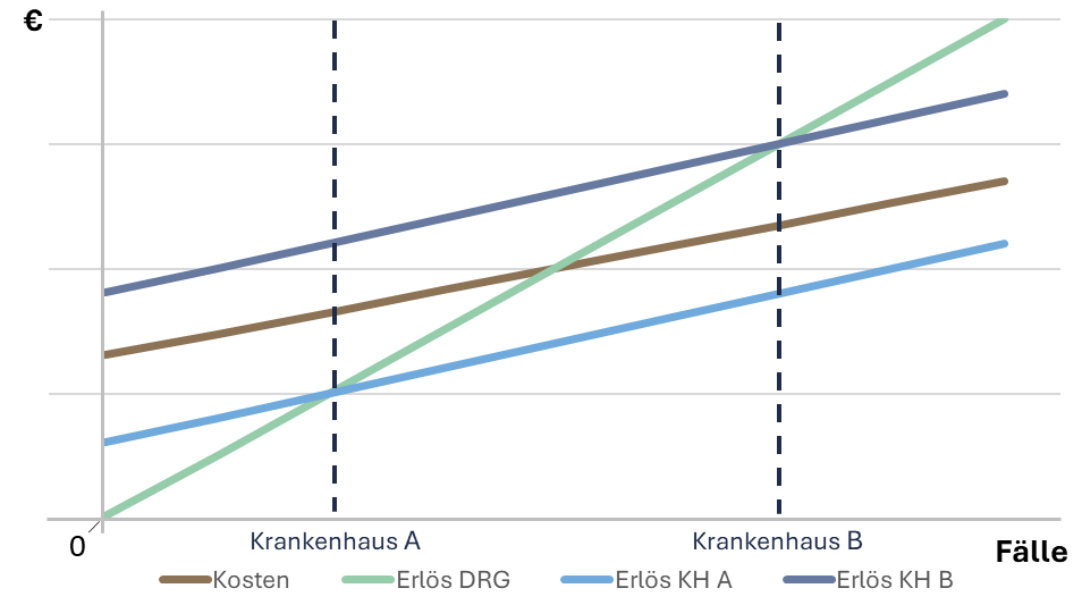


Quelle: Regierungskommission 2022, S. 20

Ergebnis: Eine abgeflachte Erlöskurve je Leistungsgruppe

Großer Einsatz von Redaktionsgruppe und BMG, um konsensfähigen Ansatz zu finden; im Detail jedoch Probleme:

1. Die Vorhaltevergütung bemisst sich als Prozentsatz am Casemix  
→ Direkter Bezug zur Fallmenge
2. Eine Umverteilung der Vorhaltevergütung ist durch die Kopplung an die Fallmenge auf Standortebene ohne wirtschaftliche Auswirkung  
→ Kein Anreiz zur Konsolidierung von Leistungsgruppen und Standorten, der über den Status quo hinausgeht
3. Notwendigkeit für verschiedene – zum Teil jahresübergreifende – Anpassungen; Rückkopplungen bei Veränderungen einzelner Parameter; Berechnungen auf Ebene der einzelnen DRGs  
→ Deutliche Erhöhung der Komplexität und des administrativen Aufwands auf allen Ebenen



Hinweis: „Erlös KH A“ bzw. „Erlös KH B“ setzen sich hier und im Weiteren jeweils aus der krankenhausspezifischen Vorhaltevergütung sowie der Rest-DRG zusammen. Die Gerade „Erlös DRG“ repräsentiert das in Abbildung 1 dargestellte Ergebnis im DRG-Setting und wird lediglich als Referenz abgebildet.

