



AKG

Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e. V.

**Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser e.V.**

Geschäftsstelle Berlin
Arosener Allee 70
13407 Berlin

Nils Dehne
Geschäftsführer
030 68051537
nils.dehne@akg-kliniken.de

Berlin, 18. April 2023

VORHALTEFINANZIERUNG

UMSETZUNGSVORSCHLÄGE

Die Vorhaltefinanzierung ist das Herzstück der großen Krankenhausreform unter dem Gesundheitsminister Lauterbach. Auf dem diesjährigen DRG-Forum hat Herr Lauterbach einen fallunabhängigen Finanzierungsanteil von mindesten 60 % als Ziel ausgegeben, die Fragen zur praktischen Umsetzung aber völlig offengelassen. Den pauschalen Vorschlägen der Regierungskommission und den weitreichenden Ankündigungen des Ministers stehen kleinteilige und höchst relevante Herausforderungen für eine aufwandsgerechte Vorhaltefinanzierung im Sinne der Daseinsvorsorge gegenüber.

Die Vorhaltefinanzierung ist das verbindende Element zwischen der Krankenhausplanung der Länder und der Krankenhausfinanzierung. Während bei den Themenfeldern Versorgungslevel und Leistungsgruppen Ausnahmen und Kompromisse zur Einigung mit den Bundesländern denkbar sind, braucht eine nachhaltige und tragfähige Vorhaltefinanzierung bundeseinheitliche Kriterien und Messgrößen. Für die föderale Struktur unserer Gesundheitsversorgung ist das eine zentrale und weitreichende Neuerung, die auf allen Ebenen ein Zusammenwirken erforderlich macht und zum Erfolgsfaktor für eine hochwertige Krankenhausversorgung der Zukunft werden kann.

Eine Vorhaltefinanzierung soll den Charakter der Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge stärken, indem eine gesellschaftlich wünschenswerte und tragfähige Infrastruktur unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme finanziert wird. Voraussetzung dafür ist, dass die notwendigen Strukturen klar identifizierbar und kontinuierlich den Anforderungen entsprechend weiterentwickelt werden. Je nach Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung ergibt sich aus dem verfügbaren Finanzierungsvolumen implizit eine nachhaltig finanzierbare Krankenhauslandschaft. Insofern kommt der technischen Herleitung dieses Finanzierungsinstrumentes eine herausragende Bedeutung zu.

Angesichts der begrenzten Mittel der Krankenkassen und dem Wunsch nach stabilen Beitragssätzen für die gesetzliche Krankenversicherung wird die Vorhaltefinanzierung nicht zu einer Ausweitung der finanziellen Mittel für den Krankenhausbereich führen können. Gleichzeitig darf die Vorhaltefinanzierung nicht zu unterschiedlichen Krankenhausstrukturen in den Bundesländern beitragen. Aus diesen Überlegungen heraus wird das Vorhaltebudget aus dem DRG-Volumen, also aus den bestehenden Fallpauschalen, auf Bundesebene herauszurechnen sein und dann nach einem allgemeingültigen Verteilungsschlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt werden. Innerhalb der Bundesländer sind es dann die Planungsentscheidungen der zuständigen Behörden, die für eine Verteilung dieses Budgets auf die jeweiligen Krankenhausstandorte Sorge tragen müssen.

