



# Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhausesektors

---

Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes

# Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhaussektors

Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes

---

## Impressum

**Autoren** Andreas Schmid, Katja Heinz, Lennart Klages und Jochen Baierlein  
**Unter Mitwirkung von** Sarah Günther und Philipp Leibinger  
**Kontakt** Prof. Dr. Andreas Schmid (andreas.schmid@oberender.com)



**Oberender AG**  
**Ihr Partner im Gesundheitswesen**

### Standort Bayreuth

Wahnfriedstraße 3  
95444 Bayreuth

### Standort München

Elsenheimerstr. 59  
80687 München

Telefon: +49 (0)921 745443 - 0  
Website: [www.oberender.com](http://www.oberender.com)

---

Bayreuth und München, 31.08.2023

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	6
Zusammenfassung.....	7
1 Auftrag und Zielstellung.....	9
2 Idee und Stand der Reform .....	10
2.1 Herausforderungen.....	10
2.2 Reformziele.....	11
2.3 Sachstand zur Umsetzung.....	11
3 Status quo der Vergütung.....	14
3.1 Systemische Unterschiede zwischen GKV und PKV.....	15
3.2 Systematik der Dualen Finanzierung .....	16
3.3 Entwicklung der Investitionskostenfinanzierung .....	17
4 Vorhaltevergütung – Implikationen für die Kostenträger.....	18
4.1 Angemessene Verteilung der Belastung .....	18
4.1.1 Versichertenbezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung .....	19
4.1.2 Fallbezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung.....	19
4.1.3 Casemix-bezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung.....	19
4.2 Mechanismus der Auszahlung.....	20
4.3 Ausgleichsmechanismen und Kostenneutralität.....	21
4.4 Modellerweiterung mit mehreren Krankenhäuser und alternativen Annahmen..	24
4.5 Plausibilität der Kostenneutralität mit Blick auf die Gesamtreform .....	26
5 Vorhaltevergütung – Implikationen für die Leistungserbringer .....	27
5.1 Struktur im Status quo und bei „idealtypischer“ Vorhaltevergütung .....	28
5.2 Umsetzung der Vorhaltevergütung laut Eckpunktepapier .....	30
5.3 Effekte durch die Konsolidierung von Leistungsgruppen oder Standorten.....	33
5.4 Risiken einer zu hohen Vorhaltevergütung .....	34
6 Ökonomie und Wettbewerb.....	35
7 Fazit.....	37
Literaturverzeichnis.....	39
Anhang .....	43
Anhang 1: Erweiterung des Beispiels auf 2 Krankenhäuser.....	43
Anhang 2: Variation des Beispiels mit 2 Krankenhäusern .....	44

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Veränderung der Vergütungslogik .....	13
Abbildung 2:	Grundlegende Unterschiede zwischen GKV und PKV .....	16
Abbildung 3:	Effekt einer Fallmengenreduktion auf den Anteil der Vorhaltevergütung (schematische Darstellung) .....	23
Abbildung 4:	Kosten- und Erlössituation im DRG-Setting .....	28
Abbildung 5:	Maximale Vorhaltevergütung .....	29
Abbildung 6:	Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre).....	30
Abbildung 7:	Gewinnsituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre).....	32
Abbildung 8:	Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier bei Konsolidierungseffekten .....	33
Abbildung 9:	Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier, wenn Vorhaltevergütung > Fixkosten (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre).....	34
Abbildung 10:	Gewinnsituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier, Vorhaltevergütung > Fixkosten (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre).....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Investitionsbedarf.....	17
Tabelle 2:	Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Ausgangsszenario (Periode 1).....	21
Tabelle 3:	Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Ausgangsszenario bei Fallzahlreduktion (Periode 2).....	22
Tabelle 4:	Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Einführung Vorhaltevergütung (Periode 1).....	22
Tabelle 5:	Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion (Periode 2).....	23
Tabelle 6:	Beispielrechnung Vorhaltevergütung bei Fallreduktion, 2 Kostenträgern und 2 Krankenhäusern.....	43
Tabelle 7:	Variation des Beispiels Vorhaltevergütung bei Fallreduktion, 2 Kostenträgern und 2 Krankenhäusern.....	44

## Abkürzungsverzeichnis

aDRG	DRG ohne Pflegepersonalkosten („a“ für „ausgliedert“)
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
PKV	Private Krankenversicherung
rDRG	Reduktion der aDRG auf eine Rest-DRG durch die Ausgliederung der Vorhaltevergütung („r“ für „Rest“)
VV	Vorhaltevergütung

## Zusammenfassung

- Es ist unbestreitbar, dass sowohl eine **Reform** der Krankenhausstrukturen als auch deren Finanzierung **notwendig** und **geboten** sind. Dabei muss die Qualität der Versorgung, die Bedarfsnotwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit im Mittelpunkt des Interesses stehen; ein fairer Wettbewerb zwischen allen Stakeholdern ist sicherzustellen.
- **Zentraler Bestandteil** der geplanten Reform des Krankenhaussektors ist die Einführung einer **Vorhaltevergütung**. Die **Intention** der Reformbemühungen sowie der Grundgedanke einer Vorhaltevergütung sind nachvollziehbar, die im Eckpunktepapier skizzierte **Ausgestaltung** wird jedoch **sehr kritisch bewertet**.
- **DRGs** haben vieldiskutierte Nachteile, aber auch **viele positive Effekte** hinsichtlich Transparenz und Wirtschaftlichkeit, die nicht hinreichend berücksichtigt werden. Es gibt zahlreiche Anzeichen, dass durch die aktuell geplante Vorhaltevergütung neue Fehlanreize und Steuerungsprobleme entstehen können.
- Der vielfach verwendete Begriff der „**Entökonomisierung**“ führt in die Irre und ist einer sachlichen Diskussion nicht zuträglich, da weder Knappheit noch ökonomische Zusammenhänge durch eine Vorhaltevergütung aufgelöst werden können.
- Auf **Ebene der Kostenträger** hängt es von der konkreten Ausgestaltung ab, ob die Reform **unerwünschte umverteilende Effekte** nach sich zieht. Hierzu ist dringend mehr Transparenz zu den konkreten Ausgestaltungsmodalitäten erforderlich, denn die möglichen Umverteilungseffekte können auch zwischen Kostenträgern erheblich sein und müssen zwingend berücksichtigt werden.
- Zielführend für eine faire Lastenverteilung bei Einführung der Vorhaltefinanzierung erscheint die verursachergerechte Zuordnung nach Patientenfällen und deren Fallschwere. Wird dagegen die Vorhaltevergütung allein über die Anzahl der Versicherten oder Fälle (ohne Berücksichtigung der Fallschwere) zugeordnet, hätte das auf Seite der Kostenträger erhebliche Auswirkungen. Investitionen in Ambulantisierung und Prävention werden durch Fehlanreize belastet, wovon gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen gleichermaßen betroffen wären.
- Bei der Umsetzung einer Vorhaltevergütung sind auch die spezifischen **vertrags- und versicherungsrechtlichen Grundlagen und Konstellation** der gesetzlichen und privaten Kostenträger (einschließlich Beihilfe) und Selbstzahler zu berücksichtigen, die u.a. bei Zahlungswegen und Finanzierungsoptionen von vorneherein mit bedacht werden müssen. Der im Eckpunktepapier skizzierte Stand berücksichtigt diese Aspekte nicht.
- Auf **Ebene der Leistungserbringer** führt die Vorhaltevergütung zu erheblichen **Veränderungen der Anreizstruktur**, durch den hohen Anteil der Vorhaltevergütung (inkl. Pflegebudget 60 %) sind gravierende Fehlanreize zu erwarten. Sie zeichnet sich in der vorgeschlagenen Form zudem durch eine **hohe Komplexität** aus.
- Das Ziel der **Reduktion des Anreizes zur Mengenausweitung** wird voraussichtlich erreicht. Die Wirkung könnte durch die Höhe der Vorhaltevergütung sogar sehr stark sein. Es erscheint fraglich, ob dies unter den Vorzeichen drastischer Ressourcenengpässe angemessen ist, zumal konkret die Gefahr besteht, dass Anreize zur Reduktion der Leistungsmenge entstehen und das Risiko für Unterversorgung und Wartelisten erhöht wird.
- Ob durch die Vorhaltevergütung ein Anreiz zur **Standortreduktion** und **Leistungszentralisierung** erfolgt, hängt stark von der Ausgestaltung ab. So ist es u.a. erforderlich, dass Bundesländer aus Gründen der Krankenhausplanung Standorten Leistungsgruppen entziehen können, was rechtlich noch abschließend zu klären wäre.

- Die **wirtschaftliche Sicherung** von bedarfsnotwendigen Standorten, die durch unterdurchschnittliche Fallzahlen im DRG-System strukturell benachteiligt sind, wird durch die im Eckpunktepapier skizzierte Umsetzung der Vorhaltevergütung nicht erreicht. Deshalb müssen die – in ihrer derzeitigen Form ebenfalls insuffizienten – Sicherstellungszuschläge vorerst fortbestehen. Wie sie perspektivisch in das vorgeschlagene System integriert werden können, ist völlig offen.
- Es ergeben sich durch die vorgeschlagene Form der Vorhaltevergütung – gerade auch durch die hohe Komplexität – zahlreiche **neue Optionen**, das **System unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten und losgelöst vom Bedarf zu optimieren**. Beispielsweise durch die systematische Nutzung des 20%-Fallzahlkorridors, innerhalb dessen keine Anpassung der Vorhaltevergütung erfolgt.
- Grundsätzlich gilt: Je höher die Komplexität, desto höher das Missbrauchspotential, desto dringlicher der Kontrollaufwand, desto häufiger die Notwendigkeit der Nachkorrektur, desto wahrscheinlicher das Entstehen einer **Interventionsspirale**, die Planungssicherheit reduziert und zusätzliche administrative Aufwände nach sich zieht.
- Eine Herausforderung wird es sein, die Vorhaltevergütung zunächst über die Leistungsgruppen und dann die DRG den Krankenhäusern **angebots- und leistungsgerecht** zukommen zu lassen. Die Leistungsgruppen sind hierfür nicht originär konzipiert, eine entsprechende ökonomische Homogenität liegt nicht vor. Auch die **adäquate Abbildung leistungsgruppen- bzw. DRG-übergreifend genutzter vorhaltungsrelevanter Ressourcen** ist bisher nicht geklärt.
- Mit der geplanten, in den Eckpunkten skizzierten Vorhaltefinanzierung wird das Problem einer unzureichenden Übernahme der **Investitionskostenfinanzierung** durch die Bundesländer nicht gelöst. Im Jahr 2021 bezifferte sich die Investitionslücke auf rd. 3,4 Mrd. Euro. So lange die Bundesländer ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, wird auch trotz der Reform die strukturelle Unterfinanzierung des Krankenhaussektors fortbestehen.
- Durch eine bessere Verteilung der wirtschaftlichen Lasten zwischen den Krankenhäusern und damit Nivellierung der akuten Insolvenzgefahr könnte der **Druck auf die Länder**, die Lücke zu schließen, sogar weiter **abnehmen**. Die unzureichende Finanzierung zu Lasten der Krankenhausträger, der Kostenträger und der Patienten würde sich weiter manifestieren.
- Im Eckpunktepapier wird die Kostenneutralität der Krankenhausreform zugesichert. Dieses Versprechen erscheint unrealistisch. Es gibt zahlreiche Anhaltspunkte, dass die Umsetzung der Krankenhausreform nicht kostenneutral erfolgen kann.
- Bei der **Weiterentwicklung des Konzepts** sollte die **Komplexität des Ansatzes reduziert** und das **Risiko von Fehlanreizen minimiert** werden. Aufgrund der möglichen Verwerfungen sollte ein behutsamer Einstieg erfolgen, mithin ein **Niveau deutlich unterhalb der aktuell formulierten 60 %** angestrebt werden; dies umso mehr, als eine inhaltliche Begründung für die gegenüber dem Kommissionskonzept erfolgte Erhöhung um 20 Prozentpunkte nicht vorliegt. Die Erreichung der Reformziele würde hierdurch erleichtert und die Kompatibilität mit dem bestehenden Rahmen erhöht.



## 1 Auftrag und Zielstellung

In Deutschland sind die Krankenhäuser ein Eckpfeiler der medizinischen Versorgung. Die Krankenhauslandschaft ist dabei sehr heterogen. Neben einer pluralen Trägerschaft gibt es beispielsweise deutliche Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Versorgungskontexten sowie kleineren und größeren Einrichtungen. Die Finanzierung der Investitionskosten hat durch die Bundesländer zu erfolgen, die Betriebskosten werden über die Entgelte von den gesetzlichen und privaten Kostenträgern sowie von der Beihilfe und weiteren Trägern übernommen. Die Investitionskosten umfassen beispielsweise Neubauten und Sanierungen aber auch medizinische Großgeräte. Betriebskosten lassen sich der Behandlung von Patientinnen und Patienten zurechnen.

Mit rund 8,72 Mio. Vollversicherten deckten die privaten Krankenversicherer (PKV) im Jahr 2021 ungefähr 10,3 % der deutschen Gesamtbevölkerung ab. Hinzu kamen rund 6,44 Mio. Versicherte mit privaten Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus. Im Jahr 2023 beliefen sich die Gesamtausgaben der PKV-Unternehmen (d.h. ohne Leistungen der Beihilfe) für Krankenhausleistungen auf rund 9,5 Mrd. Euro (VPKV 2023a). Damit stellen die privat Voll- oder Zusatzversicherten eine relevante Gruppe dar, die in einem sich in wichtigen Aspekten deutlich von dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterscheidenden Versicherungssystem organisiert sind. Entsprechend sind die Folgen der Krankenhausreform auch für diese und ihre Versicherungsunternehmen explizit zu betrachten.

Das Policy Paper stellt die Vorhaltevergütung in das Zentrum der Betrachtung und geht auf andere Teile der Reform nur ein, soweit sie hierfür von Relevanz sind. Einleitend werden grundlegende, die Vergütungsfrage betreffende Themen aufbereitet, um diese für den weiteren Diskussionsprozess zugänglich zu machen. Dies betrifft auch einzelne systemische Spezifika der PKV, die in den bisherigen Ausführungen zur Reform noch nicht berücksichtigt werden. Es erfolgt dann zunächst eine Diskussion der Implikationen für die Kostenträger, im Anschluss für die Leistungserbringer. Ebenso werden grundsätzliche ökonomische und wettbewerbliche Aspekte behandelt.

Inhaltlich werden insbesondere zwei Aspekte diskutiert: Erstens, erreicht die Reform durch die vorgeschlagenen Maßnahmen die angestrebten Ziele? Zweitens, steht die Reform mit dem das Gesundheitswesen charakterisierenden Ordnungsrahmen im Einklang? Im Zusammenspiel beider Aspekte ist ebenfalls zu prüfen, ob diese Ziele ggf. auch durch einen milderen Eingriff erreichbar wären. Ordnungskonform ist die Reform dann, wenn sie dem Grundgedanken einer solidarischen Wettbewerbsordnung entspricht (Cassel und Wasem 2014) und die vertrags- und versicherungsrechtlichen Restriktionen angemessen berücksichtigt, zu denen auch die Einhaltung des Äquivalenzprinzips zählt. Das Äquivalenzprinzip ist ein konstitutives Merkmal der PKV und stellt sicher, dass Versicherungsbeiträge individuelle Risikofaktoren der Versicherten reflektieren.

Der Wettbewerbsgedanke pointiert, dass die verschiedenen Akteure im wettbewerblichen Streben zur Förderung von Innovationskraft, Qualität und Effizienz beitragen. Einem zentralplanerischen Ansatz wird damit eine Absage erteilt. Die Vereinbarkeit von sozialrechtlichen Zielen und Wettbewerb ist vielfach diskutiert und beschrieben (Monopolkommission 2022; Oberender und Fleischmann 2004). Die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes erfordern aber umso mehr eine konsequente Regulierung, welche einen Missbrauch von Machtpositionen unterbindet und faire Wettbewerbsbedingungen zwischen allen Beteiligten sicherstellt (Breyer et al. 2013).

## 2 Idee und Stand der Reform

### 2.1 Herausforderungen

Der deutsche Krankenhausesektor befindet sich in einer Krise, die sich auf verschiedene Faktoren zurückführen lässt. Die Fallzahlen sind im Zuge der Covid-19-Pandemie erheblich gesunken (Hentschker et al. 2023) und befinden sich nach wie vor auf einem Niveau deutlich niedriger als vor der Pandemie. Der bereits heute feststellbare Fachkräftemangel ist in der Pflege, im ärztlichen Dienst und auch in Verwaltung und Management deutlich spürbar und wird sich weiter verschärfen (Fuchs und Weyh 2023). Erheblicher Investitionsbedarf, welcher sich in den letzten Jahrzehnten aufgebaut hat, erschwert die finanzielle Situation der Krankenhäuser zusätzlich (siehe hierzu auch Kapitel 3.3). Großer Nachholbedarf besteht vor allem hinsichtlich der Digitalisierung (Goldschmidt et al. 2023) und der veralteten, den Anforderungen der modernen Medizin häufig nicht mehr abbildenden Infrastruktur (Minz et al. 2023). Auch wenn einige Bundesländer zuletzt deutliche Aufstockungen ihrer Investitionsprogramme durchgeführt bzw. angekündigt haben (MAGS NRW 2022; BStMGP 2023), müssen die Krankenhäuser in der Breite nach wie vor Investitionen in erheblichem Umfang aus den Betriebserlösen quersubventionieren. Die massive Inflation – gerade auch getrieben durch die Entwicklung der Baukosten – sowie die dynamische Entwicklung der Lohn- und Sachkosten führt zu erheblichen Ausgabensteigerungen. So betrug im Jahr 2022 der Orientierungswert für Krankenhauskosten 6% (Statistisches Bundesamt 2022a).

Dies alles trifft auf eine Krankenhausstruktur, die in der Breite nach wie vor keine systematische Planung, sondern eher eine Fortschreibung des Status quo mit punktueller Nachjustierung erfährt. Ebendies ergibt sich in Teilen auch aus dem nicht hinreichend definierten Begriff der Bedarfsnotwendigkeit (Monopolkommission 2023). Diese Struktur entspricht nur noch zum Teil den Anforderungen der modernen Medizin, die in zunehmenden Maße Behandlungen und Therapien auch ambulant leisten kann und bei komplexen Erkrankungen auf stark interdisziplinär und interprofessionell organisierte Settings angewiesen ist (Werner 2021).