Abbildung 1: Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)

Quelle: Schmid et al. (2023), S. 30

Ergebnis: Unterschiedliche Erlöskurven je Krankenhaus, keine Umverteilung im Vergleich zum Status quo

*In ihrem Impulspapier beschreiben Schmid et al. einen alternativen Ansatz, der folgende **Charakteristika** aufweist:*

1. Die Bemessungsgrundlage der Vorhaltevergütung orientiert sich an den **Kosten der für die Behandlung des ersten Patienten notwendigen Mindestvoraussetzungen z.B. an Personal und Ausstattung** (nur Betriebskosten!).
2. Die Mindestvoraussetzungen werden je Leistungsgruppe definiert und ergeben sich aus den bereits laufenden Bemühungen, entsprechende Vorgaben zur Strukturqualität zu formulieren.
3. Entsprechend ist die Bemessungsgrundlage in komplexeren Leistungsgruppen höher als in weniger komplexen.
4. Ausgezahlt wird nur ein Teil der Bemessungsgrundlage, wobei ein für alle Krankenhäuser gleicher, nach LG differenzierter Prozentsatz (Vorhaltequote) angesetzt werden sollte (konkrete Effekte einer bestimmten Größenordnung wären noch zu modellieren).
5. Im Ergebnis führt dies zu einer Abflachung bzw. Drehung der Erlösfunktion, der Schnittpunkt mit der Y-Achse wird durch die Vorhaltevergütung definiert (vgl. Abbildung 3).
6. Durch den eher niedrigen Ansatz der Vorhaltequote kann die angestrebte Balance der verschiedenen Anreizwirkungen erreicht werden.
7. In Regionen, die durch objektive und nicht beeinflussbare Merkmale höhere Kostenstrukturen aufweisen, können bedarfsnotwendige Einrichtungen höhere Vorhaltequoten („Sicherstellungsaufschlag“) erhalten.
8. Die Verantwortung der Bundesländer, für die notwendigen Investitionsmittel in vollem Umfang aufzukommen, bleibt davon unberührt.
9. Die Bundesländer könnten ergänzend weitere Zuschläge gewähren, sollten sie aus strukturpolitischen oder – die Notwendigkeiten der Krankenversorgung übersteigenden – Gründen der Daseinsvorsorge hierfür einen Bedarf sehen.

# Die Komplexität ist geringer, Rückkopplungseffekte unterbleiben

- Eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung führt zu einheitlichen Erlösgeraden (ceteris paribus).
- Kleine Einrichtungen werden nicht pauschal ausfinanziert, der Anreiz zur Konsolidierung bleibt erhalten.

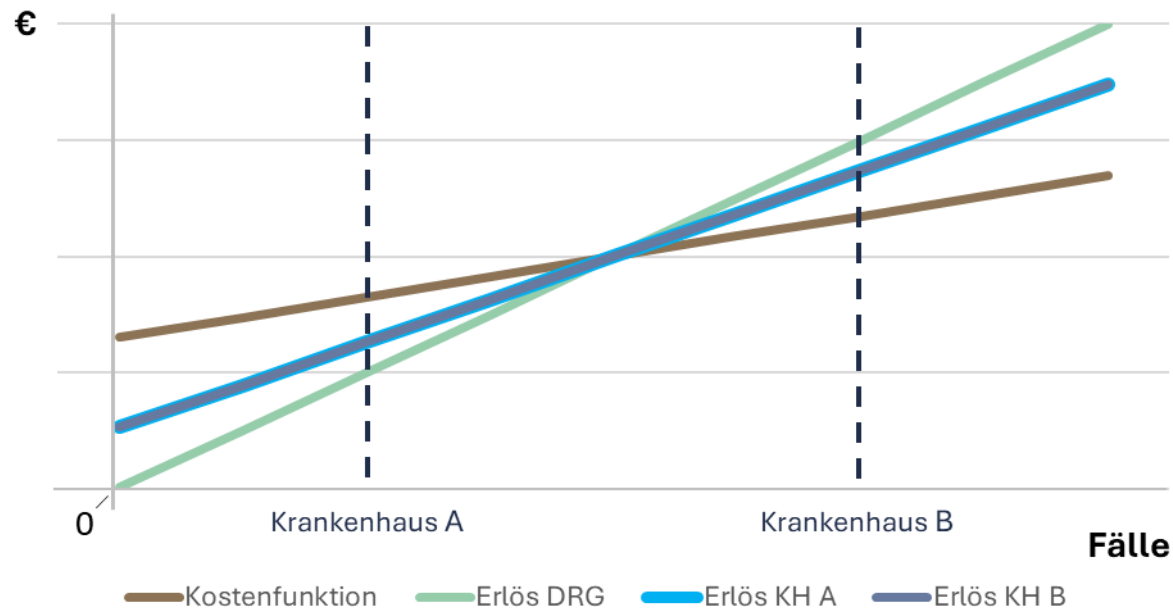


Abbildung 1: Kosten- und Erlössituation einer weiterentwickelten Vorhaltevergütung

Quelle: Eigene Darstellung

- Für bedarfsnotwendige Einrichtungen kann der „Sockel“ erhöht werden.
- Wird ein Vorhaltebudget frei (da LG oder Standort geschlossen) kann dieses unabhängig von Patientenströmen neu zugeordnet werden.