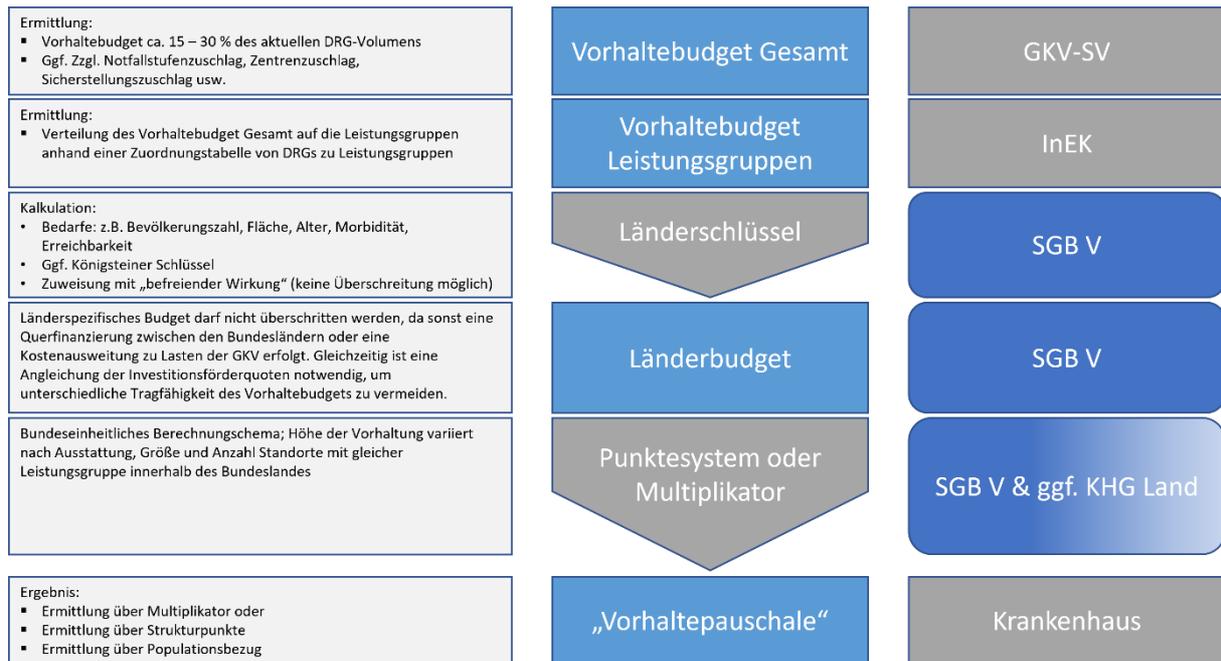


Bild: Herleitung Vorhaltebudget

Im Sinne der Daseinsvorsorge ist die Vorhaltefinanzierung insbesondere für jene Strukturen notwendig, die einen hohen Beitrag für die Lebenserhaltung haben und gleichzeitig selten oder nur schlecht planbar in Anspruch genommen werden. Typisches Beispiel sind hierfür insbesondere Notfallstrukturen (z.B. Hubschrauberlandeplatz) und Intensivstationen. Leider kennen weder das Leistungsgruppensystem aus NRW noch das als Vorbild geltende System aus der Schweiz eigene Leistungsgruppen für diese wichtigen Versorgungsbereiche. Vielmehr sind diese Versorgungsbereiche in größeren Leistungsgruppen subsumiert. Eine pauschale Herleitung der Vorhaltefinanzierung auf Basis solcher hoch aggregierten Leistungsgruppen führt nicht zu einer sachgerechten Allokation der Vorhaltefinanzierung. Bei einer zu pauschalen Herleitung des Vorhaltebudgets innerhalb einer Leistungsgruppe werden insbesondere jene Leistungen mit überdurchschnittlicher Kostenstruktur oder komplexem PatientInnenkollektiv wirtschaftlich unattraktiv, während einfache und gut planbare Behandlungen einer Leistungsgruppe finanziell attraktiver werden. Diese Wirkung steht in klarem Widerspruch zu dem Ziel einer Vorhaltefinanzierung im Sinne der Daseinsvorsorge und fördert die Selektion und Spezialisierung entgegen dem tatsächlichen Bedarf.

Gerade bei einer geringen Anzahl an Leistungsgruppen, wie im NRW-Modell praktiziert, kommt einer Differenzierung des Vorhaltebudgets zwischen den Standorten, die diese Leistungsgruppe erbringen dürfen, große Bedeutung zu. Hierbei ist einerseits die spezifische Struktur sowie andererseits die Größe des Standortes adäquat zu berücksichtigen. Mit den Versorgungsleveln verfügen wir über ein geeignetes Instrument zur Differenzierung zwischen den Krankenhausstandorten. Auch wenn diese Level nicht für die Planungsentscheidung der Länder relevant sein sollten, kommt ihnen für eine einheitliche Berechnungssystematik des Vorhaltebudgets eine entscheidende Bedeutung zu.

VORHALTEFINANZIERUNG AUF BASIS VON LEVEL UND GRÖÖE

Das Vorhaltebudget eines Krankenhausstandortes für eine spezifische Leistungsgruppe könnte mit einem Faktor für das Versorgungslevel multipliziert werden, um die unterschiedlichen Strukturen adäquat zu berücksichtigen. Hierfür wäre eine Analyse der spezifischen Kostenstrukturen zwischen den Versorgungsleveln mit Hilfe der Daten des InEK denkbar. Darüber hinaus ist für jeden nachvollziehbar, dass ein Krankenhausstandort mit mehr Fällen einer Leistungsgruppe ein höheres Vorhaltebudget erhalten muss als ein Krankenhausstandort mit weniger Fällen einer Leistungsgruppe. Um an dieser Stelle einen direkten Bezug zu den geleisteten Fällen zu vermeiden, wäre ein zusätzlicher Faktor nach Größenklassen auf Basis der Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Ärztinnen

und Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) denkbar. Zur Vereinfachung sind hier ebenfalls Stufen mit einer bestimmten Bandbreite zu definieren. Ein standortspezifischer Zuschlagsfaktor ergibt sich dann aus der Multiplikation der Zuschlagsfaktoren gemäß Einteilung in der untenstehenden Beispielmatrix. Der Vorteil dieser Systematik liegt in seiner empirischen Herleitung und einer adäquaten Größenskalierung.