Mit seinen rund 1.900 Krankenhausstandorten, 480.000 Betten und einer durchschnittlichen Krankenhausgröße von 253 Betten fällt der deutsche Krankenhausesektor mit einer hohen Versorgungsdichte und einem hohen Anteil sehr kleiner Krankenhäuser in internationalen Vergleichen markant ins Auge. Die hohe Zahl an Betten lässt sich angesichts der bundesweiten Bettenauslastung von nur 68% im Jahr 2021 nicht begründen (Statistisches Bundesamt 2022b). Vergleicht man diesen Ist-Wert mit einer Zielauslastung von 80%, wären rund 70.000 Betten entbehrlich. Bei Unterstellung einer durchschnittlichen Krankenhausgröße von 250 Betten, entspräche dies 280 Einrichtungen. Mithin bestätigt dies, dass es sich mit Blick auf unterversorgte Regionen um ein Verteilungsproblem, nicht aber um einen Kapazitätsengpass hinsichtlich der im Gesamtsystem vorgehaltenen Infrastruktur handelt.

Zugleich sind die medizinischen Ergebnisse zwar gut, aber nicht in gleichem Maße herausstechend (Tikkanen et al. 2021), als dass sie die außergewöhnlichen Strukturen rechtfertigen könnten. Vielmehr zeigt sich, dass es trotz der – auch außerhalb der Corona-Zeit – niedrigen Auslastung in einigen Indikationsbereichen zu einer – mit ökonomischen Anreizen erklärbaren – Überversorgung kommt (BMF 2018; Schreyögg et al. 2014; Schreyögg et al. 2020).

## 2.2 Reformziele

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2022 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine wissenschaftlich ausgerichtete Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingesetzt, die Reformvorschläge erarbeiten sollte. Wegweisend ist die 3. Stellungnahme der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022 (Regierungskommission 2022). Die Präambel formuliert die Zielstellung: „Die Regierungskommission schlägt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vor. Sie sieht in dieser Reform einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung.“ (S. 3) Der weitere Text verdeutlicht, dass es darum geht, eine Krankenhausstruktur zu erreichen, welche sich stärker an Qualitäts- und Bedarfskriterien orientiert, Standorte konsolidiert und zentralisiert und den derzeitigen Anreiz der Krankenhäuser zur Mengenausweitung minimiert. Dies soll es auch erlauben, knappe personelle und finanzielle Ressourcen wirksamer und effizienter einsetzen zu können.

Drei Elemente stehen im Fokus: Die Einführung von **Level** soll bundesländerübergreifend eine einheitliche Gliederung schaffen. Jedes Level ist an klare strukturelle Voraussetzungen gekoppelt. Die Definition von **Leistungsgruppen** soll enger als der unscharfe Begriff der Fachabteilungen das Leistungsspektrum einer Klinik beschreiben und auch einschränken. Eine fixe Zuordnung von Leistungsgruppen zu Levels soll dabei sicherstellen, dass nur Einrichtungen, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, anspruchsvolle Behandlungen und Eingriffe vornehmen und diese nicht in geringer Zahl bzw. als Gelegenheitsbehandlung erfolgen. Die Reform der **Vergütung**, welche das Gewicht der klassischen DRG-Vergütung (DRG = Diagnosis Related Groups, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) deutlich reduziert und ebenfalls einen starken Bezug zu den einzelnen Leistungsgruppen herstellt, ist das letzte Element der Reform.

Die Zielstellung hinsichtlich der Vergütungsreform umfasst drei Aspekte:

- 1) Reduktion des Mengenanreizes
- 2) Anreiz zur Konsolidierung und Zentralisierung von Leistungen
- 3) Ausreichende Finanzierung von bedarfsnotwendigen Angeboten bei geringen Fallzahlen

Die Reduktion des Mengenanreizes ergibt sich aus der Umschichtung von stark an Fallzahlen gekoppelten Erlösen im aktuellen DRG-System hin zu einer stärker mengenunabhängigen Vergütungskomponente, den sogenannten Vorhaltebudgets. Über die Möglichkeit Vorhaltebudgets zwischen Standorten umzuverteilen und zu transferieren, sollen ferner Anreize gesetzt werden, Leistungsgruppen an Standorten zu fokussieren und möglicherweise sogar einzelne Standorte komplett zu schließen. Der dem Begriff der Vorhaltevergütung inhaltlich am nächsten stehende Aspekt ist die Sicherung bedarfsnotwendiger Standorte, die im aktuellen System beispielsweise aufgrund einer dünnbesiedelten Region keine für die Refinanzierung hinreichende Fallzahl erreichen.<sup>1</sup>

## 2.3 Sachstand zur Umsetzung

Mit dem mehrheitlich von den Ländern mitgetragenen Eckpunktepapier vom 10.7.2023 gibt es einen deutlich weiterentwickelten Zwischenstand, der als Grundlage für einen Gesetzentwurf dienen soll. Gegenüber den Empfehlungen der Regierungskommission wurde die Relevanz der

---

<sup>1</sup> „Die verringerte DRG-Komponente mindert den Mengenanreiz und die Vorhaltevergütung sichert die Grundausstattung eines Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe.“ (S. 20)

Level durch die klare Positionierung der Länder gegen einen auch verfassungsrechtlich problematischen Eingriff in ihre Planungshoheit deutlich reduziert. Sie haben lediglich eine Transparenzfunktion, die das BMG jedoch in einem separaten Gesetzgebungsverfahren regeln will (S. 1). Die Leistungsgruppen orientieren sich an einem NRW<sup>Plus</sup>-Ansatz, d.h. Ausgangspunkt für die weitere Ausarbeitung sind die 60 somatischen NRW-Leistungsgruppen plus fünf ergänzender Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. In der nun beginnenden weiteren Ausarbeitung haben sich die Länder umfassende Mitspracherechte gesichert. Das finale Ergebnis ist noch offen, zumal die Operationalisierung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften möglicherweise noch deutliche Abweichungen vom NRW-Modell mit sich bringen wird. In der ganzen Breite der Reform werden als zentrale Reformziele die Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Entbürokratisierung festgehalten (S. 1).

Hinsichtlich der Vorhaltevergütung wird im Eckpunktepapier als Zielbild festgehalten:

*„Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert. Krankenhäuser erhalten temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung. Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung soll hierdurch die Möglichkeit geschaffen werden, den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung zu eröffnen.“* (S. 4)

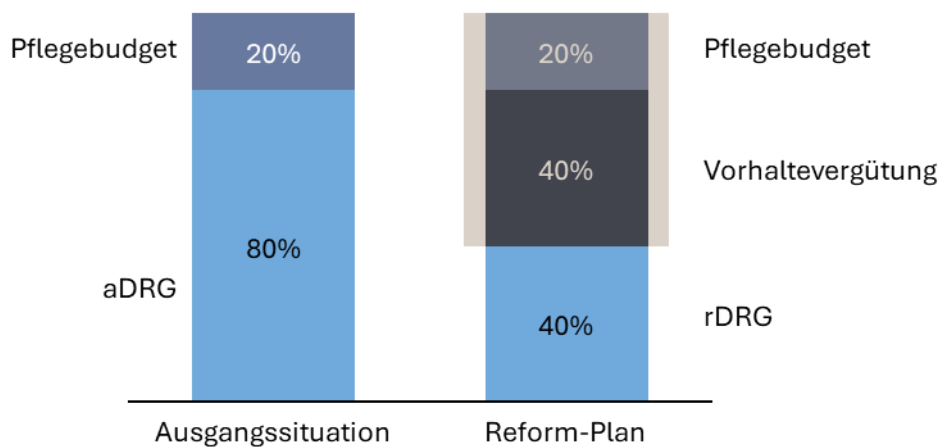
Dies pointiert das dritte der in Abschnitt 2.2 dieses Beitrags genannten Ziele im Sinne einer ausreichenden Vergütung auch bei geringeren Fallzahlen.

*„Für die Zahlung eines Vorhaltebudgets werden die Mittel hierfür aus den bestehenden Fallpauschalen ausgegliedert; die Fallpauschalen werden abgesenkt. (...) Die Absenkung erfolgt perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen.“* (S. 4)

Die sachgerechte Ermittlung wird noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Deshalb gilt:

*„In einer Übergangsphase wird die Absenkung der Fallpauschalen daher pauschal um einen gesetzlich vorgegebenen, zunächst einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung erfolgen. Darin sind auch die Kosten für Pflegepersonal am Bett enthalten. Die Finanzierung der fallbezogenen Sachkosten bleibt gewährleistet. Um die Krankenhäuser von möglichst viel unnötiger Bürokratielast zu befreien und damit für ihr Personal attraktiver zu gestalten, sollten möglichst alle Zu- und Abschläge abgeschafft bzw. in die Mindestvorgaben der Leistungsgruppen integriert werden (z.B. G-BA Zentrums-Regelungen). Der Fixkostendegressionsabschlag wird in die Vorhaltevergütung integriert. Der bisherige Sicherstellungszuschlag sollte perspektivisch in der Vorhaltevergütung integriert werden. Für bisherige Sicherstellungs-Krankenhausstandorte wird dann die Vorhaltevergütung entsprechend aufgestockt werden.“* (S. 5)

Damit ergibt sich das in Abbildung 1 dargestellte Grundmodell der neuen Vergütung. Die bisherige aDRG (DRG ohne Pflegepersonalkosten („a“ für „ausgliedert“)) teilt sich in eine Vorhaltekomponente sowie eine Rest-DRG (rDRG).



**Abbildung 1: Veränderung der Vergütungslogik**

Im Weiteren folgen Hinweise zum Ausweis der Budgets auf Länderebene, jedoch ohne explizite Klärung, inwiefern weitergehende Steuerungseffekte hierdurch intendiert werden:

*„Das aus den Fallpauschalen ausgegliederte Volumen wird ausgewiesen nach Land und Leistungsgruppen. Je Land und Leistungsgruppe wird das Volumen mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert gewichtet. Das Vorhaltebudget im Land ist auf das jeweilige Jahr bezogen gedeckelt. Der dabei berücksichtigte Landesbasisfallwert bezieht sich auf das Vorjahr.“ (S. 5)*

Die Höhe der auf ein Krankenhaus entfallenden Vorhaltevergütung orientiert sich am Casemix des jeweiligen Hauses („Einstufung nach bisheriger Fallzahl und Fallschwere“), wobei nach zwei bzw. drei Jahren eine Nachjustierung erfolgt, die immer Veränderungen in der Fallschwere, nur unter bestimmten Bedingungen Veränderungen der Fallzahlen reflektiert. Sicherstellungszuschläge bleiben erhalten und werden auf weitere Bereiche ausgedehnt:

*„Das Vorhaltebudget je Land und Leistungsgruppe wird auf Grundlage der Einstufung der Krankenhäuser (...) rechnerisch aufgeteilt. Dies erfolgt zentral durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Damit Konzentrationsprozesse und Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sachgerecht in der Einstufung berücksichtigt werden, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Neueinstufung der Krankenhäuser in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe. Die Einstufung wird zunächst nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre überprüft. Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl. Die Entwicklung der Fallschwere wird bei einer Neueinstufung hingegen umfassend berücksichtigt. (...) Sicherstellungszuschläge bleiben erhalten. Die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung erhalten neben den bisherigen Sicherstellungszuschlägen einen zusätzlichen, nach Leistungsumfang gestaffelten Zuschlag. Dieser wird jedoch nicht aus dem bisherigen Erlösolumen der Krankenhäuser generiert. Hierfür werden seitens der GKV ebenfalls zusätzliche Mittel bereitgestellt. Die Auszahlung erfolgt über die regulären Zahlungswege und damit nicht über die Länder. Wenn es aufgrund von Schließungen oder Fusionen zur Verlagerungseffekten in*

*benachbarte Krankenhäuser kommt, ist die Übertragung des Vorhaltebudgets des wegfallenden Standortes auf die aufnehmenden Standorte kurzfristig sicherzustellen.“ (S. 5-6)*

Anders als im Papier der Regierungskommission ist der Auszahlungsweg über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) damit ausgeschlossen. Als Determinanten für die Vorhaltevergütung nicht mehr explizit erwähnt – und damit weder bestätigt noch ausgeschlossen – werden der Bevölkerungsbezug sowie Prozess- und Ergebnisqualität. Inwiefern diese im Zuge der weiteren Entwicklung noch Eingang finden, ist offen.

Bzgl. der Vorhaltevergütung sind somit drei Aspekte zu unterscheiden:

- 1) Belastung der Kostenträger
- 2) Mechanismus der Auszahlung
- 3) Bemessung des Vorhaltebudgets für die einzelnen Krankenhäuser

Während Schritt 1 das Potential hat, ungewünschte umverteilende Effekte zwischen den Kostenträgern zu erzeugen, die eine Abweichung vom Äquivalenzprinzip und Fehlanreize nach sich ziehen, ist in Schritt 3 die Umverteilung zwischen den Krankenhäusern zu bewerten. In Schritt 2 steht die Mechanik der Auszahlung im Vordergrund, die auch mit den vertrags- und versicherungsrechtlichen Restriktionen der PKV und Beihilfe sowie sonstiger Kostenträger und Selbstzahler kompatibel sein muss und Auswirkungen auf den administrativen Aufwand, die Dauer der Abwicklung sowie die Transparenz haben kann.

### **3 Status quo der Vergütung**

2002 wurde das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), welches ab 2004 verpflichtend für alle Krankenhäuser zur Anwendung kam, verabschiedet. Nach der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, tagesgleichen Pflegesätzen und Krankenhausbudgets stellt dies einen der bis dato weitreichendsten Eingriffe in die Krankenhausvergütung dar. Zentrale Intention war dem Ausgabenanstieg entgegenzuwirken und Fehlanreize wie Verweildauermaximierung abzustellen (Reinhold et al. 2009).

Mit der Einführung des DRG-Systems kam es somit zu einer großen Krankenhausreform, die sich durch drei Eckpunkte charakterisieren lässt:

- 1) Leistungsgerechte Vergütung
- 2) Förderung des Wettbewerbs
- 3) Transparenz über Kosten und Leistungen

In dieser Hinsicht hat die Einführung der DRG auch positive Ergebnisse erreicht. Viele der Diskussionen zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung wären ohne die durch das DRG-System gewonnene Transparenz in ihrem Detailgrad heute nicht führbar. Das Management der Krankenhäuser hat sich erheblich professionalisiert und die Kostentransparenz befindet sich auf einem mit vor der Reform nicht mehr vergleichbaren Niveau. Die Effizienz der Leistungserbringung wurde massiv erhöht. Ein intensiver Wettbewerb um Patienten setzte ein (Beivers und Emde 2020).

Insgesamt beliefen sich die **Gesundheitsausgaben im Krankenhaus** 2021 auf 115 Mrd. €, was einem Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland entspricht. Auch bei den

PKVen machen sich die **Kostensteigerungen** im Gesundheitswesen, allen voran in der stationären Leistungserbringung, bemerkbar (Bahnsen und Wild 2023). Mit 9,5 Mrd. € fallen dabei etwa 8,3% auf die PKVen.

Die Kostensteigerung seit 2011, als die stationären Ausgaben der PKVen bei 7,9 Mrd. € lagen, beträgt bis 2021 damit 20,3%. Das entspricht in der 10-jährigen Periode einer jährlichen Wachstumsrate (CAGR) von 2% (Statistisches Bundesamt 2021). In Anbetracht des korrespondierenden Leistungsvolumens erscheint die Steigerung eher moderat. In welchem Umfang sich die DRG-Einführung auf die Kostenentwicklung ausgewirkt hat, lässt sich durch die gegenläufigen Effekte (Effizienzsteigerung bei gleichzeitigem Anreiz zur Mengenausweitung) nur schwer beziffern.

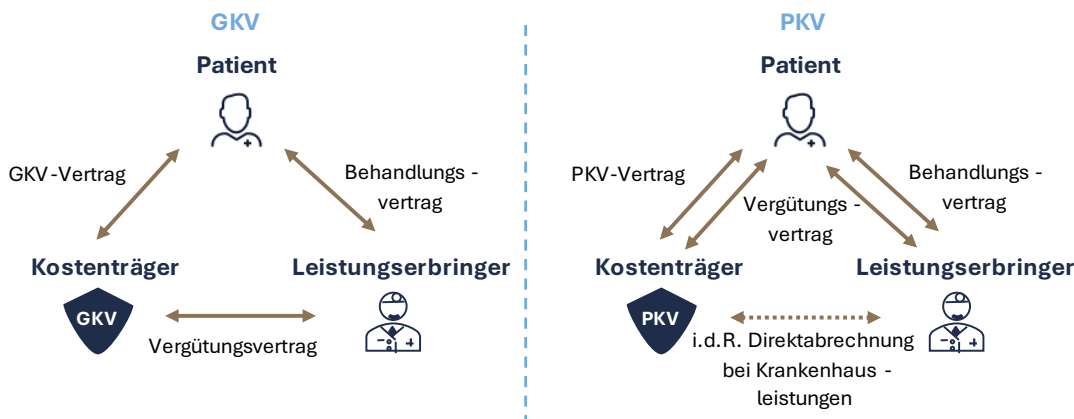
Für die PKVen war 2021 der größte Posten der Gesundheitsausgaben im Krankenhaus die allgemeinen Krankenhausleistungen (5,3 Mrd. €) gefolgt von den Wahlleistungen Chefarzt (2,1 Mrd. €). Der restliche Betrag beinhaltete die Wahlleistungen Unterkunft, Ersatz-Krankenhaustagegeld und Sonstige Zahlungen (VPKV 2023b).

### 3.1 Systemische Unterschiede zwischen GKV und PKV

Grundsätzlich bestehen bei der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen keine Unterschiede zwischen den PKV-Unternehmen und den gesetzlichen Krankenkassen. Diese werden für alle Patienten gleich hoch vergütet. Die Abrechnung erfolgt im Wesentlichen auf Grundlage von DRGs, abhängig von Kriterien wie Diagnose und Behandlung (Blümel et al. 2020).

Bei der Übernahme der Kosten durch den Versicherer bestehen dagegen systemische Unterschiede zwischen GKV und PKV. Diese betreffen die **Vertragsbeziehungen und das Abrechnungssystem**. Während in der GKV der Patient dem Leistungserbringer gegenüber die Vergütung grundsätzlich nicht vertraglich schuldet, sondern die Krankenkasse die Gesundheitsleistung quasi für den Patienten ohne dessen Vorleistung einkauft (sog. Sachleistungsprinzip), ist der PKV-Patient zur Zahlung der Vergütung an den Leistungserbringer unmittelbar vertraglich verpflichtet (Blümel et al. 2020). Das PKV-Unternehmen erstattet dem Patienten die Rechnerkosten im Umfang des jeweiligen Versicherungstarifs (sog. Kostenerstattungsprinzip, Busse et al. 2022). Im Falle der Zustimmung des Patienten ist zur Abkürzung des Zahlungsweges auch eine Direktabrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Unterkunft zwischen PKV-Unternehmen und Krankenhaus möglich (vgl. § 17c Abs. 5 KHG).

