

Die Position der TK



Abbildung und Abfinanzierung der Vorhaltekosten

Zukünftig sollen Krankenhäuser für die reine Vorhaltung ihrer Kapazitäten die dafür entstehenden Kosten erstattet bekommen. Die von einem Krankenhaus vorzuhaltenden Strukturen und Kapazitäten, werden in dem durch das Bundesland festzulegenden Krankenhausplan festgelegt. Die Vorschläge zu der derzeit diskutierten Reform der Krankenhausfinanzierung sehen vor, dass die Bundesländer zukünftig jedem Krankenhaus bestimmte bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen von Behandlungen zur Versorgung der Bevölkerung zuordnen. Die bundesweit einheitliche Definition und Berechnung der notwendigen Vorhaltekosten je Leistungsgruppe eröffnen auf Landesebene die Möglichkeit, diese Kosten den einzelnen Krankenhäusern entsprechend ihrem Versorgungsauftrag einfach zuzuordnen.

Berechnung der Vorhaltungen für das einzelne Krankenhaus

Die Kosten für die Vorhaltungen, die dem einzelnen Krankenhaus, aus dem ihn zukünftig zugewiesenen Leistungsgruppen zustehen, werden prospektiv festgelegt. Aus der daraus resultierenden Gesamtsumme wird das Vorhaltebudget ermittelt und vereinbart. Diese Budgetsumme steht den Krankenhäusern zu 100 Prozent zu und ist von den Kostenträgern GKV, PKV, Selbstzahler u.a. zu refinanzieren. Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Verteilung der Finanzmittel für die Vorhaltungen über das BAS ist schon aufgrund der verschiedenen Kostenträger wie der PKV und den Selbstzahlern, die über keinerlei Beziehungen zum BAS verfügen, schlicht unmöglich. Das ist mittlerweile Konsens.

Auch Landesbudget wäre zu aufwändig und kompliziert

Das gilt auch für die Bildung eines Landesbudgets für Vorhaltungen, als Gesamtbudget mit anschließender Verteilung an die einzelnen Krankenhäuser. Durch den individuellen Planungsbescheid des Landes, basierend auf den genau diesem Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen, muss ohnehin das jeweilige Budget der Vorhaltekosten zwingend krankenhausspezifisch gebildet werden. Denn die Vorhaltekosten sind zukünftig an die krankenhausspezifisch zugewiesenen Leistungsgruppen gekoppelt. Ein allgemeines Landesbudget, das diese Mittel verteilte, ist vollkommen überflüssig und würde den Prozess nur stark verkomplizieren. So würde mit großem Aufwand eine weitere Ebene eingefügt, die für die effektive Abfinanzierung der Vorhaltekosten nicht gebraucht wird. Das würde Landesmittel, Personal und Ressourcen binden sowie weitere bürokratische Prozesse installieren. Darüber hinaus müssten neue Zahlungs- und Abrechnungswege geschaffen werden, mit vielen ungeklärten Fragen wie etwa die Einbindung von Selbstzahlern. Hier stellen sich die gleichen Probleme wie bei einer Abfinanzierung über das BAS.

Nachfolgend wird ein praktikabler Vorschlag hinsichtlich der Berechnung und der Abfinanzierung der Vorhaltekosten dargestellt.

Abfinanzierung der Vorhaltungen in Anlehnung an die Pflegebudgets

Die Vorhaltungen werden zukünftig spezifisch zu jeder Leistungsgruppe kalkuliert. Die Abfinanzierung kann gegenüber dem zuständigen Kostenträger GKV, PKV, Selbstzahler u.a. analog zu den Pflegebudgets mit der laufenden Rechnungsstellung erfolgen. Dazu werden die Vorhaltekosten als Teil der Gesamtrechnung ausgewiesen und vom Kostenträger gezahlt. Die Zuordnung der Leistung zur Vorhaltung erfolgt über den schon vorgesehenen Grouper Leistungsgruppe/DRG. Damit können die etablierten Abrechnungswege über den Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern genutzt werden. Analog zum Pflegebudget kennt das Krankenhaus das ihm zustehende Vorhaltebudget aufgrund der Kalkulation und erhält die Liquidität über die laufenden Zahlungen. Am Ende eines Kalenderjahres werden die tatsächlichen Einnahmen aus den einzelnen Rechnungen mit den vorkalkulierten Vorhaltebudget verglichen und zu 100 Prozent ausgeglichen.

