

Datenbasierte Folgenabschätzung zum KHVVVG

VEBETO MEMO

Jahr

2024

Bericht

**Datenbasierte
Folgenabschätzung**

Krankenhausversorgungsver-
besserungsgesetz (KHVVVG)

Autoren

**Dr. Eberhard Hansis
Dr. Hannes Dahnke**

daten@vebeto.de
www.vebeto.de

vebeto030
Version f1fb1625
5. November 2024



INHALTSVERZEICHNIS

1 Zusammenfassung	5
1.1 Einleitung	5
1.2 Zentrale Erkenntnisse	5
1.3 Fallzahlenreize	7
1.4 Handlungsspielraum der Länder	7
1.5 Abschließende Betrachtung	8
2 Mindestfallzahlen	11
2.1 Grundlagen	11
2.2 Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder	12
2.3 Absehbare Probleme	14
2.4 Einleitung Simulationsstudie	16
2.5 Ergebnisse der Simulationsstudie	18
3 Vorhaltefinanzierung	23
3.1 Grundlagen	23
3.2 Schlüsse aus den Simulationen	25
3.3 Einleitung Szenario-Analyse	26
3.4 Ergebnisse für die Szenarien	27
3.5 Simulation der Krankenhausreform Nordrhein-Westfalen	41
3.6 Simulation einer bundesweiten Krankenhausreform	43
3.7 Leistungsverlagerungen und Fusionen	45
3.8 Planfallzahlen	46
3.9 Berechnung der Vorhaltefinanzierung für 2026 bis 2028	46
3.10 Sockelfinanzierung	47
4 Fachkrankenhäuser	49
4.1 Klassifizierung von Fachkrankenhäusern	49
4.2 Folgen der Einstufung als Fachkrankenhaus	50
4.3 Datenbasierte Abschätzung	50
5 Verbotsliste Onkologische Chirurgie	53
5.1 Ewiges Abrechnungsverbot	53
5.2 Absehbare Probleme	53
5.3 Unnötige Doppelstruktur	54
5.4 Datenanalyse zu Fallzahlschwankungen	55
5.5 Datenanalyse zu Markteintritten	58
6 Weitere Themen	61
6.1 Zu- und Abschlüge	61
6.2 Anrechnung von Fachärzten	61
6.3 Bezug zum KHTG	63
6.4 Einheitliche Fachabteilungsschlüssel	63

6.5	Nicht zuzuordnende Fälle?	64
6.6	Themen ohne Kommentar	64
7	Anhang	65
7.1	Medizinische Leistungsgruppen	65
7.2	Berechnung der Vorhaltekosten	65
7.3	Vebeto Studie zur Krankenhausplanung	70
7.4	Regionale Simulationsergebnisse	71
7.5	Hinweise zur Datenbasis	75
7.6	Impressum	75

ZUSAMMENFASSUNG

01

01.1 EINLEITUNG

In diesem Dokument fassen wir unser Verständnis zu bestimmten Aspekten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) zusammen. Wo möglich, prüfen wir die Folgen des Gesetzes durch datenbasierte Modellrechnungen.

Insgesamt ist das KHVVG ein Werk von hoher Komplexität, dessen vollständige Auswirkungen durch alleiniges Lesen des Gesetzestextes kaum nachvollziehbar sind. Vor diesem Hintergrund erscheinen sorgfältige und ausführliche Wirkungsanalysen essenziell, um verantwortungsvoll über das Gesetzesvorhaben abstimmen zu können. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat bisher keine derartige Analyse vorgelegt.

Die folgenden Inhalte beziehen sich auf den Status des Gesetzentwurfs, wie er in Drucksache 20/11854 des Deutschen Bundestages vom 17.06.2024 enthalten ist, zusammen mit den Änderungsanträgen des Gesundheitsausschusses aus Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024.

Dieses Dokument ist auf Eigeninitiative von Vebeto entstanden. Es wurde nicht extern beauftragt oder finanziert.

01.2 ZENTRALE ERKENNTNISSE

Künftig gelten für alle Leistungsgruppen bundesweit einheitliche **Mindestfallzahlen** (Seite 11 ff.). Die Methodik der Festlegung und die Höhe der Mindestfallzahlen sind noch unklar.

Unterschreitet ein Krankenhaus die Mindestfallzahl in einer Leistungsgruppe, verliert es im Folgejahr die komplette Vorhaltefinanzierung für die Leistungsgruppe. Dies wirkt sich negativ auf die Planungssicherheit der Krankenhäuser aus, da zufällige Fallzahlschwankungen zur Unterschreitung der Mindestfallzahlen führen können (Seite 14). Ausnahmeregelungen sind möglich, aber durch Fahrzeitkriterien eingeschränkt (Seite 12).