Auch wenn die Direktzahlung der Krankenhausrechnung seitens des Versicherers an das Krankenhaus etabliert und akzeptiert ist, bleibt der PKV-Patient rechtlich vollumfänglich alleiniger Vertragspartner des Krankenhauses. Dies muss bei der Ausgestaltung der künftigen Vorhaltekostenfinanzierung berücksichtigt werden. Diese muss an dieser Vertragsbeziehung ansetzen und mit ihr kompatibel sein. Daneben gibt es weitere Anforderungen und Regularien speziell für die Private Krankenversicherung, die sich aus dem Versicherungsvertragsgesetz und dem Versicherungsaufsichtsgesetz ergeben. Abbildung 2 stellt diese Unterschiede zwischen GKV und PKV schematisch dar.



**Abbildung 2: Grundlegende Unterschiede zwischen GKV und PKV**

Bei den GKV findet das **Sachleistungsprinzip** Anwendung. Bei diesem Verfahren der Kostenerstattung rechnet die Krankenkasse direkt mit dem Leistungserbringer ab. Die Krankenkassen erhalten zur Vergütung der erbrachten medizinischen Leistungen ihrer Mitglieder die finanziellen Mittel über den **Gesundheitsfonds**. In diesen zahlen neben den Krankenkassen mit den Beiträgen der Arbeitgeber und Mitglieder unter anderem auch die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherung und die Minijobzentrale ein. Ebenso werden Steuermittel zur Aufstockung des Gesundheitsfonds verwendet.

Während in der PKV die Versicherungsbeiträge äquivalent zu den individuellen Risikofaktoren der Versicherten kalkuliert werden (sog. Äquivalenzprinzip), werden in der GKV die Beiträge nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten kalkuliert (sog. Solidaritätsprinzip). Über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden in der GKV bestimmte Risikofaktoren des jeweiligen Versichertenklientel einer Kasse im Rahmen der Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen. In der PKV existiert kein derartiger Risikostrukturausgleich, da hier für Versicherte risikoadjustierte Rückstellungen gebildet werden (Busse et al. 2022).

Neben der Vergütung der stationären Krankenhausleistungen im DRG-System beteiligen sich die PKVen anteilig an weiteren relevanten Ausgaben wie für die **Sicherstellungszuschläge**.

Zu berücksichtigen sind ferner reine Selbstzahler sowie die Beihilfe und weitere sonstige Kostenträger wie die Unfallversicherung, Bundeswehr und Bundespolizei (Masanek und Gürkan 2017).

### 3.2 Systematik der Dualen Finanzierung

Seit 1972 besteht mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Deutschland die Systematik der Dualen Krankenhausfinanzierung. Diese wurde auch in Folge der DRG-Einführung von 2002 nicht verändert (Blümel et al. 2020). Das System der dualen Finanzierung legt fest, dass bei der Finanzierung zwischen den betrieblichen Kosten und den Investitionskosten differenziert wird:

Mit den DRG-Erlösen, welche durch die Krankenversicherungen finanziert werden, sollen die durch die Behandlung der Patienten entstehenden **Betriebskosten** gedeckt werden. Der DRG-Erlös setzt sich dabei aus einem Landesbasisfallwert multipliziert mit dem Relativgewicht der DRG sowie potentiellen Zu- oder Abschlägen zusammen. Der Landesbasisfallwert variiert je nach Bundesland. Mittels dieser Systematik sollen die leistungsabhängigen Fallpauschalen alle



betriebsbedingten fixen und variablen Kosten finanzieren. Die Erlösermittlung für jede DRG basiert dabei auf den Fallkosten der sogenannten Kalkulationskrankenhäuser, welche jährlich ihre Kostendaten an das InEK übermitteln. So soll der durchschnittliche Ressourcenaufwand für die jeweilig erbrachte Leistung als Grundlage der Vergütung dienen (Blümel et al. 2020).

Eine Ausnahme bilden seit 2020 die Pflegepersonalkosten, welche über ein Pflegebudget ausgliedert werden. Die Wahlleistungen sind ebenfalls nicht durch die Fallpauschalen gedeckt. Die Kosten für die Wahlleistung Unterkunft werden zwischen den PKVen und dem Krankenhaus individuell vereinbart. Grundlage hierfür bildet eine gemeinsame Empfehlung zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die wahlärztliche Behandlung, beispielsweise die Chefarztbehandlung, wird nach GOÄ abgerechnet. Zusätzlich können noch Zusatzentgelte sowie krankenhausesindividuelle Entgelte anfallen, welche nicht in der DRG-Fallpauschale inkludiert sind. Ein Beispiel hierfür sind Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Außerdem nicht in der DRG-Vergütung enthalten sind ambulant erbrachte Leistungen des Krankenhauses, die weder eine prä- noch eine poststationäre Untersuchung darstellen. Diese werden im Falle einer persönlichen oder einer Institutsermächtigung für gesetzlich Versicherte nach EBM abgerechnet. Andernfalls erfolgt die Abrechnung nach GOÄ. Ebenfalls nicht über die DRG beziffert werden Entgelte für ambulantes Operieren. Auch hier wird für GKV-Versicherte der EBM und für privat Versicherte die GOÄ angesetzt.

Die Verantwortung der **Investitionsfinanzierung** obliegt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz hingegen der öffentlichen Hand. Hier sind die Bundesländer dafür zuständig, notwendige Investitionen mittels Fördermittel zu ermöglichen (Tiemann und Büchner 2022).

### 3.3 Entwicklung der Investitionskostenfinanzierung

Einer der Gründe, weswegen ein erheblicher Teil der Krankenhäuser vor großen finanziellen Herausforderungen steht, besteht in der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Bundesländer. So fehlten laut des Krankenhaus Rating Reports 2023 im Jahr 2021 jährlich 3,3 Mrd. € an **Investitionsmitteln** bei einem **Investitionsbedarf** von 6,6 Mrd. €. Somit wird der jährliche Investitionsbedarf nur zur Hälfte von den Ländern gedeckt (Augurzky et al. 2023).

Auch die DKG weist in ihrer jährlichen Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung eine erhebliche Lücke zwischen Investitionsbedarf und KHG-Fördermitteln aus. Unberücksichtigt bleibt hierbei der Investitionsbedarf der Universitätskliniken, welche aus der Berechnung des Investitionsbedarfs ausgeschlossen wurden (DKG 2022).

Investitionsbedarf	2019	2020	2021
Investitionsbedarf in Mio. €	6.100	6.100	6.700
KHG-Fördermittel in Mio. €	3.173	3.268	3.285
Investitionslücke in Mio. €	2.927	2.832	3.415

**Tabelle 1: Investitionsbedarf**

Quelle: DKG 2022

Die fehlenden Investitionsmittel können nur in geringem Maße durch die laufenden Krankenhauseinnahmen kompensiert werden, weswegen es zu einer **Verringerung an Unternehmenssubstanz** kommt. Zur Finanzierung der anderen Hälfte bzw. von Teilen der anderen Hälfte

werden von den Krankenhäusern entweder andere Finanzierungsmöglichkeiten ausgeschöpft oder die benötigten Investitionen bleiben aus (Tiemann und Büchner 2022).

Um den dadurch entstehenden Verlust an Unternehmenssubstanz zu verhindern ist mindestens eine **Investitionsquote** von 7% der Krankenhauserlöse erforderlich. Diese liegt 2021 jedoch nur bei 3,2% (Augurzky et al. 2023). Auch das BMG beziffert die Investitionsquote der Länder mit 3% für das Jahr 2020 deutlich unter dem errechneten Bedarf (BMG 2023a).

### ***Hinweis auf aktuelle Herausforderungen***

Zum Erhalt der Unternehmenssubstanz ist eine Investitionsquote von 7% der Krankenhauserlöse erforderlich. 2021 lag diese jedoch nur bei 3,2%. Die führt zu einer erheblichen strukturellen Unterfinanzierung des Krankenhaussektors.

Zukünftig wird der **Investitionsstau** aufgrund der notwendigen Digitalisierung, des steigenden Bedarfs an energetischer Sanierung von Gebäuden oder dem kompletten Neubau von Krankenhausinfrastruktur weiterwachsen, wenn die Investitionsquote auf dem aktuellen Niveau verbleibt. Die bereits erwähnten Kostensteigerungen der letzten Monate erschweren die finanzielle Situation der Krankenhäuser bei fehlender Investitionskostenfinanzierung durch die Länder zusätzlich. So fällt die Kompensation der fehlenden Investitionsfördermittel der Länder durch die betriebsbedingten Erlöse immer schwerer (Beivers und Emde 2020).

Aus dem von Bund und Ländern beschlossenen Eckpunktepapier geht hervor, dass die Verantwortung für die Investitionskostenfinanzierung bei den Ländern verbleibt und keiner Veränderung bedarf. Eine Lösung, wie eine Erhöhung auf das notwendige Maß erreicht werden könnte, zeichnet sich aktuell nicht ab (BMG 2023b).

## **4 Vorhaltevergütung – Implikationen für die Kostenträger**

### **4.1 Angemessene Verteilung der Belastung**

Während auf Ebene der Leistungserbringer Argumente für eine Entkopplung von Vorhaltevergütung und Leistung bestehen, ist die Situation für die Kostenträger komplexer. Auch diese stehen in einem regulierten und sozialrechtlich flankierten Wettbewerb zueinander. Dieser charakteristische Ordnungsrahmen des deutschen Gesundheitssystems soll auf Kostenträgerseite dafür sorgen, dass im Bemühen um Versicherte Effizienz und Qualität im Vordergrund stehen. Die Einführung von Vorhaltevergütungen hat das Potential, die Verteilung der Kosten erheblich zu beeinflussen und sich dementsprechend auf Anreizstrukturen auszuwirken, die Rückwirkungen für das Gesamtsystem mit sich bringen.

Stand heute (September 2023) ist bezüglich der Ausgestaltung der Vorhaltevergütung wenig bekannt, das Eckpunktepapier gibt nur grobe Anhaltspunkte zum Vorgehen. Das betrifft sowohl die Zuweisung der Vorhaltevergütung an die Krankenhäuser als auch die Erhebung bei den Kostenträgern. Für die Kostenträger wird allerdings die weitere Ausgestaltung entscheidend dafür sein, ob durch die Reform unerwünschte Nebeneffekte hinsichtlich Investitionen in Prävention,

Qualität und dem weiteren Engagement in der Ambulantisierung und damit der Vermeidung von Krankenhausfällen auftreten oder nicht.

Diese Anreizwirkungen werden im Folgenden für verschiedene mögliche Varianten der Finanzierung von Vorhaltevergütung analysiert. Dabei geht es nicht um den Weg der Abfinanzierung, sondern darum, nach welchem Mechanismus die finanzielle Last der Vorhaltevergütung auf die Kostenträger verteilt wird. Im Raum stehen eine Verteilung nach der Zahl der Versicherten, nach der Zahl der Behandlungsfälle oder nach gemäß ihrer Fallschwere gewichteten Fallzahlen (Casemix). In diesem ersten Schritt stehen damit keine rechtlichen Fragen oder spezifischen Umsetzungsdetails im Fokus. Vielmehr sollen zunächst allgemein mögliche Umsetzungswege der Vorhaltevergütung auf Ebene der Kostenträger mit ihren Vor- und Nachteilen aufgezeigt werden.

#### **4.1.1 Versichertenbezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung**

Als eine Variante der Verteilung auf Ebene der Kostenträger wird diskutiert, die Versichertenzahlen als Maßstab zu nehmen. Dieser Ansatz birgt für die Vertragsbeziehungen zwischen allen Kostenträgern und Leistungserbringern die Gefahr erheblicher Fehlanreize.

Bei versichertenbezogener Finanzierung der Vorhaltevergütung werden die Kostenträger benachteiligt, die in Ambulantisierungs- und Präventionsmaßnahmen investieren, um Krankenhausfälle zu vermeiden oder zumindest in ihrer Fallschwere zu mindern. Ein solches Vorgehen führt dazu, dass sie indirekt an den höheren Fallzahlen anderer Kostenträger beteiligt werden, die nicht investieren. Sobald sich die Fälle eines Kostenträgers und damit der Bedarf an Vorhaltung überproportional erhöhen, werden bei einer solchen versichertenbezogenen Berechnung zudem alle anderen Kostenträger finanziell mit belastet.

Die versichertenbezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung zieht zudem einen hohen regulatorischen Aufwand nach sich. Denn bei Umsetzung werden die Kostenträger entlastet, deren Anteil an Krankenhausfällen in Relation zur Zahl der Versicherten höher ist. Allerdings wird eine solche unterschiedliche Verteilung im System der gesetzlichen Krankenversicherung bereits im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) berücksichtigt. Damit müsste zwingend eine Neuadjustierung des Morbi-RSA vorgenommen werden, da sonst die entsprechenden Kostenträger „überkompensiert“ würden.

Eine versichertenbezogene Finanzierung von Vorhaltung hätte damit auf Ebene der Kostenträger deutlich negative Auswirkungen, könnte weitere Investitionen in Ambulantisierung und Prävention verhindern und weiteren Regulierungsbedarf nach sich ziehen. Zentrale Ziele des Reformvorhabens würden konterkariert.

#### **4.1.2 Fallbezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung**

Etwas abgemildert aber grundlegend identisch ergibt sich das Problem, wenn Fallzahlen ohne Berücksichtigung der Fallschwere zur Verteilung herangezogen werden. Kostenträger profitieren nicht davon, wenn sie durch Präventionsmaßnahmen etc. mildere Krankheitsverläufe herbeiführen. Auch die Korrektur des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs wäre weiterhin notwendig.

#### **4.1.3 Casemix-bezogene Finanzierung der Vorhaltevergütung**

Zielführend für eine faire Lastenverteilung bei Einführung der Vorhaltefinanzierung erscheint die verursachergerechte Zuordnung nach Patientenfällen und deren Fallschwere, wie sie durch das G-DRG-System (Casemix) gewährleistet ist (siehe hierzu auch BKK Dachverband 2023 und TK 2023). Eine zentrale Voraussetzung ist jedoch – gerade und insbesondere für die

Übergangsphase – eine exakte Zuordnung der einzelnen DRGs zu einer Leistungsgruppe, was nach dem aktuellen Sachstand noch nicht gegeben ist.

Das Eckpunktepapier wird zur Frage der Verteilung der Kosten der Vorhaltevergütung nicht weiter konkret. Eine Klarstellung wäre erforderlich, insbesondere weil bei anderweitiger Ausgestaltung nicht nur Ungerechtigkeiten, sondern auch unerwünschte Effekte entstehen können. Längerfristig würde dies – neben negativen Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung – auch höhere Kosten im Gesamtsystem nach sich ziehen.

#### ***Konkretisierender Vorschlag zur Umsetzung***

Die Beteiligung der jeweiligen Krankenkassen oder Krankenversicherungen ist leistungsbezogen und orientiert sich am jeweiligen Casemix bzw. kumulierten DRG-Aufkommen.

## **4.2 Mechanismus der Auszahlung**

Aus dem aktuellen Eckpunktepapier vom 10.07.2023 geht nicht hervor, wie die Abfinanzierung der Vorhaltepauschalen auf Kostenträgerseite genau aussehen soll (BMG 2023b). Es ist lediglich die Rede von „reguläre[n] Zahlungswege[n] über Krankenhausrechnungen“ (BMG 2023b). Mögliche Umverteilungseffekte und administrativer Aufwand sind abhängig von der genauen Ausgestaltung. Dass eine Vorab-Auszahlung der Vorhaltevergütung zwar aus Sicht der Krankenhäuser zur Verbesserung der Liquidität wünschenswert wäre, praktisch jedoch nicht abbildbar ist, wurde im Entstehungsprozess des Eckpunktepapiers bereits anerkannt.

Selbstzahler erhalten ihre Rechnung direkt vom Krankenhaus und müssen an das Krankenhaus bezahlen. Für PKV und PKV-/Beihilfe-Versicherte ist es im Grunde ähnlich, auch wenn die PKV bei der in der Regel vorliegenden Einwilligung des Patienten direkt an Krankenhäuser auszahlt. Zahlen sie selbst an das Krankenhaus, können sie sich den Rechnungsbetrag ggf. von ihrer Versicherung bzw. der Beihilfe (anteilig) erstatten lassen. Dies impliziert, dass auch die Vorhaltevergütung anteilig über diesen Weg abfinanziert wird. Die Rechnung weist demnach die Komponenten Pflegebudget, den Vorhalteanteil und die Rest-DRG getrennt aus. Dadurch werden alle Zahler – egal ob PKV-Vollversicherung, Beihilfe, Selbstzahler oder andere Kostenträger – leistungsgerecht beteiligt. Ergeben sich durch die gleichmäßige Abfinanzierung Unterschiede von den Zielgrößen, sind diese ex post in Form einer Spitzabrechnung auszugleichen (siehe zur Notwendigkeit einer Spitzabrechnung Abschnitt 4.4).

#### ***Konkretisierender Vorschlag zur Umsetzung***

Zur Abfinanzierung der Vorhaltevergütung wird auf der Krankenhausrechnung ein **Vorhalteanteil** ausgewiesen. Nach Abschluss der Abrechnungsperiode erfolgt bei Bedarf eine Spitzabrechnung.

### 4.3 Ausgleichsmechanismen und Kostenneutralität

Im Eckpunktepapier wird festgehalten: „Durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgt eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens, ohne dass sich grundsätzlich das Erlösvolumen durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöht.“ (S. 4) Qua Definition darf die Einführung von Vorhaltepauschalen nur eine Änderung im Preisgefüge darstellen, die sich lediglich auf die Verteilung auswirkt (KOMV 2019; Regierungskommission 2022).

Dies führt jedoch im Zeitverlauf zu aufwendigen und komplexen Korrektur- und Anpassungsnotwendigkeiten, wie bereits folgendes – stark vereinfachtes – Beispiel mit nur einem Krankenhaus und zwei Kostenträgern zeigt. Das Krankenhaus erbringt im Beispiel nur eine einzige DRG. Jegliche Effekte der Asynchronität von Leistungserbringung, Budgetverhandlungen, DRG-Kalkulation und -Auszahlung, Zusatzentgelte, Veränderungen und Spitzabrechnung des Pflegebudgets, durch die Vorhaltevergütung ausgelöste Korrekturmechanismen etc. bleiben unberücksichtigt. Gleiches gilt für die im Eckpunktepapier skizzierte Zwischenebene der Länder, die je nach Ausgestaltung weitere Korrekturmechanismen nach sich ziehen könnte, oder die Anpassungen, die notwendig werden, wenn einzelne Krankenhäuser eine Leistungsgruppe nicht mehr bedienen oder Standorte aus der Versorgung ausscheiden. Alle die hier genannten Punkte sind für eine praktikable Umsetzung jedoch ebenso von fundamentaler Bedeutung.