Sowohl der Weg der Bildung des Vorhaltebudgets, die Abwicklung über die Rechnungen, als auch die Berechnung eines 100 Prozent Ausgleiches sind Krankenhäusern und Kostenträgern aus dem Umgang mit den Pflegebudgets bekannt und etabliert.

Mit dieser Lösung, also der Nutzung etablierter Vereinbarungs- und Abrechnungsprozesse entsteht für alle Beteiligten kein zusätzlicher Aufwand. Es wird keine zusätzliche Bürokratie geschaffen und die Abwicklung stellt auch für die Kostenträger, aber vor allem für die PKV und Selbstzahler, die keine organisatorische Verbindung zum BAS haben, kein Problem dar.

Keine Fehler, wie bei Einführung der Pflegebudgets wiederholen

Die Einführung der Pflegebudgets hat sich aufgrund unklarer Definitionen zur Abgrenzung der Pflegekosten bei der Ausgliederung aus den DRG erheblich verzögert. Dem kann durch klare Vorgaben zur Ausgliederung der Vorhaltekosten aus den bestehenden aG-DRG vorgebeugt werden. Die bisherigen Aussagen der Regierungskommission und der Bund Länder AG lassen zukünftig solche Vorgaben erwarten, so dass in dieser Hinsicht die Hoffnung besteht, dass die alten Fehler nicht wiederholt werden.

Vorteile der Abfinanzierung von Vorhaltekosten über Kostenträger:

- Die Vorhaltekosten werden durch die einzelnen Kostenträger, auch außerhalb der GKV, laufend vergütet.
- Die Vergütung erfolgt über jede einzelne Rechnung als eigenständiger Bestandteil.
- Durch den 100 Prozent Ausgleich haben die Krankenhäuser eine volle Erlössicherheit.
- Es kann der bekannte etablierte digitale Prozess des Datenaustausches der Bezahlung genutzt werden.
- Die Selbstzahler und die PKV werden über ihre Rechnungen adäquat an den Vorhaltekosten beteiligt.
- Die leistungsunabhängige Erlössicherheit der Vorhaltekosten für die Krankenhäuser ist gesichert.

- Die leistungsabhängige Vergütung für den Nutzer des Krankenhauses bleibt ebenfalls erhalten.
- Die volle Finanzierung der Vorhaltebudgets und die Liquidität für die Krankenhäuser ist gesichert.