Versorgungslevel	Level Faktor	VK Stufe 1	VK Stufe 2	VK Stufe 3	VK Stufe 4
Level IIIu	1,25	0,8	1	1,2	1,5
Level III	1,2	0,8	1	1,2	1,5
Level II	1	0,8	1	1,2	1,5
Level I	0,8	0,8	1	1,2	1,5

Bild: Zuschlagsmatrix nach Versorgungslevel und VK-Größe (ÄrztInnen)

VORHALTEFINANZIERUNG AUF BASIS VON STRUKTURPUNKTEN

Um mögliche Unschärfen an den Übergängen von Versorgungsleveln oder Größenclustern zu vermeiden wäre ein Scoringssystem für vorhalterelevante Strukturanforderungen denkbar. Auf dieser Basis wird jedem Krankenhausstandort auf Basis seiner Ausstattung eine „Strukturpunktezahl“ zugewiesen, die zur Berechnung seines Vorhaltebudgets je Leistungsgruppe herangezogen wird. Dabei wird das Vorhaltebudget je Leistungsgruppe innerhalb eines Bundeslandes durch die Anzahl der Strukturpunkte aller Krankenhausstandorte, die diese Leistungsgruppe erbringen dürfen, geteilt. Der so ermittelte „Punktwert“ wird anschließend entsprechend der jeweiligen Punktzahl den Standorten zugewiesen. Großer Vorteil dieser Herleitung ist ein stufenloser Übergang sowie eine anreizgerechte Ausschöpfung des Vorhaltebudgets auf Basis normativ definierter Strukturanforderungen, die dem Charakter der Daseinsvorsorge in besonderem Maße gerecht werden.