Tabelle 2 zeigt das Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen in Periode 1. Das Krankenhaus behandelt ausschließlich Patienten mit einer DRG von 5.000 Euro. Von den 5.000 Euro entfallen 1.000 Euro auf das Pflegebudget, 4.000 Euro sind die aDRG. Das Krankenhaus behandelt in der ersten Periode 100 Patienten. 50 Patienten sind bei Kostenträger A versichert, 50 Patienten bei Kostenträger B. Damit tragen beide Kostenträger in gleichem Umfang zum Gesamterlös des Krankenhauses von 500.000 Euro bei.

**Tabelle 2: Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Ausgangsszenario (Periode 1)**

Akteure	Kostenträger A	Kostenträger B	Krankenhaus	
Fälle	50	50	100	
Pflegebudget	50.000	50.000	100.000	20%
aDRG	200.000	200.000	400.000	80%
<b>Gesamt- aufwendungen/-erlös</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100%</b>

Der Kostenträger A investiert nun in Ambulantisierung und Patientenmanagement. In Periode 2 verringert sich die auf ihn entfallende Patientenzahl auf 40, wie in Tabelle 3 zu sehen ist. Unter den Bedingungen des Status quo ergibt sich folgendes Bild, wobei die vereinfachende Annahme getroffen wird, dass die Pflegepersonalkosten in den Budgetverhandlungen vollständig auf das dem Leistungsaufwand entsprechende Niveau gekürzt werden.

**Tabelle 3: Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Ausgangsszenario bei Fallzahlreduktion (Periode 2)**

Akteure	Kostenträger A	Kostenträger B	Krankenhaus	
Fälle	40	50	90	
Pflegebudget	40.000	50.000	90.000	20%
aDRG	160.000	200.000	360.000	80%
<b>Gesamt-aufwendungen/-erlös</b>	<b>200.000</b>	<b>250.000</b>	<b>450.000</b>	<b>100%</b>

Für die Einführung der Vorhaltevergütung müssen folgende Prämissen nun eingehalten werden:

- Die Vorhaltevergütung inklusive Pflegebudget beträgt zunächst 60 % pauschal.
- Die Gesamtkosten dürfen sich ceteris paribus durch die Einführung der Vorhaltevergütung gegenüber dem Ergebnis unter DRG-Bedingungen nicht verändern.
- Der Betrag der Vorhaltevergütung muss von Periode 1 auf Periode 2 konstant bleiben.
- Die Zurechnung der Kosten auf die Kostenträger muss leistungsgerecht erfolgen, um dem Äquivalenzprinzip gerecht zu werden und Anreize zu Prävention und Ambulantisierung zu erhalten.

In Tabelle 4 wird nun das Ergebnis für Periode 1 unter einem System mit Vorhaltevergütung dargestellt. Kern ist eine Reduktion der aDRG auf eine Rest-DRG (rDRG) durch die Ausgliederung der Vorhaltevergütung. Vorhaltevergütung und Pflegebudget ergeben in Summe 60%.

**Tabelle 4: Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Einführung Vorhaltevergütung (Periode 1)**

Akteure	Kostenträger A	Kostenträger B	Krankenhaus	
Fälle	50	50	100	
Pflegebudget	50.000	50.000	100.000	20%
Vorhaltevergütung	100.000	100.000	200.000	40%
rDRG	100.000	100.000	200.000	40%
<b>Gesamt-aufwendungen/-erlös</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100%</b>

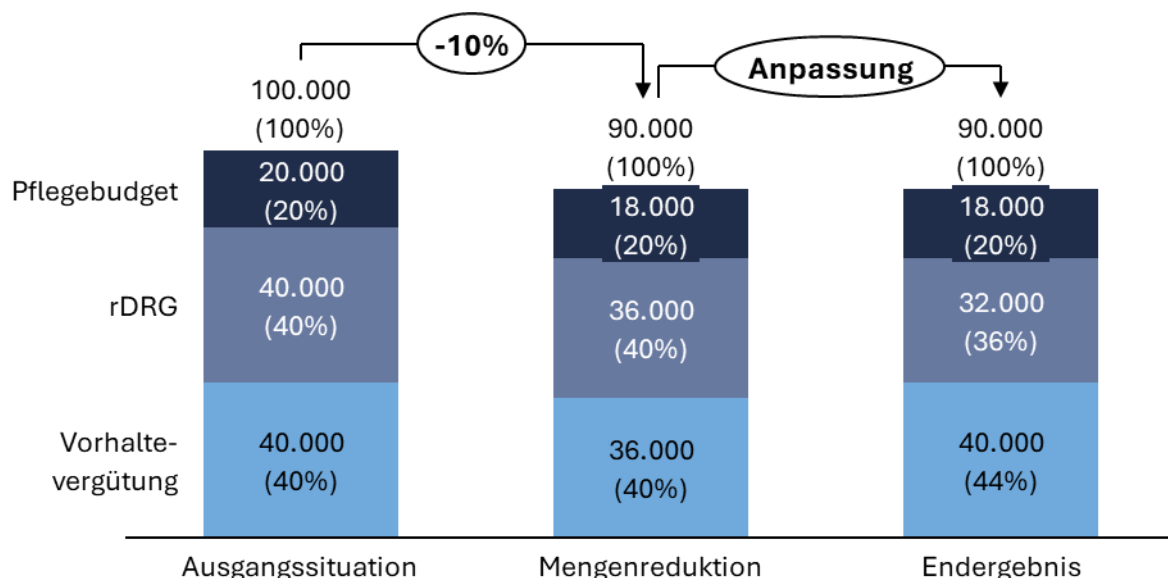
Für Periode 2 sind nun Anpassungen vorzunehmen, um die eingangs dargelegten Prämissen einzuhalten. Das Gesamterlösaufkommen darf 450.000 Euro – dem Ergebnis unter DRG-Bedingungen – nicht übersteigen. Das Vorhaltebudget muss konstant bei 200.000 Euro gehalten werden, das Pflegebudget ist auf 90.000 Euro fixiert. Damit verbleibt ein Restbetrag von 160.000 Euro, der auf die 90 Fälle verteilt werden kann und damit die rDRG in Höhe von 1.777,77 Euro ergibt. Das Pflegeentgelt je Fall beträgt 1.000 Euro. Der Vorhalteanteil an der DRG beträgt 2.222,22 Euro. Die Kosten pro Fall bleiben damit konstant bei 5.000 Euro, es erfolgt jedoch eine Umverteilung der Anteile, wie sich auch aus Tabelle 5 ablesen lässt.

**Tabelle 5: Vorhaltevergütung – Implikation für Kostenträger: Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion (Periode 2)**

Akteure	Kostenträger A	Kostenträger B	Krankenhaus	
Fälle	40	50	90	
Pflegebudget	40.000	50.000	90.000	20%
Vorhaltevergütung	88.889	111.111	200.000	44%
rDRG	71.111	88.889	160.000	36%
<b>Gesamt- aufwendungen/-erlös</b>	<b>200.000</b>	<b>250.000</b>	<b>450.000</b>	<b>100 %</b>

Die Bewertung und die Anteile von Vorhaltevergütung und rDRG verschieben sich zwangsläufig. Der Anteil der rDRG sinkt auf nunmehr 36 %.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Fallzahlveränderungen – losgelöst von ihrer Ursache – Veränderungen über die Zeit darstellen. Wenn zunächst mindestens über zwei, später über drei Jahre die Vorhaltevergütung konstant gehalten werden soll, muss bei Veränderungen der Gesamtfallzahl eine Anpassung der Rest-DRG erfolgen. D.h. der variable Vergütungsanteil sinkt. Wie in Abbildung 3 schematisch dargestellt, führt eine Fallzahlreduktion von 10 % bei einem konstanten Pflegebudget und ein durch eine Korrekturmechanismus konstant gehaltenen Vorhaltevergütung zu einer Reduktion des Anteils der Rest-DRG und damit der variablen Vergütung von 40 auf 36 %. Die im Beispiel gewählten Beträge sind auch hinsichtlich ihrer Größenordnung fiktiv und dienen nur zur Illustration des Zusammenhangs.



**Abbildung 3: Effekt einer Fallmengenreduktion auf den Anteil der Vorhaltevergütung (schematische Darstellung)**

Quelle: Eigene Darstellung

Durch den Ausgleichsmechanismus bleibt das Erlösvolumen bei einem gegebenen Leistungsvolumen somit konstant, Veränderungen des Leistungsvolumens werden vollumfänglich

weitergegeben. Hierdurch werden Fehlanreize auf Ebene der Kostenträger vermieden. Im Falle einer Mengenausweitung würde der umgekehrte Effekt eintreten, d.h. der Anteil der Rest-DRG-Vergütung am Erlösvolumen würde steigen.

Zur vereinfachten Illustration der grundlegenden Zusammenhänge wurde (und wird auch im Weiteren) vom Problem der zeitlichen Abfolge abstrahiert. Problematisch an dem Ausgleich ist aber, dass dieser exakt eigentlich erst ex-post erfolgen kann, weil Veränderungen über alle Kostenträger und Krankenhäuser zu berücksichtigen sind. Während im DRG-System die Festsetzung der Erlöse vor Beginn eines Abrechnungsjahres erfolgt und eine solide Kalkulationsgröße für ein Krankenhaus bietet, würde mit dem oben genannten Ausgleich erst nachträglich eine Preisanpassung erfolgen, auf die das einzelne Krankenhaus mit seiner Fallgestaltung kaum oder keinen Einfluss hat. Vergleichbares gilt für die Kostenträger. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit wäre es von fundamentaler Bedeutung zu klären, wie dies – sei es prospektiv oder retrospektiv – so eingeplant werden kann, dass es für alle Stakeholder eine praktikable Lösung darstellt.

Erschwerend kommt hinzu, dass die DRG einen bundesweiten Preis haben. In Kombination mit landesbezogenen Vorhaltebudgets – das Eckpunktepapier ist hier noch vage, wie dies genau umzusetzen wäre – wären sogar Szenarien denkbar, die eine landesbezogene Preisanpassung der DRG nötig machen würden. Das wäre zum einen weder vermittelbar noch würde damit das gesamte DRG-System als bundeseinheitliche Systematik fortlaufend kalkulierbar bleiben.

#### **4.4 Modellerweiterung mit mehreren Krankenhäusern und alternativen Annahmen**

Die bisherigen Ausführungen fußen auf einem vereinfachten Modell mit nur einem Krankenhaus. Bereits durch das Einführen eines zweiten Krankenhauses mit leicht abweichenden Entwicklungen in den Fallzahlen, zeigen sich weitergehende Effekte (siehe tabellarische Darstellung in Tabelle 6 im Anhang).

In Periode 1 des Ausgangsszenarios unter DRG-Bedingungen hat das neue Krankenhaus B in Periode 1 eine mit dem Krankenhaus A identische Fallzahl. In Periode 2 kommt es bei Krankenhaus A zu einer Fallzahlreduktion um 10 Fälle, während die Fallzahl bei Krankenhaus B konstant bleibt. Im Beispiel findet die Fallzahlreduktion zudem nur bei Kostenträger A statt – die Fallzahl bei Kostenträger B bleibt ebenfalls konstant. Geht man weiterhin von der in Kapitel 4.3 formulierten Prämisse aus, dass sich die Kosten in einem Szenario mit Vorhaltevergütung gegenüber dem Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen nicht erhöhen dürfen, muss es nach Einführung einer Vorhaltevergütung (Periode 1) in Periode 2 bei einer Fallzahlreduktion zu einer Anpassung der rDRG sowie der Vorhaltekomponente der DRG kommen. Dies stellt sicher, dass das Gesamtvolumen der Vorhaltevergütung konstant bleibt, während über eine Reduktion der rDRG die Gesamtkosten fixiert werden. Der Wert der Gesamt-DRG bleibt konstant. Dies führt dazu, dass auf Ebene der Kostenträger aggregiert, wie bei Betrachtung der einzelnen Kostenträger ein identisches Ergebnis wie im Ausgangsszenario erreicht wird. Da die Abfinanzierung weiter über die Fälle erfolgt, führt dies bei erhöhten DRG-Anteilen der Vorhaltevergütung zu einer Erhöhung der ausgezahlten Vorhaltevergütung bei Krankenhaus B. Zugleich ist die Erhöhung für Krankenhaus A nicht ausreichend, um das gleiche Niveau an Vorhaltevergütung zu erreichen, wie in Periode 1. Somit wird eine Umverteilung des ausgezahlten Budgets erforderlich (Spitzabrechnung), die beide wieder auf das Niveau von Periode 1 bringt. Nicht kompensiert wird im Beispiel allerdings die Abwertung der rDRG, die sich als negativer externer Effekt auf Krankenhaus B durchschlägt. Dieses wird im abschließenden Vergleich gegenüber dem Ausgangsszenario unter DRG-



Bedingungen schlechter gestellt, während das Krankenhaus A sich durch die eingefrorene Vorhaltevergütung besserstellt. Ein Ausgleich der rDRG-Effekte würde dazu führen, dass die variablen Erlöse, also die rDRG zwischen Krankenhäusern variiert.

Da das Eckpunktepapier noch äußerst vage bleibt, sind auch andere Interpretationen, Prämissen und Annahmen denkbar (siehe hierzu exemplarisch BKK Dachverband 2023 oder persönliche Äußerungen verschiedener Stakeholder zur jeweiligen Interpretation). So könnte die Prämisse aufgehoben werden, dass sich die Gesamtkosten ceteris paribus durch die Einführung der Vorhaltevergütung gegenüber dem Ergebnis unter DRG-Bedingungen nicht verändern dürfen. Zugleich könnte die Prämisse eingeführt werden, dass sich für Krankenhäuser, die keine Fallzahlveränderung erfahren, keine externen Effekte ergeben dürfen. Wichtig ist stets zwischen dem Weg der Abfinanzierung und der faktischen Inzidenz der Kosten bzw. Erlöse (wer trägt faktisch am Ende nach Abschluss aller Umverteilungsmaßnahmen die Kosten bzw. wer realisiert die Erlöse), zu differenzieren. Für eine tabellarische Darstellung möglicher Varianten hierfür Tabelle 7 im Anhang.

Im Ausgangsszenario ändern sich im Vergleich zum vorangehenden Beispiel lediglich die Annahmen zur Verteilung der Fallzahlen auf die Kostenträger. Geht man davon aus, dass die Vorhaltevergütung für Krankenhaus A unmittelbar konstant bleiben soll und Krankenhaus B keine negativen Effekte erleiden soll, könnte dies in Variante 1 eines Szenarios unter Vorhaltevergütung dadurch gelöst werden, dass Kostenträger A – auf ihn entfällt die Fallzahlreduktion – das Delta in der Vorhaltevergütung finanziert – sein Anreiz auf Fallzahlreduktion hinzuwirken würde deutlich reduziert. Gegenüber einer Fallzahlreduktion im Ausgangsszenario stellt sich Kostenträger A um diesen Ausgleichsbetrag schlechter, Krankenhaus A besser. Krankenhaus A erhält von Kostenträger A eine andere Gesamt-DRG als von Kostenträger B, da Kostenträger A einen höheren Betrag für die Vorhaltevergütung inkludiert. Für Kostenträger B und Krankenhaus B ändert sich im Beispiel nichts. Im Extremfall würden sich jedoch für jede Krankenhaus-Kostenträger-Kombination unterschiedliche Vergütungsmodalitäten ergeben. Eine solche Vielzahl von Modalitäten wäre für ein Gesamtsystem wohl kaum beherrschbar und würde den Ansatz einer fairen Lastenverteilung unterlaufen. Auf Gesamtsystemebene kommt es zu höheren Ausgaben.

In Variante 2 wird die Last der Vorhaltevergütung auf beide Kostenträger verteilt, indem die zu erreichende Vorhaltevergütung für Krankenhaus A durch die Zahl aller Fälle geteilt wird, die verschiedene Kostenträger in dieses Krankenhaus einweisen. Die rDRG bleibt stabil. Damit wird Kostenträger A gegenüber Szenario 1 etwas entlastet, stellt sich aber noch immer schlechter als im Szenario unter DRG-Bedingungen. Durch seine höhere Fallzahl in Krankenhaus A muss sich Kostenträger B proportional und damit stärker als Kostenträger A an der Finanzierung der Vorhaltevergütung beteiligen. Die Steuerung eines Ausgleichs alleinig über die Vorhaltekomponente erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Gesamtsystem höhere Ausgaben als im Ausgangsszenario verzeichnet. Das Gesamtsystem verzeichnet weiterhin höhere Ausgaben als im Ausgangsszenario.

Es bleibt festzuhalten, dass dringend mehr Transparenz zu den konkreten Ausgestaltungsmodalitäten erforderlich ist, um eine fundierte Diskussion der Vor- und Nachteile verschiedener Varianten möglich zu machen. Die möglichen Umverteilungseffekte zwischen Krankenhäusern und / oder Kostenträgern sind potentiell erheblich und müssen entsprechend Berücksichtigung finden. Auch praktische Probleme wie der zeitliche Verzug zwischen Auszahlungsperiode und dem

Vorliegen von belastbaren Daten zu Fallzahl und Fallschwere sind im vorliegenden Modell noch nicht abgebildet.

#### **4.5 Plausibilität der Kostenneutralität mit Blick auf die Gesamtreform**

Für die Kostenträger ist es von zentraler Bedeutung, dass die Reform per se keine zusätzlichen Belastungen verursacht. Im Eckpunktepapier wird dies eigentlich zugesichert. Inwiefern dies nur für die Einführung oder auch eine längerfristige Betrachtung (z.B. wie im vorangehenden Abschnitt bei einer Berücksichtigung von Fallzahlentwicklungen) gilt, ist offen.

Doch auch an anderer Stelle ist unklar, ob die Kostenneutralität tatsächlich realisiert werden kann. Inwiefern sich die Einführung der Leistungsgruppen per se oder das neue Format der Sektorenübergreifenden Versorger (Level 1i) im Vergleich zum Status quo eine wirtschaftliche(re) Leistungserbringung und damit gleiche / niedrigere Kosten zulassen, bleibt beispielsweise offen. Vielmehr gibt es zumindest Hinweise darauf, dass reformbedingt auch kostensteigernde Effekte zu erwarten sind. Dies ergibt sich nicht nur aus laut Eckpunktepapier ergänzend zu finanzierenden Zuschlägen für koordinative Aufgaben der Universitätsklinik und weitere (Sicherstellungs-) Zuschläge für einzelne Leistungsgruppen. Wenn eine dem Primat der Qualitätsoptimierung folgende Umgestaltung der Versorgungslandschaft Ineffizienzen in der Auslastung der Strukturen erzeugt, impliziert auch dies Kostensteigerungen – rein sachlogisch bedingt, frei jeglicher Wertung (Schmid 2023). Auch die administrative Ebene des neuen Systems wird – selbst wenn einzelne Instrumente wie der Fixkostendegressionsabschlag entfallen können – eher zusätzlichen Aufwand verursachen.