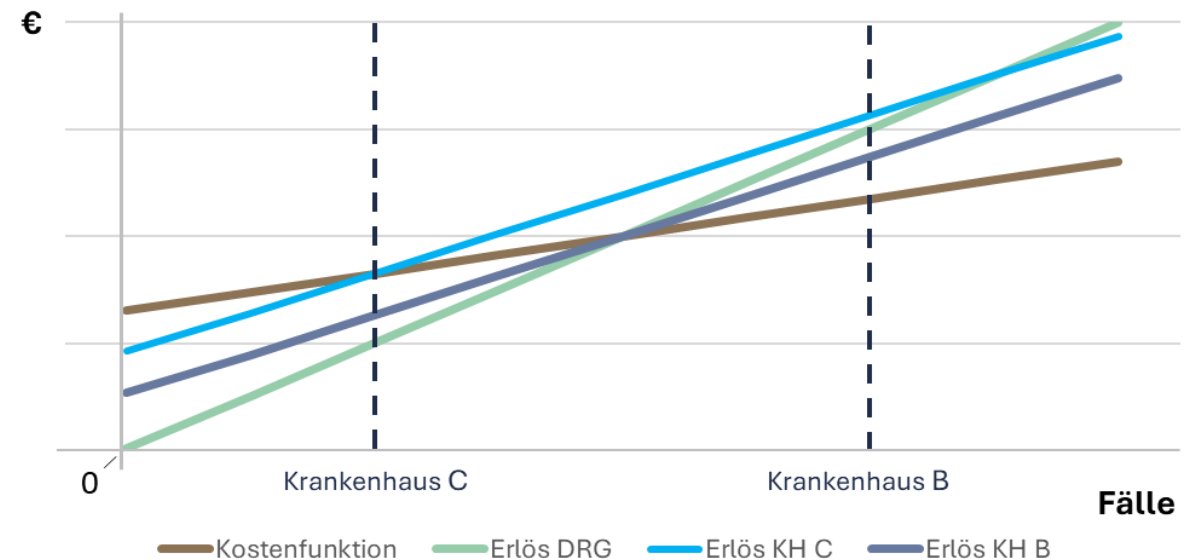


Abbildung 1: Kosten- und Erlössituation einer weiterentwickelten Vorhaltevergütung mit Sicherstellungskomponente

Quelle: Eigene Darstellung

- Die Komplexität sinkt, da bspw. keine Anpassung an unterschiedliche Leistungsmengen erfolgen und nur die Kostenentwicklung fortgeschrieben werden muss. Da die Anpassungen bei Fallzahlveränderungen jenseits eines Korridors entfallen, gibt es weniger sprunghafte Anpassungen.
- Der Anreiz zur Mengenausdehnung wird reduziert. Durch den eher niedrigen Ansatz des pauschalen Auszahlungsbetrags bleiben Effizienzanreize ebenso bestehen wie Anreize des Qualitätswettbewerbs.
- Eine exakte Festlegung der Bemessungsgrundlage ist – wie die exakte Bemessung der Vorhalteanteile einer DRG – nicht perfekt lösbar. Es ist jedoch nur eine Berechnung für eine höhere zweistellige Zahl an Leistungsgruppen und nicht für eine vierstellige Zahl an DRGs erforderlich. Ferner ist die Fehlertoleranz durch die Auszahlung eines erheblich unter 100 % der Fixkosten liegenden Anteils deutlich höher.
- Unschärfen ergeben sich aus der in vielen Fällen nicht eindeutigen Zuordnung von gemeinsam genutzten Ressourcen auf einzelne Leistungsgruppen. Dies ist im vorliegenden Modell aber auch nicht zwingend, da ohnehin keine vollständige Abbildung der Fixkosten angestrebt wird.
- Bereits bei der Einführung kommt es zu umverteilenden Effekten zugunsten von Leistungsgruppen mit höheren Vorhalteanteilen. Durch den insgesamt deutlich geringeren Anteil der Vorhaltevergütung am gesamten Vergütungsaufkommen ist das Risiko massiver Verwerfungen im System gering.
- Durch die eher niedrige Vorhaltequote bleibt der Anreiz zur Konsolidierung erhalten. Einen Sicherstellungsaufschlag erhalten nur ausgewählte Standorte von hoher Relevanz zur Sicherstellung der Versorgung.