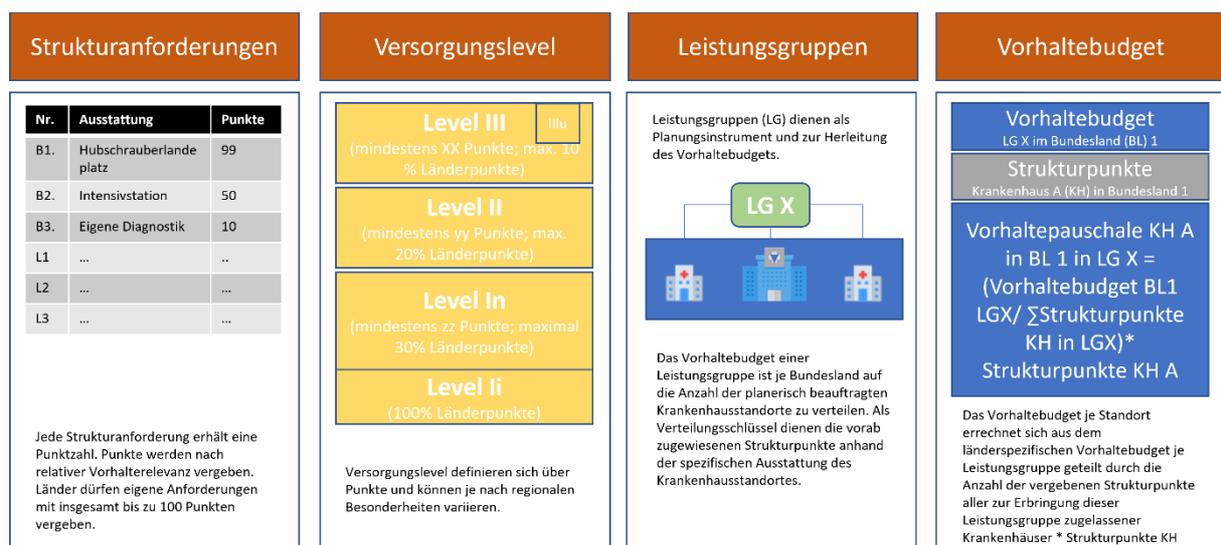


Bild: AKG-Strukturpunkte

VORHALTEFINANZIERUNG MIT POPULATIONSBEZUG

Die AOKen fordern für eine sachgerechte Vorhaltefinanzierung eine strikte Verknüpfung mit der zu versorgenden Bevölkerung. Leider scheinen sowohl die Regierungskommission als auch die Ampel-Koalition bisher kein Interesse an einer sachlichen und faktenbasierten Debatte über die tatsächlichen Versorgungsbedarfe auf Basis einheitlicher Populationsbezüge zu haben. Diese Methodik führt zu einer konsequenten Abkehr von einer bestehenden Fallzahl oder bestehenden Strukturen bzw. Ausstattungen. Das Vorhaltebudget je Leistungsgruppe und Bundesland wird dabei durch die Anzahl der zu versorgenden Einwohnerinnen und Einwohner eines Bundeslandes geteilt. Auf dieser Basis erhalten alle Krankenhäuser, die eine entsprechende Leistungsgruppe planerisch zugewiesen bekommen haben, einen Anteil entsprechend ihrer zuzurechnenden Bevölkerung. Hierfür wird jeder Einwohner des Bundeslandes rechnerisch jenem Krankenhaus zugeordnet, dass für ihn am schnellsten zu erreichen ist. Eine Größenadjustierung auf Ebene des einzelnen Krankenhausstandortes ist dadurch nicht mehr erforderlich. Zur Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsrollen bzw. Unterschiede im Leistungsspektrum kommt eine Adjustierung entsprechend des krankenhausindividuellen Case-Mix-Index (CMI) je Leistungsgruppe zum Tragen. Ausgehend von einem mittleren CMI aller Krankenhäuser innerhalb dieser Leistungsgruppe werden so Aufschläge oder Abschläge für Standorte mit besonders komplexen Leistungen bzw. für weniger komplexe Leistungen berechnet. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass besonders einfache Leistungen durch das Vorhaltebudget nicht zu hoch vergütet werden.

	Anteil Versorgungsauftrag Klinik an Gesamtversorgung in BL	CMI Klinik	Umsetzungs-Vorschlag:		
			Abweichung CMI je Klinik von dem auf Landesebene	Vorhaltepauschale in Euro nach CMI-Adjustierung der Klinik	Vorhaltekosten je Einwohner nach CMI-Adjustierung der Klinik
Standort 1	20%	0,8	0,6	708.487 €	4 €
Standort 2	20%	1,4	1,0	1.239.852 €	6 €
Standort 3	45%	1,4	1,0	2.789.668 €	6,2 €
Standort 4	15%	1,9	1,4	1.261.993 €	8,4 €
Summe	100%			6.000.000 €	

Bild: Musterkalkulation des AOK-BV

VORHALTEFINANZIERUNG IN DER NOTFALLVERSORGUNG

Aufgrund der großen Bedeutung der Notfallversorgung für die Vorhaltefinanzierung ist eine Notfallreform zwingend mit der Krankenhausreform gemeinsam zu denken und zu realisieren. Im Bereich der Notfallversorgung sind verschiedene Versorgungsstufen bereits seit vielen Jahren etabliert. Mit den entsprechenden Zuschlägen wird versucht, den unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen im Sinne einer Vorhaltefinanzierung Rechnung zu tragen. Insofern sind die Vorschläge der Regierungskommission sachgerecht, die Einführung von Integrierten Notfallzentren (INZ) in Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern an allen Level 2 und Level 3 Krankenhäusern verbindlich zu verankern. Erste Auswertungen zeigen, dass auf Basis der bestehenden Vorschläge der Regierungskommission für die Versorgungslevel ein Großteil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einem INZ hat. In Ausnahmefällen können zusätzliche Strukturen auch an Standorten des Level I geschaffen werden. In diesem Bereich würde ein populationsorientiertes Budget in organisatorischer Verantwortung der jeweils vereinbarten INZ-Leitung den notwendigen Gestaltungsspielraum für regionale Besonderheiten schaffen. Dafür würde jedem INZ-Standort ein Budget pro Einwohner entsprechend der kürzesten Distanz zwischen seinem Wohnort und dem nächsten INZ-Standort zugewiesen werden. Aus diesem Budget wären sämtliche Notfalleleistungen sowohl im INZ als auch in der Notaufnahme des Krankenhauses zu finanzieren. Je nach regionalen Gegebenheiten könnten dabei auch Leistungen an Dritte ausgelagert und im Rahmen des Budgets vergütet werden. Voraussetzung sind einheitliche Standards für die Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit im Sinne einer umfangreichen Vorhaltung für die Daseinsvorsorge.

Die AKG-Kliniken

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 27 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von nahezu 10,5 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 45.500 Betten und vertreten damit über 9,5 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,85 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von mehr als 130.500 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.