Damit sich finanziell entlastende Effekte einstellen, müsste die Einführung der Vorhaltepauschalen zu einer massiven Effizienzsteigerung führen. Aktuell ist nicht ersichtlich, durch welche Anreize diese entstehen könnten. Es bräuchte starke Anreize zur Umverteilung von Leistungsgruppen und Konsolidierung von Standorten, die sich aus dem Stand des Eckpunktepapiers jedoch noch nicht erkennen lassen. Wie in Kapitel 5.2 noch näher ausgeführt, kommt es durch den im Eckpunktepapier skizzierten Ansatz der Vorhaltevergütung nur zu geringfügigen umverteilenden Effekten, was darauf hindeutet, dass die Veränderungsanreize im System gegenüber dem Status quo minimal sind. Inwiefern eine Übertragbarkeit von Vorhaltebudgets hier neue Anreize setzt, die über die des DRG-Systems hinausgehen, ist noch völlig offen.

Nachdem aktuell zudem nicht absehbar ist, dass die Bundesländer die Lücke in der Investitionskostenfinanzierung flächendeckend schließen (siehe hierzu auch Kapitel 3.3), bleibt bereits allein aus diesem Aspekt ein negativer Finanzierungssaldo bestehen. Dies resultiert in einem weiterhin hohen Druck, aus den Betriebserlösen auch Investitionskosten zu decken. Sollte durch die Reform eine bessere Verteilung der Erlöse auf die Krankenhäuser gelingen, könnte dies den Druck auf die Bundesländer zumindest kurzfristig sogar reduzieren, ihren Verpflichtungen nachzukommen, da weniger Krankenhäuser insolvenzgefährdet wären. Da es sich hier jedoch um eine Aufteilung der DRG und demnach der Betriebskosten handelt, wäre ein solches „Missverständnis“ seitens der Länder fatal und würde die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in ihrer Gesamtheit weiter verschlechtern. Die Finanzierungspflicht der Länder würde so weiterhin auf die Krankenhäuser und letztlich auf die Kostenträger abgewälzt. Entsprechend muss immer wieder gegenüber den Ländern betont werden, dass die duale Finanzierung auch nach einer solchen Reform weiterhin Bestand hat und somit die Investitionsaufgaben weiterhin vollumfänglich, d.h. zu 100 %, den Ländern zugeschrieben werden.

### ***Hinweis auf Umsetzungsrisiken***

Es gibt Anhaltspunkte, dass die Umsetzung der Reform **nicht aufwandsneutral** erfolgen kann. Die Realisierbarkeit postulierter **Effizienzgewinne** ist derzeit **noch nicht bewertbar**, da konkrete Umsetzungskonzepte noch nicht existieren. Das System bleibt **strukturell unterfinanziert**, solange die Bundesländer nicht flächendeckend der Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen.

## **5 Vorhaltevergütung – Implikationen für die Leistungserbringer**

Die Tatsache, dass 59% der Krankenhäuser 2022 ein negatives Jahresergebnis erwarteten (DKI 2022) sowie Umfragen und Berichte, die für 2023 noch weiter ansteigende finanzielle Defizite erwarten lassen (DKG 2023), unterstreichen insbesondere den kurzfristigen Handlungsbedarf, der zusätzlich zu den grundsätzlichen strukturellen Problemen besteht.

Das zentrale Element des Reformvorschlags, die Einführung von Vorhaltepauschalen, um die Krankenhäuser bei der Deckung ihrer Fixkosten zu unterstützen, stellt zunächst einen diskutablen Ansatz dar (Regierungskommission 2022). Wie bereits ausgeführt, kommt es jedoch schon durch die Prämisse der Erlösneutralität lediglich zu einer Umverteilung, nicht zu einem Aufwuchs an finanziellen Mitteln. Umso wichtiger ist es, die möglichen Wirkungsweisen und Anreize der Vorhaltevergütung detailliert zu analysieren, was bisher nur punktuell geschehen ist.

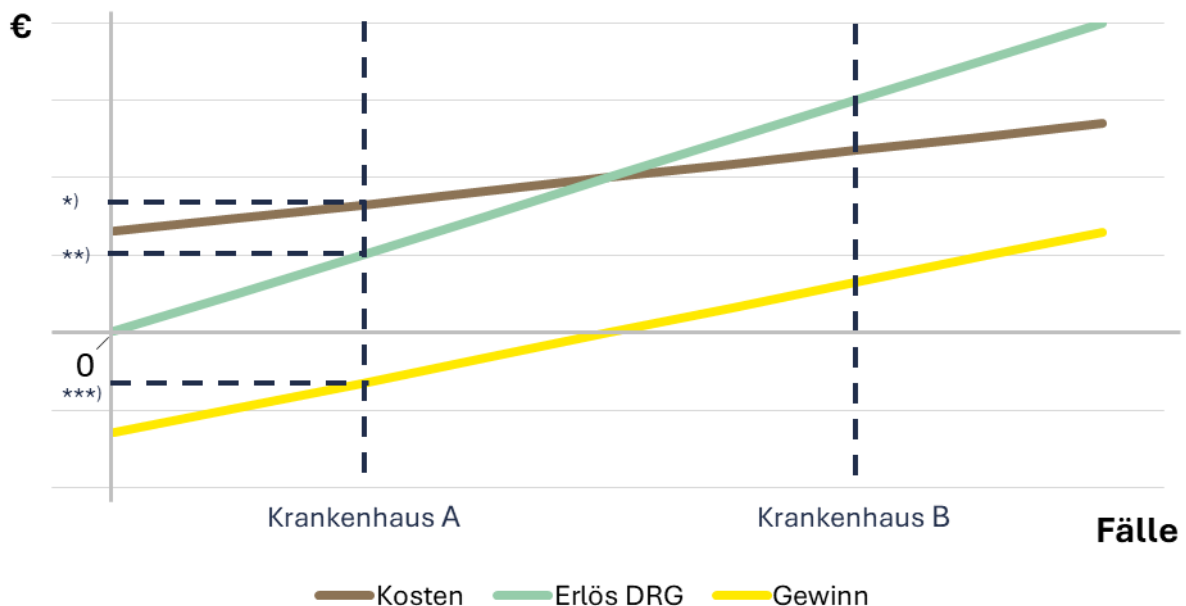
Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Vergütung erzeugt jede Form ihre eigenen Anreize. Diese ergeben sich daraus, dass der Akteur durch sein Verhalten – beispielsweise hinsichtlich der Menge der von ihm angebotenen Leistung – seine wirtschaftliche Situation verändert. Dies gilt auch bei einem fixen Budget, welches unabhängig von der erbrachten Menge ist. Jede zusätzlich bereitgestellte Einheit erhöht die Kosten des Anbieters während die Erlöse konstant bleiben. Die Berücksichtigung ökonomischer Anreize bleibt – gerade auch bei zunehmend knappen Ressourcen – dementsprechend von besonderer Bedeutung. Der Begriff der Entökonomisierung führt hier in die Irre.

Für die folgenden Analysen und graphischen Darstellungen ist zu berücksichtigen, dass es sich um schematische Darstellungen zur Illustration der grundlegenden Zusammenhänge handelt. Die hinterlegten Werte haben keinen normativen Charakter. Betrachtet wird die Leistungserbringung in einer Leistungsgruppe. Krankenhaus A und Krankenhaus B unterscheiden sich nur hinsichtlich der realisierbaren Fallzahlen, nicht jedoch hinsichtlich des Casemix-Index (Fall-schwere-Index) oder anderer Charakteristika. Ferner wird zunächst vom für die Übergangsphase relevanten Szenario mit einem pauschalen Vorhalteanteil von 60% je Leistungsgruppe ausgegangen, welcher das Pflegebudget inkludiert. Die Umstellung auf eine DRG-spezifische Berechnung verändert die grundlegenden Mechanismen nicht. Auch die im Eckpunktepapier beschriebene Zwischenebene der Länder hat hierauf keine Auswirkungen, kann jedoch durchaus zusätzliche Korrekturmechanismen erforderlich machen. Der Graph „Erlös DRG“ bezieht sich immer auf die Erlössituation unter reinen DRG-Bedingungen (sozusagen vor Einführung des Pflegebudgets) und ermöglicht so den direkten Vergleich zwischen den verschiedenen Szenarien der

Vorhaltevergütung und einer klassischen DRG-Situation. Vom Pflegebudget wird aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit abstrahiert.

### 5.1 Struktur im Status quo und bei „idealtypischer“ Vorhaltevergütung

Abbildung 4 zeigt zunächst die Anreizsituation im DRG-Setting. Die Kostenfunktion setzt sich stets aus fixen und variablen Kosten zusammen. Die als linear angenommene Kostenfunktion schneidet die Y-Achse entsprechend bei einem positiven Wert. Da im Beispiel Erlöse nur über eine fallbezogene DRG-Vergütung erfolgen, schneidet die Erlösfunktion die Y-Achse bei null. Krankenhaus B erzielt ein positives Ergebnis (Gewinn), da bei der von ihm erreichten Fallzahl die Erlöse die Kosten übersteigen. Durch eine Erhöhung der Fallzahl kann es seinen Gewinn weiter vergrößern.<sup>2</sup> Es besteht der bereits diskutierte starke Anreiz zur Mengenausweitung. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser mit grundsätzlich gleicher Kostenstruktur aber zu geringer Fallzahl (Krankenhaus A) defizitär sind, insbesondere da sie ihre Fixkosten über die geringe Fallzahl nicht refinanziert bekommen. Bei der von Krankenhaus A erreichbaren Fallzahl bleiben die Erlöse hinter den Kosten zurück.



*Hinweis: Das jeweils relevante wirtschaftliche Ergebnis ergibt sich aus dem Schnittpunkt der Fallzahl mit der jeweiligen Geraden. Exemplarisch wird dies in der vorliegenden Abbildung für Krankenhaus A dargestellt. Dieses realisierte bei der gegebenen Fallmenge Kosten in Höhe von \*), Erlöse in Höhe von \*\*) und einen (negativen) Gewinn (=Verlust) in Höhe von \*\*\*).*

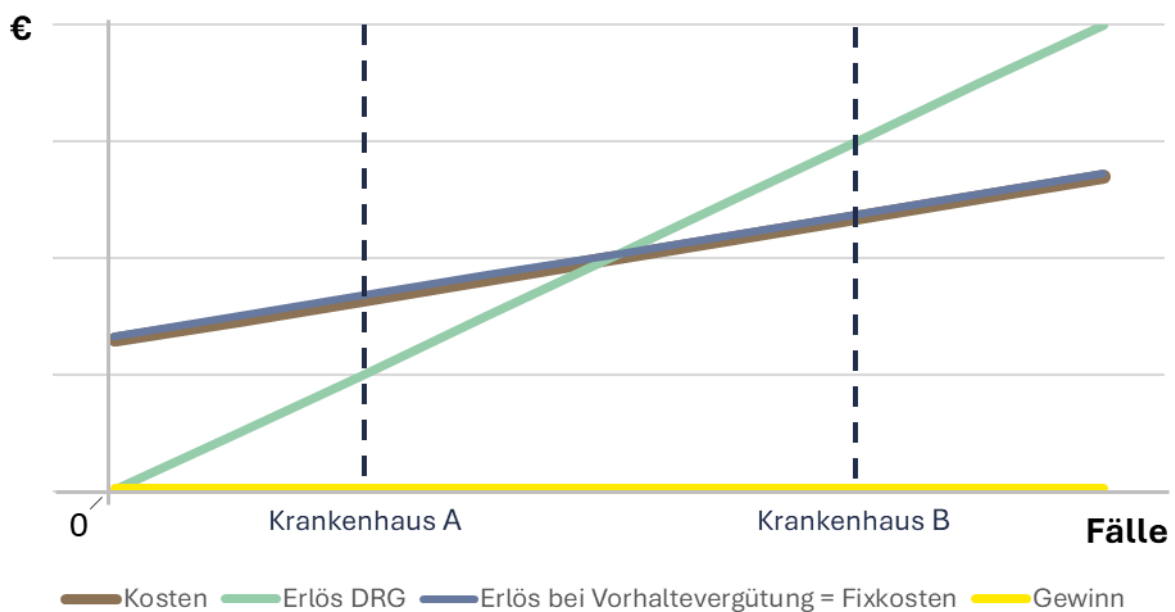
#### Abbildung 4: Kosten- und Erlössituation im DRG-Setting

Folgt man nun dem eigentlichen Wortsinne einer Vorhaltevergütung, dann adressiert diese die Kosten der Bereitstellung eines Leistungsangebots unabhängig von seiner Inanspruchnahme. Im Regelfall betrifft dies entsprechend die Fixkosten. Folgt man diesem Ansatz beim Wechsel von einer reinen DRG-Vergütung (DRG) hin zu einer Kombination aus (zumindest kurzfristig fixer) Vorhaltepauschale und Rest-DRG, verändert sich die Erlösfunktion wie in Abbildung 5 dargestellt.

<sup>2</sup> In dieser und den fortfolgenden Abbildungen sind die üblichen sprungfixen Kosten – z.B. weil für die Behandlung weiterer Patienten zusätzliches Personal angestellt werden muss oder neue Geräte benötigt werden – nicht dargestellt. Ein hoher diesbezüglicher Kostenanstieg könnte dazu führen, dass die Leistungserbringung nicht weiter ausgedehnt wird.

Die – unabhängig von der konkreten Fallzahl ausgezahlte – Vorhaltevergütung erreicht hier das Niveau der Fixkosten. Die Erlösfunktion startet folglich – im Gegensatz zu der Erlösfunktion unter DRG-Bedingungen – deutlich über Null auf Höhe der Fixkosten. Die variablen, d.h. fallbezogenen Vergütungselemente (Rest-DRG) sind geringer, was zu einem flacheren Verlauf der Erlösfunktion führt, und reflektieren exakt die variablen Kosten. Als Folge des identischen Verlaufs von Kosten- und Erlösfunktion ist der Anreiz zur Mengenausdehnung neutralisiert. Der Gewinn bzw. Verlust geht für beide Krankenhäuser trotz unterschiedlicher Fallzahlen gegen null.

In dieser wie in den folgenden Abbildungen ist die Gerade „Erlös DRG“ lediglich als Referenz weiter abgebildet. Diese stellt die Vergütung im klassischen DRG-Setting dar.



**Abbildung 5: Maximale Vorhaltevergütung**

Eine derartige Umsetzung der Vorhaltevergütung würde beispielsweise Angeboten entsprechen, die vom Vorhaltecharakter dominiert werden, wie der Feuerwehr oder dem Winterdienst. Auf den Krankensektor wären derartige Konzepte, die sich dem Selbstkostendeckungsprinzip annähern, nicht ohne gravierende Fehlanreize übertragbar und würden sich mittelfristig auch negativ auf die Versorgung der Patienten auswirken. Kostendeckung führt in der Regel zu Ineffizienzen und fördert unwirtschaftliches Verhalten, da der Druck wirtschaftlich zu handeln geringer ist oder sogar komplett entfällt. Damit wird auch der Wettbewerb geschwächt, da es faktisch keine Konkurrenz um Patienten mehr gibt, wenn zusätzliche Fälle die wirtschaftliche Situation nicht verbessern. Zudem ist – anders als bei exogenen Faktoren wie Bränden oder Wetterereignissen – die Leistungsmenge im Gesundheitswesen beeinflussbar.

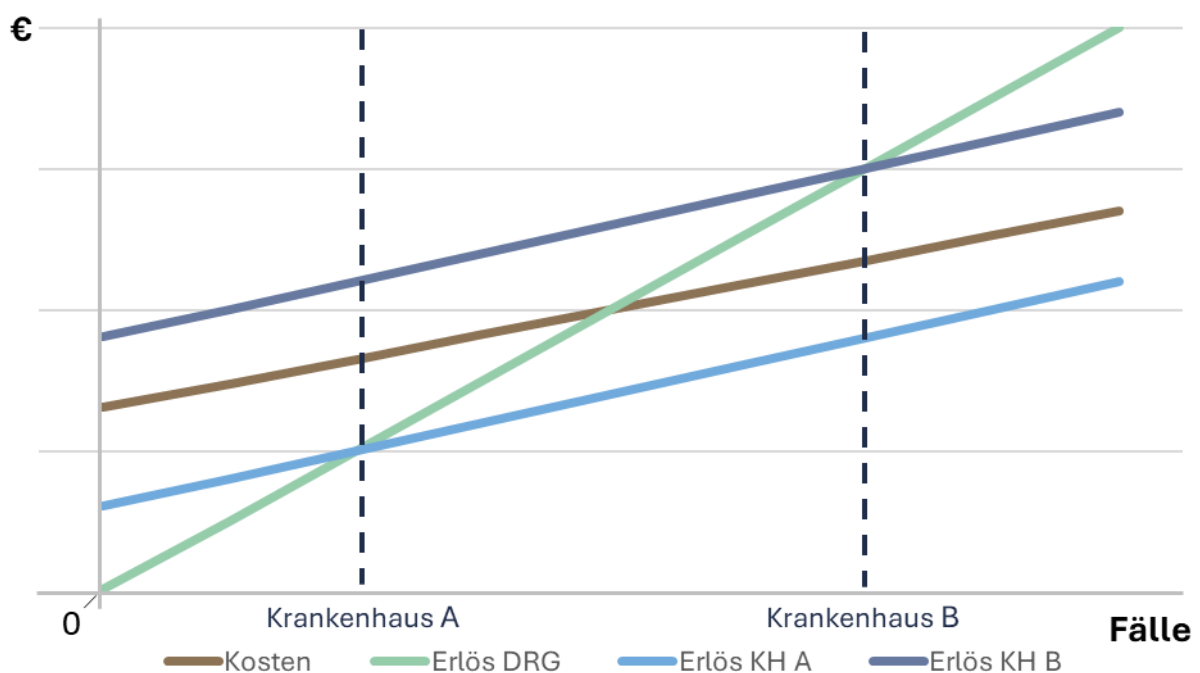
Auch die Erzielung von Gewinnen muss schon rein aus betriebswirtschaftlichen Gründen im Krankensektor unabhängig von der Trägerart möglich sein, aber auch wenn nicht beispielsweise ein massiver Abfluss privaten Kapitals in Kauf genommen werden soll (Augurzky 2020).