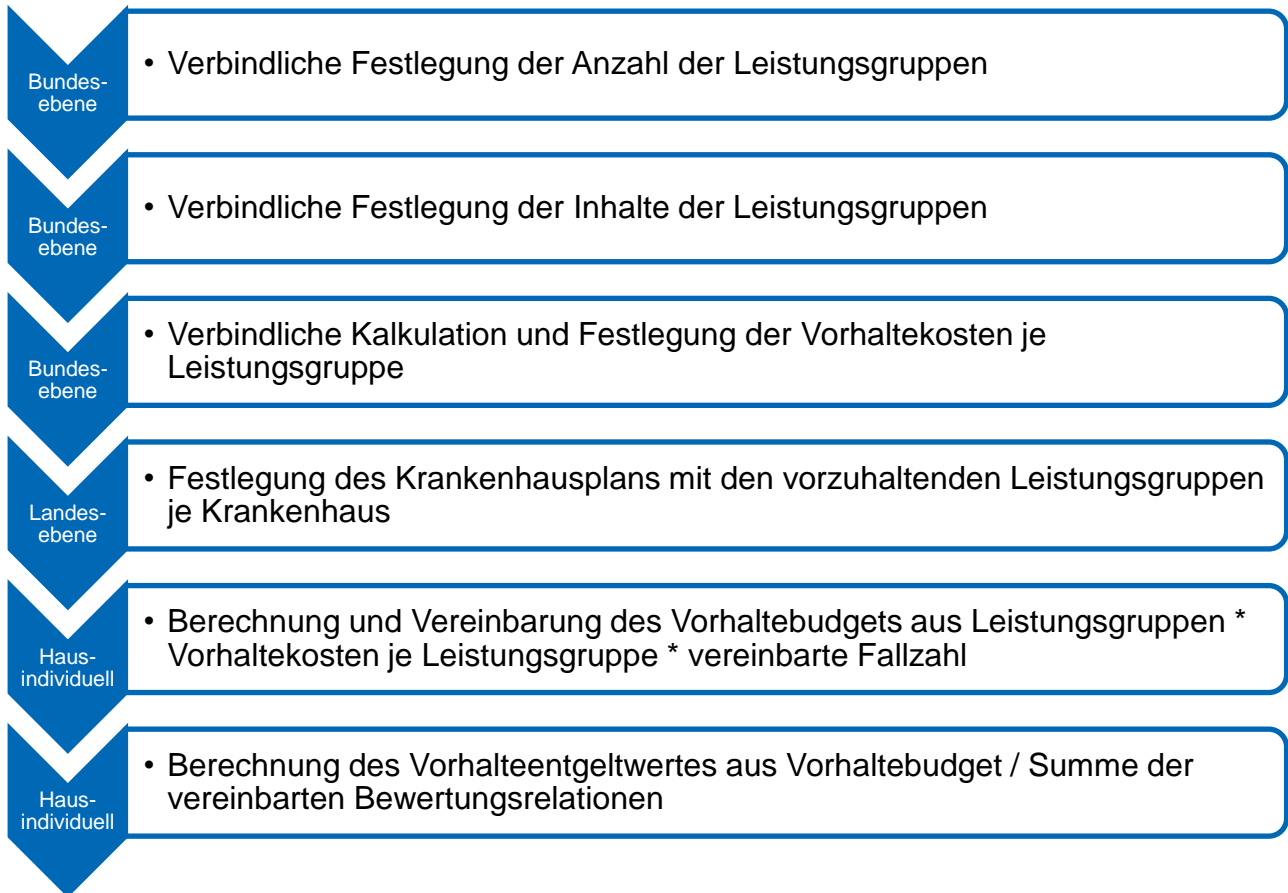
Fallzahlschwankungen - Sicherheitsnetz für Krankenhäuser möglich

Eine Sorge, dass sinkende Fallzahlen bei der hier vorgeschlagenen Abfinanzierung der Vorhaltekosten bei einzelnen Krankenhäusern zu einer zu geringen Vorhaltekostenfinanzierung führen könnten, ist unberechtigt.

Ohne außergewöhnliche Ereignisse wie der Corona-Pandemie ist die Differenz zwischen den prospektiv vereinbarten Fallzahlen der Kliniken und den tatsächlichen Abrechnungsfällen sehr gering. In Niedersachsen z.B. liegt der Unterschied zwischen den vereinbarten Leistungen und den tatsächlich erreichten Ist-Leistungen bei 1,5 Prozent für alle Krankenhäuser. Eine sinkende Fallzahl würde durch den 100 Prozent Ausgleich am Ende des Kalenderjahres keine Erlöseinbußen für das Krankenhaus bedeuten. Zusätzlich könnte im Einzelfall, ein prospektiver „Sicherheitszuschlag Vorhaltekosten“ bei Erwartung von sinkenden Fallzahlen in den Budget-Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern integriert werden. Dieser könnte beispielsweise zwei Prozent der Fälle betragen und würde am Ende des Jahres in seiner Auswirkung betrachtet und innerhalb des Erlösausgleiches mit verrechnet werden. Damit wären die Krankenhäuser vor Vorhaltekostenverlusten infolge von befürchteten Fallzahlrückgängen geschützt und hätten weitere Planungssicherheit.


Vorschlag der TK für den Prozess der Finanzierung der Vorhaltekosten

a) Berechnung der Vorhaltungen




b) Bezahlung der Vorhaltungen


Mit der Rechnung werden die Vorhaltekosten je Behandlung abgerechnet und vergütet. Eine Rechnung besteht zukünftig aus den Anteilen für Vorhaltekosten, für Pflege und der rDRG.



Die Vorhaltekosten des Falles werden aus dem Produkt BWR/Leistungsgruppe * Vorhalteentgeltwert berechnet. Am Jahresende wird das vereinbarte Vorhaltebudget mit den Ist-Erlösen aus den Rechnungen verglichen.



Differenzen zwischen dem vereinbarten Vorhaltebudget und den Ist-Erlösen werden zu 100% ausgeglichen.



Jedes Krankenhaus erhält 100% der laut Landeskrankenhausplan notwendigen Vorhaltekosten.