# Es ergeben sich Anreize und Gestaltungsspielräume für die Länder

- Da kein Mengenbezug vorliegt, wird bei Schließung einer Leistungsgruppe an einem Standort oder eines kompletten Standorts das hierfür bisher verwendete Vorhaltebudget frei.
- Es sind verschiedene Szenarien denkbar, wie dieses weiterverteilt werden kann.
- Um den Anreiz für die Länder zur Konsolidierung zu erhöhen, könnte das Budget den Ländern (zunächst) erhalten bleiben.
- Diese könnten es (im freien Ermessen oder nach festgelegten Regeln / für definierte Zwecke) anderen Standorten zur Verfügung stellen.
- Die Konsolidierung führt zu direkt sichtbaren und spürbaren finanziellen Effekten.
- Der bisher auf Krankenhausebene vorgesehene +/- 20 % Korridor könnte auf Ebene der Länder verlagert werden.
- ...

## Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung im Kontext der Krankenhausreform

Andreas Schmid<sup>1/2</sup>, Jörg Schlüchtermann<sup>1</sup> und Volker Ulrich<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universität Bayreuth / <sup>2</sup> Oberender AG

### Abstract

Ein zentraler Baustein der geplanten großen Krankenhausreform ist die Vorhaltevergütung. Es gibt derzeit in Wissenschaft und Praxis einen breiten Konsens, dass die Einführung einer Vorhaltevergütung eine begrüßenswerte Weiterentwicklung des bestehenden DRG-Systems sein könnte. Allerdings gibt es nicht zu vernachlässigende Bedenken hinsichtlich der konkreten Umsetzung, die in den konzeptionellen Beschreibungen des Eckpunktepapiers von Bund und Ländern angedeutet wird.

Der vorliegende Impuls unterbreitet einen konkreten Vorschlag, wie eine vergleichsweise einfache Konzeption – mit einem klaren Fokus auf die Finanzierung der Vorhaltung – einen Einstieg in eine für weitere Entwicklungen offene Form der Vorhaltevergütung leisten könnte. Ansatzpunkt ist eine komplett fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung je Leistungsgruppe, die sich an den Kosten für die „Behandlung des ersten Patienten“ notwendige Basisausstattung je Leistungsgruppe orientiert. Diese ergibt sich aus den für jede Leistungsgruppe definierten Strukturvoraussetzungen. Damit ordnet sich das Konzept zwischen den extremen Polen einer reinen DRG-Vergütung sowie einer fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier ein. Die Verpflichtung der Länder für die Finanzierung der Investitionskosten bleibt davon unberührt.

Bayreuth, September 2023

Angenommen zur Publikation in der *RPG - Zeitschrift für Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Heft 4, Band 29 (2023).

Prof. Dr. Andreas Schmid

Email: [andreas.schmid@uni-bayreuth.de](mailto:andreas.schmid@uni-bayreuth.de)

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann

Email: [j.schluechtermann@uni-bayreuth.de](mailto:j.schluechtermann@uni-bayreuth.de)

Prof. Dr. Volker Ulrich

Email: [volker.ulrich@uni-bayreuth.de](mailto:volker.ulrich@uni-bayreuth.de)

Das zugrundeliegende **Impulspapier** ist

angenommen zur Publikation in der RPG - Zeitschrift für Recht und Politik im Gesundheitswesen, Heft 4, Band 29 (2023) und

abrufbar unter <https://www.mig.uni-bayreuth.de/pool/dokumente/Alternativer-Vorschlag-zur-Vorhalteverguetung-.pdf>.