Aus diesen und vielen weiteren Gründen kommen selbstkostendeckende Varianten der Vergütung für den Krankensektor nicht in Frage. Entsprechend wäre zu erwarten, dass eine Lösung, welche die positiven wie negativen Anreize der beiden beschriebenen Extreme austariert, sich zwischen den beiden Varianten DRG und „maximaler Vorhaltevergütung“ bewegt.

## 5.2 Umsetzung der Vorhaltevergütung laut Eckpunktepapier

Basierend auf den aus dem Eckpunktepapier zu entnehmenden Daten ergibt sich folgende Umsetzung der Vorhaltevergütung. Konkret soll die Bemessung der Vorhaltevergütung an Fallzahlen und Fallschwere, also dem Casemix-Index, ansetzen: „Jedes Krankenhaus wird in jeder ihm durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppe nach seiner bisherigen Fallzahl und Fallschwere eingestuft.“ (S. 5) Für die Übergangsphase soll je Leistungsgruppe ein pauschaler Abzug in Höhe von 60 % erfolgen. Die Vorhaltevergütung in Höhe von 60 % ist inklusive des Pflegebudgets zu verstehen. Zur Reduktion der Komplexität wird dieses im Weiteren nicht differenziert dargestellt.

Später erfolgt – um die unterschiedlichen Kostenstrukturen einzelner Eingriffe und Behandlungen adäquat abbilden zu können – eine an den realen Vorhaltekosten orientierte und nach DRG differenzierte Kalkulation. Die Bemessungsgrundlage für das zuzuteilende Volumen bleibt nach aktuellem Kenntnisstand jedoch weiterhin der Casemix. Im Konzept der Regierungskommission angesprochene alternative Größen (z.B. mit Bezug zur Bevölkerung etc.) sind im Eckpunktepapier nicht genannt. Wie zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, wird weiter angenommen, dass sich die beiden Krankenhäuser A und B lediglich in der Anzahl der erbrachten Fälle unterscheiden und somit den gleichen CMI aufweisen.



Hinweis: „Erlös KH A“ bzw. „Erlös KH B“ setzen sich hier und im Weiteren jeweils aus der krankenhausspezifischen Vorhaltevergütung sowie der rDRG zusammen. Die Gerade „Erlös DRG“ repräsentiert das in Abbildung 4 dargestellte Ergebnis im DRG-Setting und wird lediglich als Referenz abgebildet.

### Abbildung 6: Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)

Hinweis: „Erlös KH A“ bzw. „Erlös KH B“ setzen sich hier und im Weiteren jeweils aus der krankenhausspezifischen Vorhaltevergütung sowie der rDRG zusammen. Die Gerade „Erlös DRG“ repräsentiert das in Abbildung 4 dargestellte Ergebnis im DRG-Setting und wird lediglich als Referenz abgebildet.

Abbildung 6 zeigt die sich daraus ergebenden Implikationen für die Erlösfunktion. Jedes Krankenhaus hat in Abhängigkeit von seiner Fallzahl nun eine eigene Erlösfunktion. Die Bemessungsgrundlage bildet die jeweilige Fallzahl multipliziert mit dem Casemix-Index und dem

Landesbasisfallwert. Im gewählten Beispiel ist die Erlösfunktion unter DRG-Bedingungen für beide Krankenhäuser gleich (Erlös DRG), da sie denselben Casemix-Index aufweisen. Von der Bemessungsgrundlage, die hier dem DRG-Erlös entspricht, werden 60% der Vorhaltevergütung zugeordnet. Dies impliziert, dass das Krankenhaus A mit der niedrigeren Fallzahl auch eine niedrigere Vorhaltevergütung erhält, obwohl es mit einer identischen Kostenstruktur wie das Krankenhaus B mit deutlich höheren realen Kosten der Vorhaltung konfrontiert ist. Die je Krankenhaus unterschiedlich hohe Vorhaltevergütung in diesem Szenario bedingt die nun abweichenden Erlösfunktionen für Krankenhäuser A und B. Als Gemeinsamkeit der Erlösfunktionen bleibt lediglich die Steigung, da die Rest-DRG für beide Häuser identisch ist. Der Erlös KH A bzw. KH B setzt sich zusammen aus der jeweils spezifischen Vorhaltevergütung und der einheitlichen rDRG. Weiterhin kann das Krankenhaus mit weniger Fällen, hier A, keinen positiven Deckungsbeitrag erzielen, da die Kosten im für das Krankenhaus erreichbaren Fallzahlbereich kontinuierlich über den Erlösen liegen. Abbildung 7 illustriert die Gewinnfunktionen. Der Verlust für Krankenhaus A fällt bei konstanten Fallzahlen identisch zum Verlust unter DRG-Bedingungen aus.<sup>3</sup> Lediglich bei einer Abweichung nach unten bis maximal zur unteren Grenze des 20%-Korridors kann sich das Krankenhaus wirtschaftlich gegenüber dem DRG-Szenario besserstellen, da hier die Erlösfunktion im Szenario unter Vorhaltevergütung über der Erlösfunktion des DRG-Szenarios liegt (siehe Abbildung 6). Die Lücke zwischen Erlös- und Kostenfunktion ist bei rückläufiger Fallzahl also kleiner. Erbringt das kleinere Krankenhaus mehr Fälle, stellt es sich – zumindest bis zu einer möglichen Anpassung nach Überschreiten der oberen Grenze des 20%-Korridors – schlechter als unter DRG-Bedingungen. Im gewählten Beispiel liegt die kalkulierte Vorhaltevergütung für Krankenhäuser mit Leistungsmengen größer als der Menge, bei der der Break Even erreicht wird, sogar über den realen Fixkosten. Die Steigung der Erlösfunktionen sind nur minimal höher als die Steigung der Kostenfunktion, was zu den nur leicht über null liegenden Steigungen der Gewinnfunktionen führt. Bleibt die Fallzahl unverändert, wird das identische Ergebnis wie unter DRG-Bedingungen erreicht. Die Einführung der Vorhaltevergütung ändert an der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser zunächst nichts.

### ***Hinweis auf Umsetzungsrisiken***

Nach dem im Eckpunktepapier skizzierten Vorschlag, die **Vorhaltevergütung mengenabhängig** zu bestimmen, werden **kleinere Krankenhäuser** bei gleicher Kostenstruktur weiterhin **benachteiligt**.

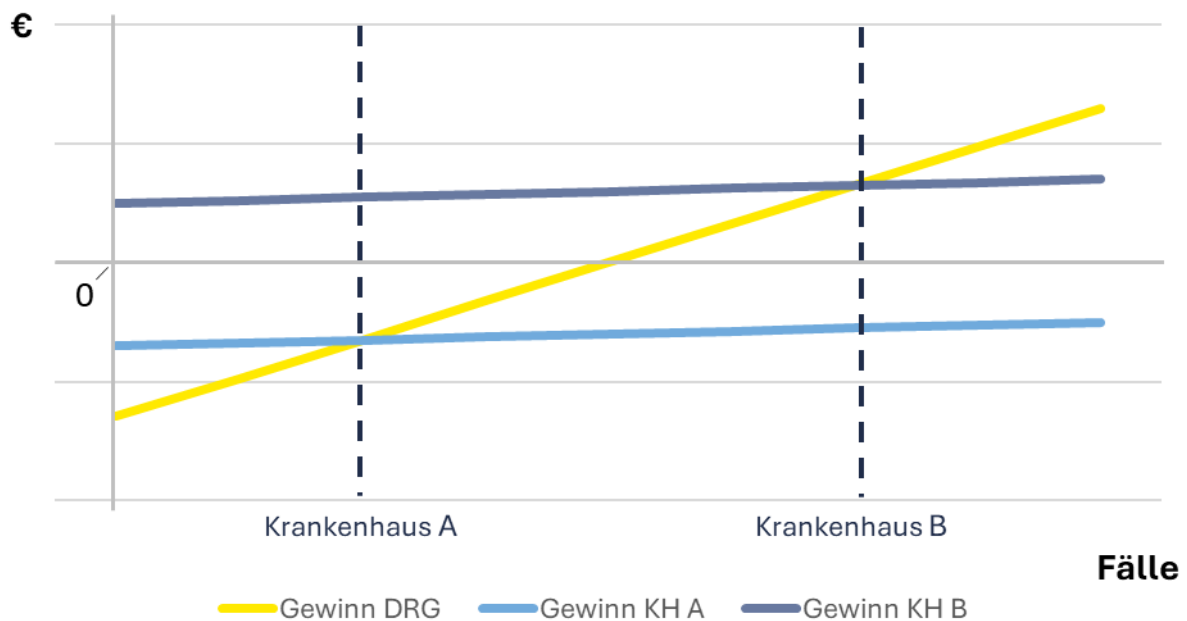
Inbesondere für unterdurchschnittlich große Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen könnte dies gravierende Folgen mit negativen Konsequenzen für die **Daseinsvorsorge** haben.

Auch wenn, wie in Kapitel 4.2 dargelegt, eine Abfinanzierung der Vorhaltevergütung über einzelne Abrechnungsfälle erfolgt, sind für das Verhalten der Akteure die hier skizzierte Kosten- und Erlösfunktionen ausschlaggebend. Die Vorhaltevergütung stellt eine Garantiesumme dar, losgelöst davon, wie die Auszahlung erfolgt.

---

<sup>3</sup> Auch hier wird die Gerade „Gewinn DRG“ lediglich als Referenz abgebildet. Diese stellt den Gewinn im klassischen DRG-Setting dar.

An den leicht steigenden Gewinnfunktionen lässt sich ablesen, dass im gewählten Beispiel die variablen Kosten leicht unter den variablen Erlösen der Rest-DRG liegen, mithin die Vorhaltevergütung leicht unter dem Niveau der realen Fixkosten.



**Abbildung 7: Gewinnsituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)**

Es gilt zu betonen, dass es sich hier um eine schematische Darstellung handelt. Je DRG oder Leistungsgruppe kann es zu deutlich abweichenden Funktionsverläufen kommen. Auch werden Zusatzentgelte etc. nicht berücksichtigt. Ferner sind die Kostenstrukturen für Krankenhäuser häufig strukturell bedingt unterschiedlich. So kann es sein, dass ein kleines Krankenhaus in peripherer Lage weit überdurchschnittliche Gehälter zahlen muss, um ceteris paribus das als weniger attraktiv wahrgenommene Arbeitsumfeld zu kompensieren. Bei Betrachtung der Anreizsituation ist ferner anzunehmen, dass sich empirisch Unterschiede in der durchschnittlichen Leistungsbereitschaft feststellen lassen. Neben nicht beeinflussbaren Faktoren, die die Kostenfunktion erheblich beeinflussen, gibt es weitere Faktoren, die im Einflussbereich eines Krankenhauses liegen und entsprechend auch von diesem wirtschaftlich zu verantworten sind.

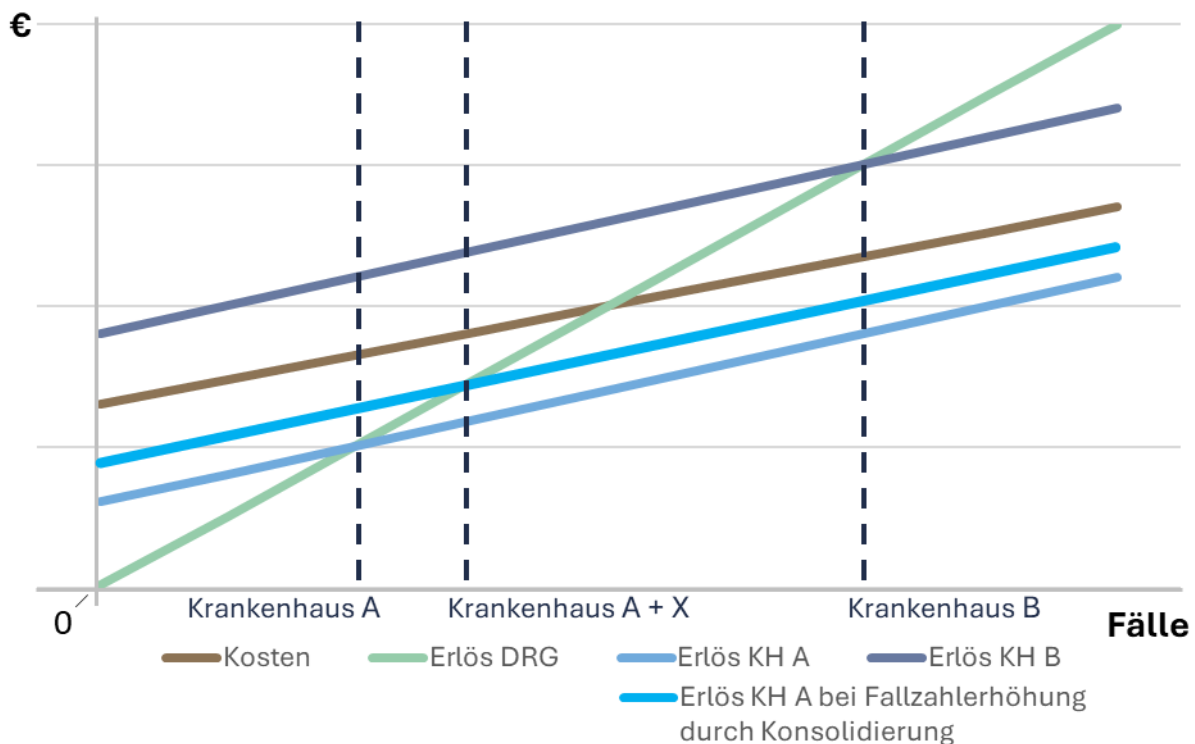
Für defizitäre Krankenhäuser wie Krankenhaus A, die aufgrund ihrer strukturellen Gegebenheiten kaum wirtschaftlich handeln können, aber bedarfsnotwendig sind, gibt es spezielle Zuschläge, um die Daseinsvorsorge zu sichern. Laut dem Eckpunktepapier sollen die Sicherheitszuschläge zunächst weitergeführt werden, bevor sie langfristig in die Vorhaltevergütung integriert werden. Der Sicherstellungszuschlag, wie er im Status quo gestaltet ist, hilft jedoch nur bedingt aus, da die Kriterien hierfür hart sind. Den Sicherstellungszuschlag gibt es für bis zu drei Bereiche (siehe hierzu auch im Weiteren GBA 2023): Innere Medizin und Chirurgie, Geburtshilfe und / oder Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin. Um den Sicherstellungszuschlag zu erhalten, muss ein Krankenhaus pro defizitären Bereich zwei Kriterien erfüllen. Zum einen muss die flächendeckende Versorgung in Gefahr sein. Dies ist der Fall, wenn durch die Schließung des Krankenhausstandortes eine bestimmte Anzahl an Menschen eine bestimmte Fahrstrecke mit dem PKW mehr zurücklegen müsste. Im Falle der Inneren Medizin und Chirurgie sind dies beispielsweise zusätzliche 5.000 Einwohner, die im Falle einer Schließung 30 Minuten mehr mit dem Auto zum nächstgelegenen Krankenhaus benötigen würden. Zusätzlich muss ein strukturell bedingter geringer



Versorgungsbedarf vorliegen, d.h. die Einwohnerdichte darf beispielsweise 100 Einwohner pro Quadratkilometer nicht übersteigen. Im Umkehrschluss bedeutet die Notwendigkeit beide Kriterien zu erfüllen, dass Krankenhäuser, die in einem Gebiet mit einer Einwohnerdichte über 100 Einwohner pro Quadratmeter die alleinige Versorgung der dortigen Bevölkerung übernehmen, keinen Anspruch auf Sicherstellung haben, auch wenn eine Schließung die Daseinsvorsorge gefährden würde.

### **5.3 Effekte durch die Konsolidierung von Leistungsgruppen oder Standorten**

Es zeigt sich, dass ohne strukturelle Veränderungen zwar der Anreiz zur Mengenausdehnung reduziert wird, die wirtschaftlichen Probleme kleiner Häuser jedoch nicht gelöst werden. Erst durch Umverteilung von Leistungsgruppen könnte sich ein anderer Effekt einstellen. In Abbildung 8 profitiert Krankenhaus A erheblich davon, dass es von anderen Krankenhäusern, die Leistungsgruppen abgeben, Fälle erhält. Dies wirkt sich direkt auf die dadurch übertragene Vorhaltevergütung aus. Im skizzierten Beispiel vollziehen zudem auch alle Patienten diese neue „Zuordnung“ nach. In der Praxis wäre vermutlich mit Fallzahlverlusten zu rechnen, da manche Patienten andere Krankenhäuser wählen. Je nach Größe der Effekte müssten hierfür Korrekturmechanismen vorgesehen werden. Bemerkenswert ist, dass der wirtschaftliche Effekt identisch mit einer entsprechend veränderten Fallzahl unter DRG-Bedingungen wäre. D.h. auch unter DRG-Bedingungen würde ein Umsteuern der Patienten (bei Aufgabe eines Leistungsbereichs in einem anderen benachbarten Krankenhaus oder Schließung eines Standortes) zum selben wirtschaftlichen Ergebnis führen. Mithin wäre der Anreiz zur Konsolidierung von Leistungsstrukturen nicht größer als unter DRG-Bedingungen. Abbildung 8 stellt das Ergebnis von Konsolidierungseffekten schematisch dar. Im Grunde entspricht diese Abbildung der Abbildung 6 mit dem Unterschied, dass Krankenhaus A künstlich vergrößert wird, da es Fallzahlen eines anderen Hauses übernimmt. Bedingt durch die dann höhere Vorhaltevergütung verschiebt sich so auch die Erlösfunktion leicht nach oben.

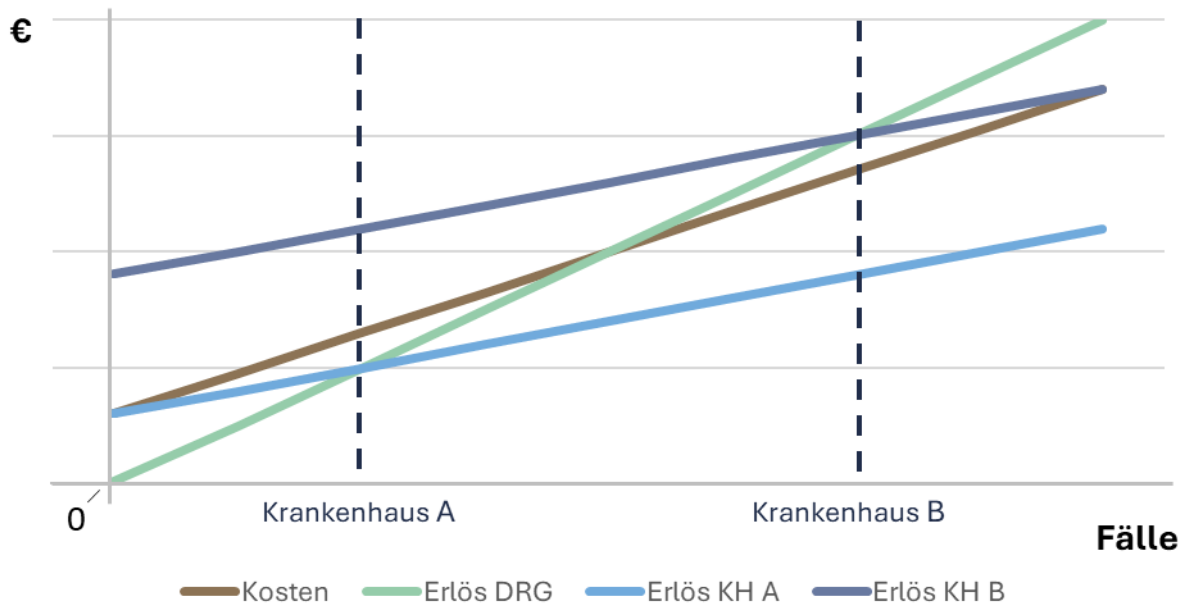


**Abbildung 8: Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier bei Konsolidierungseffekten**

#### 5.4 Risiken einer zu hohen Vorhaltevergütung

Während in den vorangehenden Abbildungen unterstellt wurde, dass die Vorhaltevergütung unter dem Niveau der realen Fixkosten liegt, ist bei einem Wert von 60% das Risiko sehr hoch, dass Konstellationen eintreten, in denen die Fixkosten unter dem Niveau der Vorhaltevergütung liegen. Dies umso mehr, als der Grundsatz zu berücksichtigen ist, dass langfristig alle Kosten variabel sind, mithin Anbieter auch Möglichkeiten haben, die Fixkosten anzupassen.

Abbildung 9 zeigt nun, welche Effekte eine Konstellation nach sich zieht, in der Fixkosten unter dem Niveau der Vorhaltevergütung liegen. Je höher der variable Anteil des Erlöses, desto flacher wird die Erlösfunktion, da der variable Anteil simultan sinkt. Der Verlauf der Erlösfunktionen ist bei einer zu hoch angesetzten Vorhaltevergütung also flacher als der Verlauf der Kostenfunktion, da die Rest-DRG unter dem Niveau der variablen Kosten liegt.

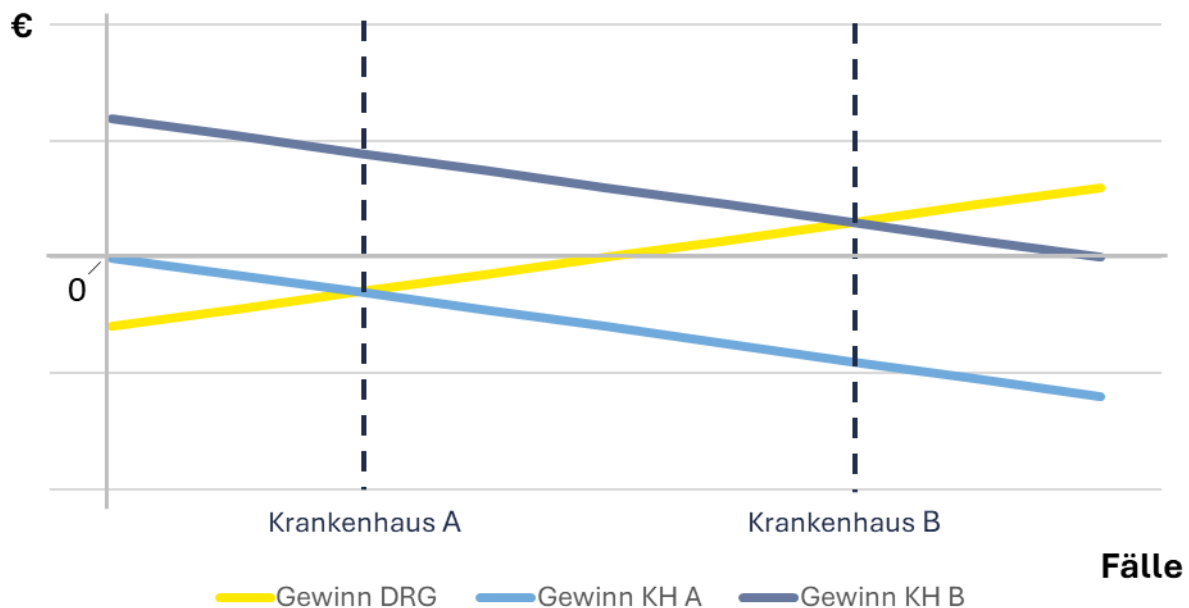


**Abbildung 9: Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier, wenn Vorhaltevergütung > Fixkosten (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)**

Der Deckungsbeitrag einer jeden weiteren Behandlung ist somit negativ, der Gewinn reduziert sich bzw. der Verlust wächst mit jedem weiteren Fall, wie aus Abbildung 10 hervorgeht. Es besteht ein starker Anreiz die Fallmenge zu reduzieren, das Krankenhaus stellt sich wirtschaftlich schlechter, wenn es Leistungen erbringt. Für Krankenhaus B bedeutet jeder weitere Fall einen geringeren Gewinn, für Krankenhaus A bedeutet jeder weitere Fall einen höheren Verlust. Dies wird durch die fallenden Gewinnfunktionen in Abbildung 10 deutlich.

#### ***Hinweis auf Umsetzungsrisiken***

Wird die Vorhaltevergütung zu hoch, d.h. über das Niveau der Fixkosten hinaus, bemessen, besteht ein starker **Anreiz das Leistungsangebot zu reduzieren**. In Anbetracht der absehbaren Ressourcenengpässe erhöht dies das Risiko für Unterversorgung und Wartelisten.



**Abbildung 10: Gewinnsituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier, Vorhaltevergütung > Fixkosten (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)**

Natürlich findet dies seine Grenzen im 20%-Korridor, bei dessen Überschreiten nach 2-3 Jahren eine Anpassung erfolgt. Jedoch hätten auch Angebotsreduktionen im Bereich bis 20% erhebliche Auswirkungen und es ergeben sich Anreize in verschiedensten Marktaustrittskonstellationen, die letzte Erlösperiode wirtschaftlich optimal zu nutzen. Um derartiges Verhalten zu verhindern, wären weitere umfassende Kontroll- und Ausgleichsmechanismen erforderlich.

## 6 Ökonomie und Wettbewerb

Die Herausforderungen, mit denen sich das Gesundheitswesen insgesamt, besonders aber auch der Krankenhaussektor, konfrontiert sehen, ergeben sich aus dem Problem der Knappheit. Knappheit an Fachkräften und Knappheit an finanziellen Ressourcen dominieren die Diskussion. Dabei sitzen alle Akteure – Leistungserbringer wie Kostenträger, Patienten wie Beitragszahler – im selben Boot – eine Änderung an einer Stellschraube wirkt sich zwangsläufig auch auf alle anderen aus. Mithin sind das Gesundheitswesen und der Krankenhaussektor das Paradebeispiel für eine Ökonomie. Eine Ökonomie ist gemäß ihrer Definition nämlich nichts anderes als eine Gruppe an Akteuren, die inhaltlich miteinander verbunden sind, gemeinsam auf Ressourcen zuzugreifen, miteinander interagieren und sich mit dem Problem der Knappheit konfrontiert sehen (Homann und Suchanek 2005).

Der vielfach und auch im Eckpunktepapier zitierte Begriff der „Entökonomisierung“ führt deshalb in die Irre – die Knappheit der Ressourcen ist ein unauflöslicher Fakt. Vielmehr benötigt die Ökonomie Gesundheitswesen mehr Ökonomie, die sich damit auseinandersetzt, wie diesem Phänomen der Knappheit optimal begegnet werden kann und wie die Anreizbedingungen so gestaltet werden, dass sie den gesellschaftlichen Zielen entsprechen. Dies impliziert beispielsweise, dass Gewinne nicht durch Handlungen maximiert werden können, die diesen gesellschaftlichen Zielen widersprechen, z.B. indem zu schlechte Qualität angeboten, zu hohe Preise gefordert oder notwendige Leistungen vorenthalten werden.

Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, dass Patienten und ihre sie bei der Krankenhauswahl unterstützenden Ärzten auch eine Alternativoption haben. Wenn ein Anbieter kein angemessenes Angebot vorhält, müssen sie in der Lage sein, ausweichen zu können. Sonst wird dieser Anbieter für sein schlechtes Angebot nicht sanktioniert. Die Option zu wählen und unzulängliche Angebote zu sanktionieren, ist essentieller Bestandteil des Wettbewerbs. Zahlreiche Studien dokumentieren, dass ein Fehlen von Wettbewerb, ein Fehlen von Ausweichoptionen ceteris paribus zu schlechteren Angeboten zu Lasten der Kunden – im Gesundheitswesen zu Lasten der Patienten - führt (Monopolkommission 2022; Bundeskartellamt 2021).

Dies bedeutet nun nicht, dass es in jeder Ortschaft einen Maximalversorger geben sollte. Es gibt Evidenz, dass zu kleinteilige Strukturen ebenfalls negative Auswirkungen auf die Qualität haben, was beispielsweise zur Entwicklung von Mindestmengenvorgaben geführt hat, wobei die Evidenz regelmäßig auf einzelne eng abgegrenzte Indikationsbereiche fokussiert (Nimptsch et al. 2017). Insofern gilt es abzuwägen zwischen Zentralisierung und Wettbewerb. Gerade in dünn besiedelten Regionen, in denen die Distanz zum nächstgelegenen alternativen Krankenhaus sehr weit ist, gilt es zu prüfen, wie der fehlende Wettbewerbsdruck durch Alternativen kompensiert werden kann. Hier könnten Vergütungskomponenten, die an der Ergebnisqualität ansetzen, ein sinnvolles Instrument darstellen (Benstetter et al. 2020). Eine Reduktion von Krankenhausstandorten auf das absolute Minimum erscheint jedoch nicht sinnvoll, selbst wenn die aktuelle Versorgungsdichte als zu hoch eingeschätzt wird (Augurzky und Jendges 2019).

Wettbewerb benötigt somit die notwendigen Strukturen – also Wahlmöglichkeiten – wo immer dies sinnvoll ist. Ferner benötigt er Spielregeln – im Gesundheitswesen noch viel mehr als in anderen Branchen –, die den Schutz der Patienten und Versicherten sicherstellen. Hierzu gehören neben harten Regeln auch die entsprechenden Anreize. Die Notwendigkeit, sich um Patienten bemühen zu müssen, stellt einen derartigen Anreiz dar. Wird das Vergütungssystem nun so ausgestaltet, dass man sich durch die Behandlung eines weiteren Patienten nicht besser bzw. im schlimmsten Fall sogar schlechter stellt (siehe Kapitel 5.4), fehlt es den Patienten an der Option durch die Wahl eines anderen Anbieters schlechte Qualität zu sanktionieren. Überspitzt formuliert könnte es sich ein Krankenhaus durch eine schlechte Leistung erlauben, bis zu 20 % seiner Patienten zu verlieren, ohne nennenswerte wirtschaftliche Einbußen hinnehmen zu müssen. Da häufig nur ein Teil der Patientenpopulation mobil ist, der aber ausreichen kann, wirksame Anreize für ein Krankenhausausscheiden zu setzen, wirkt ein solcher „Schutzschirm“ noch viel stärker.

Dabei soll gar nicht unterstellt werden, dass ein Krankenhaus sich aktiv entscheidet, weniger gute Leistungen zu erbringen. In der ökonomischen Literatur wird der Effekt vielmehr als X-Ineffizienz bezeichnet. Diese stellen sich über die Zeit schon allein deshalb ein, weil keine direkte Rückmeldung auf kleinere und größere Fehler oder geringere Anstrengungen erfolgt. Wettbewerb wirkt derartigen Problemen entgegen und fördert ferner die Integration innovativer Methoden und Prozesse (Kerber 2019). Entsprechend wichtig ist es, dass bei der Konstruktion einer neuen Vergütungsform diese Aspekte nicht völlig ausgeblendet werden.

Gerade auch die Innovationsfunktion wird in den nächsten Jahren, die von akutem Fachkräftemangel und regional sehr heterogenen Problemlagen gekennzeichnet sein werden, von hoher Bedeutung sein. Die Akteure benötigen Freiheitsgrade, um auf spezifische Konstellationen, Risiken und Chancen reagieren zu können. Zu enge Strukturvorgaben können hier problematisch wirken, zumal wenn sie von idealisierten Bedingungen ausgehen. Hier gilt es eine sinnvolle Selbstbeschränkung vorzunehmen und Mindeststandards tatsächlich als diese zu begreifen. Im

Idealfall sollte der Blick stärker auf die Qualität der Ergebnisse gerichtet werden. Dies lässt die strukturellen und prozessualen Wege, wie dieses Ziel erreicht wird, offen, und gibt den Entscheidern vor Ort größere Gestaltungsspielräume. Es gilt einen starken Regelrahmen zum Schutz der Patienten zu etablieren, der sich aber auch auf das notwendige Maß beschränkt.

So ist zu hinterfragen, ob zur weiteren Stärkung der Anreize zur Konzentration von Leistungen tatsächlich die Verknüpfung mit der recht komplexen Vorhaltevergütung notwendig ist. Es führt bereits die Einführung von Leistungsgruppen, die eine Erbringung von Leistungen außerhalb selbiger wirtschaftlich unattraktiv machen, zu einem starken Anreiz zur Fokussierung (Monopolkommission 2023). Hierfür reicht aber auch eine einfachere „Sanktion“. Ferner erscheint es noch nicht ausgeschlossen, dass auch freiwillige Tauschgeschäfte wie in NRW zu einer Konsolidierung der Versorgungsstruktur beitragen.

## 7 Fazit

Ziel dieses Policy Papers ist es, die Ordnungs- und Zielkonformität der aktuellen Krankenhausreformvorschläge zu diskutieren. Der Fokus liegt hierbei auf dem Aspekt der Vorhaltevergütung. Fazit dieser kritischen Betrachtung ist, dass eine Reform notwendig und die Einführung einer Vorhaltevergütung im Grunde nachvollziehbar ist. Die im Eckpunktepapier skizzierte Umsetzung zeigt jedoch noch Defizite in der Ausgestaltung auf, die insbesondere das Funktionsprinzip der Vorhaltevergütung betreffen. Viele Fragen mit Bezug auf die Kostenträger bleiben offen. Die vorangehenden Analysen zeigen, dass die im Vergleich zum Status quo erzielbaren Veränderungen trotz der absehbar hohen Komplexität des Systems möglicherweise eher gering sind.

Erreicht wird sicherlich das Ziel den Anreiz zur Mengenausdehnung zu reduzieren. Dies jedoch in der Breite und nicht nur bezogen auf Indikationsbereiche oder Regionen, die im Verdacht einer Überversorgung stehen. Durch die Zielstellung, den Vorhalteanteil „perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhalteanteile der jeweiligen Fallpauschalen“ zu bestimmen, dürfte dieser nahezu auf dem Niveau der Fixkosten liegen und bei korrekter Kalkulation jeglichen Mengenanreiz neutralisieren. In der Übergangszeit mit einem fixen Abschlag von 60 % besteht sogar das konkrete und realistische Risiko, dass die Vorhaltevergütung über den realen Fixkosten liegt und damit Anreize zur Reduktion des Leistungsangebots gesetzt werden. Wie ausgeführt kann durch einen Fallzahlrückgang der Anteil der Vorhaltevergütung sogar noch weiter steigen, mithin der variable Erlös deutlich unter die variablen Kosten absinken.

Dies erscheint umso bedenklicher als in den nächsten Jahren Ressourcenknappheit, insbesondere ein massiver Mangel an Fachkräften, die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots in vielen Regionen in Frage stellt. Hier bräuchte es vielmehr gegenteilige Anreize, die Leistungsträger der Versorgung in diesen Regionen belohnen, wenn diese mit maximaler Effizienz ihren Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten.

Es erscheint zum jetzigen Zeitpunkt völlig offen, ob das Ziel, verstärkte Anreize zur Konsolidierung von Leistungsgruppen oder Standorten zu setzen, erreicht werden kann. Die hierfür entscheidende Umsetzung des möglichen Transfers von Leistungsgruppen – sei es freiwillig oder durch den Krankenhausplaner – ist noch völlig offen. Betrachtet man rein die Gewinnfunktionen erscheint es zumindest nicht zwingend, dass die Anreize zur Konsolidierung stärker sind als im Status quo. Auch heute belohnt das DRG-System bereits Spezialisierung und Konsolidierung. Die

Verlagerung von Leistungsgruppen und Standortschließungen scheitern regelmäßig nicht an der Geschäftsführung, sondern am (öffentlichen) Träger, der sich politischem Druck ausgesetzt sieht.

In keiner Weise bedient wird durch die sogenannte Vorhaltevergütung das Ziel, die strukturellen wirtschaftlichen Probleme von Krankenhäusern mit weniger Fallzahlen zu reduzieren. Sie stellen sich im skizzierten System nicht besser als unter DRG-Bedingungen. Folglich ist es zwingend, dass die entsprechenden Instrumente (Sicherstellungszuschläge) fortgeführt werden. Zugleich darf nicht vergessen werden, dass diese in ihrer aktuellen Form häufig nicht ausreichend sind.

Die Komplexität des vorgeschlagenen Systems ist hoch und bietet auch dadurch viele Einfallstore für individuelle ökonomische Optimierung losgelöst von regionalen Bedarfen. Auch gilt, dass langfristig alle Kosten variabel sind. Das Risiko einer Interventionsspirale zeichnet sich ab. Der administrative Aufwand beim mit der fortlaufenden Pflege des DRG-Systems betrauten InEK wäre erheblich.

Ob die Vorhaltevergütung auf Seiten der Kostenträger unerwünschte Umverteilungseffekte nach sich zieht, hängt letztendlich von der konkreten Ausgestaltung ab, die ebenso wie die zugehörigen Zahlungswege noch nicht näher beschrieben wurde. Bisher wurden weder PKV noch Beihilfe, noch Selbstzahler oder sonstige Kostenträger explizit „mitbedacht“. Diese Lücke ist dringend zu schließen. Da es sich um erhebliche Anteile am gesamten Leistungsumfang der Kostenträger handelt, hätten Fehlanreize massive Auswirkungen, die es zu vermeiden gilt.

Hinsichtlich der Ordnungskonformität ist kritisch zu bemerken, dass der „solidarische“ Aspekt im Sinne der Versorgungssicherung auch in strukturschwachen Gebieten, der gerade in der Sicherung bedarfsnotwendiger Einrichtungen zum Tragen kommt, nicht hinreichend adressiert wird. Der Wettbewerbsaspekt steht akut in Frage, wenn Leistungserbringer keinen Anreiz mehr haben, um Patienten zu konkurrieren. Diese Gefahr ist in der aktuellen Ausgestaltung der Vorhaltevergütung konkret gegeben. Dies wirkt sich negativ auf Qualitätsanreize aus, die insbesondere in dynamischer Sicht von Bedeutung sind. Strukturvorgaben können nur die Ausgangsausstattung sicherstellen – wie damit umgegangen wird und wie sie ausgefüllt werden, gerade auch längerfristig – kann über derartige Maßnahmen nicht adäquat sichergestellt werden.

Schlussendlich zeichnet sich das im Eckpunktepapier skizzierte System der Vorhaltevergütung durch ein hohes Maß an Komplexität aus, während zugleich die Ziele nur eingeschränkt erreicht werden. Bei den weiteren Entwicklungsschritten des Konzepts muss darauf hingearbeitet werden, dass die beschriebenen Risiken ausgeräumt und ein größerer Teil des angestrebten Nutzens der Krankenhausreform tatsächlich realisiert werden können.

## Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 185–204.

Augurzky, Boris; Hollenbach, Johannes; Krolop, Sebastian; Monsees, Daniel; Pilny, Adam; Schmidt, Christoph M.; Wuckel, Christiane (Hg.) (2023): Krankenhaus Rating Report 2023. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V. Essen: medhochzwei Verlag GmbH.

Augurzky, Boris; Jendges, Thomas (2019): Strukturanpassungen im Krankenhausbereich. Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle. Essen: RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Position, #73 (09. April 2019)).

Bahnsen, Lewe; Wild, Frank (2023): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2023. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.

Beivers, Andreas; Emde, Annika (2020): DRG-Einführung: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 3–24.

Benstetter, Franz; Negele, Daniel; Lauerer, Michael; Schmid, Andreas (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

BKK Dachverband (2023): Positionen zur sachgerechten Auszahlung des zukünftigen Vorhaldebudgets. Version vom 21.8.2023. Berlin.

Blümel, Miriam; Spranger, Anne; Achstetter, Katharina; Maresso, Anna; Busse, Reinhard (Hg.) (2020): Health Systems in Transitions. Germany: Health system review 2020. OECD; European Observatory on Health Systems and Policies. Paris, Brüssel.

BMF (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim BMF. Bundesministerium der Finanzen. Berlin.

BMG (2023a): Krankenhausfinanzierung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt aktualisiert am 25.04.2023, zuletzt geprüft am 27.07.2023.

BMG (2023b): Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (Hg.) (2013): Gesundheitsökonomik. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

BStMGP (2023): Füracker und Holetschek: Kräftiger Investitionsschub für Bayrische Krankenhäuser. Ministerrat beschließt neue Projekte für Krankenhausbauprogramme 2024 bis 2028. Pressemitteilung Nr. 210 vom 04.07.2023. München. Online verfügbar unter <https://www.stmfh.bayern.de/internet/stmf/aktuelles/pressemitteilungen/25223/>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Bundeskartellamt (2021): Sektoruntersuchung Krankenhäuser. Wettbewerb im Krankenhaussektor in Deutschland und Schutz durch die Fusionskontrolle; Darstellung und Analyse der



Strukturen auf den Märkten der Akutkrankenhäuser in Deutschland. Abschlussbericht gemäß § 32e GWB - September 2021. Bonn. Online verfügbar unter [https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Sektoruntersuchungen/Sektoruntersuchung\\_Krankenhaeuser.html;jsessionid=475117335E5A1F4B3020466053EDCF30.2\\_cid378?nn=3591568](https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Sektoruntersuchungen/Sektoruntersuchung_Krankenhaeuser.html;jsessionid=475117335E5A1F4B3020466053EDCF30.2_cid378?nn=3591568), zuletzt geprüft am 31.07.2023.

Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver; Stargardt, Tom; Bäuml, Matthias (2022): Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg und Tom Stargardt (Hg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 25–55.

Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth und Florian Buchner (Hg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, S. 3–43.

DKG (2022): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022. Berlin.

DKG (2023): DKG zum Krankenhausgipfel. Ohne Vorschaltgesetz werden viele Krankenhäuser die große Krankenhausreform nicht mehr erleben. Pressemitteilung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/ohne-vorschaltgesetz-werden-viele-krankenhaeuser-die-grosse-krankenhausreform-nicht-mehr-erleben/>, zuletzt geprüft am 31.07.2023.

DKI (2022): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2022. Düsseldorf. Online verfügbar unter [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.4.\\_Publikationen/3.4.5.\\_Krankenhaus\\_Barometer/Krankenhaus-Barometer\\_2022.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4._Publikationen/3.4.5._Krankenhaus_Barometer/Krankenhaus-Barometer_2022.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Fuchs, Michaela; Weyh, Antje (2023): Die Arbeitsmarktsituation in Krankenhäusern. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2023. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 33–47.

GBA (2023): Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/sicherstellungszuschlaege/>, zuletzt geprüft am 17.07.2023.

Goldschmidt, Andreas J. W.; Marquardt, Kurt; Groneberg, David; Eiff, Wilfried von (2023): Aufbruch oder verspielte Zukunft der Krankenhausdigitalisierung in Deutschland. Bestandsaufnahme und kritische Reflexion. In: *Zbl Arbeitsmed* 73 (4), S. 170–181. DOI: 10.1007/s40664-023-00506-z.

Hentschker, Corinna; Mostert, Carina; Klauber, Jürgen (2023): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie im Krankenhaus: Fallzahlentwicklung und Charakteristika der Covid-19-Patienten. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2023. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 305–323.

Homann, Karl; Suchanek, Andreas (2005): Ökonomik. Eine Einführung. 2. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.

Kerber, Wolfgang (2019): Wettbewerbspolitik. In: Thomas Apolte, Mathias Erlei, Matthias Göcke, Roland Menges, Notburga Ott und André Schmidt (Hg.): Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik III. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 115–187.

KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/bericht-komv.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

MAGS NRW (2022): Nordrhein-Westfalen und Bayern fordern starke Rolle der Länder auch nach Krankenhausreform. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.mags.nrw/pressemitteilung/nordrhein-westfalen-und-bayern-fordern-starke-rolle-der-laender-auch-nach>, zuletzt geprüft am 25.07.2023.

Masanek, Hartmut; Gürkan, Irmtraut (2017): Krankenhausfinanzierung im öffentlich-rechtlichen Umfeld. In: Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. 3. Aufl. Berlin: MWV, S. 409–415.

Minz, Rainer; Grüttner, Damian; Heusinger-Lender, Marlis von (2023): Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss. In: *Gefäßchirurgie : Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie : Organ der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie unter Mitarbeit der Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie* (2), S. 98–107. DOI: 10.1007/s00772-023-00986-6.

Monopolkommission (2022): Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren. Sondergutachten 83. Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.monopolkommission.de/de/gutachten/sondergutachten/sondergutachten-auf-eigene-initiative/382-krankenhausversorgung-nach-corona-wettbewerb-planung-und-finanzierung-neu-organisieren-2.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Monopolkommission (2023): Policy Brief. Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser adjustieren, Versorgungsbedarf sichern, Wettbewerb erhalten. Bonn (11). Online verfügbar unter <https://www.monopolkommission.de/de/policy-brief.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Nimptsch, U.; Peschke, D.; Mansky, T. (2017): Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit – Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. In: *Gesundheitswesen* 79 (10), S. 823–834. DOI: 10.1055/s-0042-100731.

Oberender, Peter; Fleischmann, Jochen (2004): Sozialrecht und Wettbewerbsrecht: Ein Gegensatz? Ordnungspolitische Anmerkungen zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 16. März 2004. In: *ORDO* (55), S. 191–208. DOI: 10.1515/ordo-2004-0112.

Regierungskommission (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. BMG. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Reinhold, T.; Thierfelder, K.; Müller-Riemenschneider, F.; Willich, S. N. (2009): Gesundheitsökonomische Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland - eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen* 71 (5), S. 306–312. DOI: 10.1055/s-0028-1119399.

Schmid, Andreas (2023): Vortrag: Ökonomik zum Wohle der Patienten. Vorhaltefinanzierung / Begehrte Finanzspritze mit Nebenwirkungen. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH. DRG-Forum 2023. Berlin, 30.03.2023.

Schreyögg, Jonas; Bäuml, Matthias; Krämer, Jonas; Dette, Tilman (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.

Schreyögg, Jonas; Milstein; Ricarda (2020): Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung - Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.

Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsausgabenrechnung. Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.gbe-bund.de/>, zuletzt aktualisiert am 05.04.2023, zuletzt geprüft am 17.07.2023.

Statistisches Bundesamt (2022a): Orientierungswert für Krankenhauskosten 2022 beträgt 6,07 %. Pressemitteilung Nr. 416 vom 30. September 2022. Wiesbaden. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/_inhalt.html), zuletzt geprüft am 28.08.2023.

Statistisches Bundesamt (2022b): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html> und <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Tiemann, Oliver; Büchner, Vera Antonia (2022): Finanzmanagement in Krankenhäusern. In: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg und Tom Stargardt (Hg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 367–397.

Tikkanen, Roosa; Osborn, Robin; Mossialos, Elias; Djordjevic, Ana; Wharton, George (2021): State of Health in the EU. Deutschland. Länderprofil Gesundheit 2021. OECD; European Observatory on Health Systems and Policies. Brüssel. Online verfügbar unter [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2021\\_e4c56532-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2021_e4c56532-en), zuletzt geprüft am 28.07.2023.

TK (2023): Die Position der TK. Abbildung und Abfinanzierung der Vorhaltekosten. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/krankenhaus-versorgung/vorhaltebudgets-2136540>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

VPKV (2023a): Versicherungsbestand. Online verfügbar unter <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2011/2021/12/pers-kkv/basket/result>, zuletzt geprüft am 31.07.2023.

VPKV (2023b): Versicherungsleistungen im stationären Bereich. Online verfügbar unter <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2011/2021/12/lstg-stat/basket/result>, zuletzt aktualisiert am 01.02.2023, zuletzt geprüft am 31.07.2023.

Werner, Jochen (2021): Gesundheitsdaten als digitaler Kraftstoff der Zukunftsmedizin. In: Benedikt Simon und Nicolas Krämer (Hg.): Zukunft der Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer, S. 167–175.

# Anhang

## Anhang 1: Erweiterung des Beispiels auf 2 Krankenhäuser

DRG	5.000
Pflegebudget	1.000
aDRG	4.000
Pflegebudget	20%
Vorhaltevergütung	40%
rDRG	40%

### Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	50	50	100		50	50	100		100	100	200	
Pflegebudget	50.000	50.000	100.000	20,00%	50.000	50.000	100.000	20,00%	100.000	100.000	200.000	20,00%
aDRG	200000	200000	400.000	80,00%	200.000	200.000	400.000	80,00%	400.000	400.000	800.000	80,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>500.000</b>	<b>500.000</b>	<b>1.000.000</b>	<b>100,00%</b>

### Ausgangsszenario bei Fallzahlreduktion

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	40	50	90		50	50	100		90	100	190	
Pflegebudget	40.000	50.000	90.000	20,00%	50.000	50.000	100.000	20,00%	90.000	100.000	190.000	20,00%
aDRG	160.000	200.000	360.000	80,00%	200.000	200.000	400.000	80,00%	360.000	400.000	760.000	80,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>200.000</b>	<b>250.000</b>	<b>450.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>450.000</b>	<b>500.000</b>	<b>950.000</b>	<b>100,00%</b>

### Einführung Vorhaltevergütung

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	50	50	100		50	50	100		100	100	200	
Pflegebudget	50.000	50.000	100.000	20,00%	50.000	50.000	100.000	20,00%	100.000	100.000	200.000	20,00%
Vorhaltevergütung	100.000	100.000	200.000	40,00%	100.000	100.000	200.000	40,00%	200.000	200.000	400.000	40,00%
rDRG	100.000	100.000	200.000	40,00%	100.000	100.000	200.000	40,00%	200.000	200.000	400.000	40,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>500.000</b>	<b>500.000</b>	<b>1.000.000</b>	<b>100,00%</b>

### Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	40	50	90		50	50	100		90	100	190	
Pflegebudget	40.000	50.000	90.000	20,00%	50.000	50.000	100.000	20,00%	90.000	100.000	190.000	20,00%
Vorhaltevergütung	84.211	105.263	189.474	42,11%	105.263	105.263	210.526	42,11%	189.474	210.526	400.000	42,11%
rDRG	75.789	94.737	170.526	37,89%	94.737	94.737	189.474	37,89%	170.526	189.474	360.000	37,89%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>200.000</b>	<b>250.000</b>	<b>450.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>450.000</b>	<b>500.000</b>	<b>950.000</b>	<b>100,00%</b>

Spitzabrechnung zum Ausgleich der Vorhaltevergütung zwischen KH A und KH B:

10.526 -10.526

### Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	40	50	90		50	50	100		90	100	190	
Pflegebudget	40.000	50.000	90.000	20,00%	50.000	50.000	100.000	20,00%	90.000	100.000	190.000	20,00%
Vorhaltevergütung	84.211	105.263	189.474	42,11%	105.263	105.263	210.526	42,11%	200.000	200.000	400.000	42,11%
rDRG	75.789	94.737	170.526	37,89%	94.737	94.737	189.474	37,89%	170.526	189.474	360.000	37,89%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>200.000</b>	<b>250.000</b>	<b>450.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>250.000</b>	<b>250.000</b>	<b>500.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>460.526</b>	<b>489.474</b>	<b>950.000</b>	<b>100,00%</b>

Delta zum Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen:	0	0	10.526	-10.526	0
---	---	---	--------	---------	---

**Tabelle 6: Beispielrechnung Vorhaltevergütung bei Fallreduktion, 2 Kostenträgern und 2 Krankenhäusern**

## Anhang 2: Variation des Beispiels mit 2 Krankenhäusern

DRG	5.000
Pflegebudget	1.000
aDRG	4.000
Pflegebudget	20%
Vorhaltevergütung	40%
rDRG	40%

### Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	20	0	20		80	100	180		100	100	200	
Pflegebudget	20.000	0	20.000	20,00%	80.000	100.000	180.000	20,00%	100.000	100.000	200.000	20,00%
aDRG	80000	0	80.000	80,00%	320.000	400.000	720.000	80,00%	400.000	400.000	800.000	80,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>100.000</b>	<b>0</b>	<b>100.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>400.000</b>	<b>500.000</b>	<b>900.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>500.000</b>	<b>500.000</b>	<b>1.000.000</b>	<b>100,00%</b>

### Ausgangsszenario bei Fallzahlreduktion

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	10	0	10		80	100	180		90	100	190	
Pflegebudget	10.000	0	10.000	20,00%	80.000	100.000	180.000	20,00%	90.000	100.000	190.000	20,00%
aDRG	40.000	0	40.000	80,00%	320.000	400.000	720.000	80,00%	360.000	400.000	760.000	80,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>50.000</b>	<b>0</b>	<b>50.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>400.000</b>	<b>500.000</b>	<b>900.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>450.000</b>	<b>500.000</b>	<b>950.000</b>	<b>100,00%</b>

### Einführung Vorhaltevergütung

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	20	0	20		80	100	180		100	100	200	
Pflegebudget	20.000	0	20.000	20,00%	80.000	100.000	180.000	20,00%	100.000	100.000	200.000	20,00%
Vorhaltevergütung	40.000	0	40.000	40,00%	160.000	200.000	360.000	40,00%	200.000	200.000	400.000	40,00%
rDRG	40.000	0	40.000	40,00%	160.000	200.000	360.000	40,00%	200.000	200.000	400.000	40,00%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>100.000</b>	<b>0</b>	<b>100.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>400.000</b>	<b>500.000</b>	<b>900.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>500.000</b>	<b>500.000</b>	<b>1.000.000</b>	<b>100,00%</b>

### Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion Variante 1

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	10	0	10		80	100	180		90	100	190	
Pflegebudget	10.000	0	10.000	14,29%	80.000	100.000	180.000	20,00%	90.000	100.000	190.000	19,59%
Vorhaltevergütung	40.000	0	40.000	57,14%	160.000	200.000	360.000	40,00%	200.000	200.000	400.000	41,24%
rDRG	20.000	0	20.000	28,57%	160.000	200.000	360.000	40,00%	180.000	200.000	380.000	39,18%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>70.000</b>	<b>0</b>	<b>70.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>400.000</b>	<b>500.000</b>	<b>900.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>470.000</b>	<b>500.000</b>	<b>970.000</b>	<b>100,00%</b>

<b>Delta gegenüber Ausgangsszenario unter DRG-Bedingung</b>	<b>20.000</b>	<b>0</b>	<b>20.000</b>	<b>0</b>	<b>20.000</b>
---	---------------	----------	---------------	----------	---------------

### Vorhaltevergütung bei Fallzahlreduktion Variante 2

Kostenträger	Kostenträger A				Kostenträger B				Kostenträger A+B			
	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	Gesamt	%	KH A	KH B	KH A+B	%
Krankenhäuser												
Fälle	10	0	10		80	100	180		90	100	190	
Pflegebudget	10.000	0	10.000	19,15%	80.000	100.000	180.000	19,61%	90.000	100.000	190.000	19,59%
Vorhaltevergütung	22.222	0	22.222	42,55%	177.778	200.000	377.778	41,16%	200.000	200.000	400.000	41,24%
rDRG	20.000	0	20.000	38,30%	160.000	200.000	360.000	39,23%	180.000	200.000	380.000	39,18%
<b>Gesamtaufwendungen/-erlös</b>	<b>52.222</b>	<b>0</b>	<b>52.222</b>	<b>100,00%</b>	<b>417.778</b>	<b>500.000</b>	<b>917.778</b>	<b>100,00%</b>	<b>470.000</b>	<b>500.000</b>	<b>970.000</b>	<b>100,00%</b>

<b>Delta zum Ausgangsszenario unter DRG-Bedingungen:</b>	<b>-2.222</b>	<b>-17.778</b>	<b>20.000</b>	<b>0</b>	<b>20.000</b>
--	---------------	----------------	---------------	----------	---------------

**Tabelle 7: Variation des Beispiels Vorhaltevergütung bei Fallreduktion, 2 Kostenträgern und 2 Krankenhäusern**