Über die Mindestfallzahlen greift der Bund in die Krankenhausplanung der Länder ein: Die Versorgungsaufträge müssen in Zukunft so bemessen sein, dass die Mindestfallzahlen erfüllt werden (Seite 12).

Das Zusammenspiel von Krankenhausplanung und Festlegung der Mindestfallzahlen stellt die Landesbehörden vor ein schwer lösbares Problem: Eine verlässliche Planung ist erst möglich, sobald Mindestfallzahlen festgelegt wurden. Die erstmalige Festlegung der Mindestfallzahlen wird verzögert, weil die grundlegende Methodik noch erarbeitet werden muss (Seite 11). Ob die Krankenhausplanung rückwirkend Einfluss auf die perzentilbasierten Mindestfallzahlen hat, ist unklar.

Die Mindestfallzahlen werden bundesweit einheitlich festgelegt, die Versorgungsstrukturen unterscheiden sich jedoch zwischen den Ländern. Dadurch könnte die komplette Neuausrichtung bestimmter Versorgungszweige notwendig werden, etwa in der Geriatrie (Seite 13).

In bestimmten Bereichen sind Mindestfallzahlen schwer mit der Leistungsgruppen-Systematik in Einklang zu bringen. Beispielsweise müssen Spezialversorgern kleine Versorgungsaufträge innerhalb der Grundversorgung erteilt werden (Seite 15).

In der Simulationsstudie ab Seite 16 zeigen wir, dass die Mindestfallzahlen in allen Regionen Deutschlands zu Erlösverlusten führen können. Dabei sind kleine Versorger erwartungsgemäß stärker betroffen als große (Seite 21).

Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen scheinen insgesamt wenig Wirkung zu entfalten (Seiten 19 und 72), auch unter den stark optimistischen Annahmen, die hierzu getroffen wurden (Seite 17). Dies steht dem Ziel entgegen, die Existenz kleiner, ländlicher Versorger zu garantieren.

Bei Einführung der **Vorhaltefinanzierung** bleiben die Erlöse im Mittel gleich, es ist keine generelle Verbesserung der Krankenhausfinanzierung zu erwarten (Seite 23 ff.). Das System ist keine Abkehr vom DRG-System. Es gliedert 30%–40% der DRG-Erlöse aus (nicht 60%, Seite 24) und verteilt sie anders. Die Vorhaltefinanzierung ist überwiegend fallzahlabhängig. Eine “Entökonomisierung” ist nicht zu erkennen.

Im Vergleich zum aktuell gültigen a-DRG-System werden Schwankungen in den Erlösen teils abgeschwächt und zeitlich verschoben (Seite 25). Erlösverluste aus der Ambulantisierung werden nicht abgedeckt (Seite 37). Verliert ein Haus eine Leistungsgruppe, fällt neben den residual-DRG-Erlösen auch die komplette Vorhaltefinanzierung weg (Seite 32).

Die Simulation der Vorhaltefinanzierung unter verschiedenen Szenarien einer dynamischen Krankenhausreform zeigt, dass im Vergleich zum a-DRG-System nur geringe Veränderungen zu erwarten sind (Seite 41 ff.). Eine Bestandsgarantie für kleine Häuser ist nicht ableitbar. Zudem macht der 20%-Korridor der Vorhaltefinanzierung die Aufnahme verlagelter Patienten unattraktiv (Seiten 42 und 44).

Eine Sonderregel zur Berechnung des Vorhaltevolumens für 2026 und 2028 erscheint wenig sinnvoll (Seite 46). Anreize zur Leistungssteigerung bei den einzelnen Krankenhäusern wirkt sie nicht entgegen.

Für die Klassifizierung von **Fachkrankenhäusern** werden konkrete Regeln festgelegt (Seite 49 ff.). Deren Folgen können wir nicht verlässlich abschätzen. Die Details der Regeln lassen darauf schließen, dass sie ad-hoc verfasst und nicht systematisch geprüft wurden (Seite 50).

Die Regelungen zur **Verbotsliste Onkologische Chirurgie** stellen einen methodischen Tiefpunkt des Gesetzes dar (Seite 53). Das grundlegende Ziel der Regelungen ist nachvollziehbar. Die spezifische Ausgestaltung ist jedoch willkürlich und unwissenschaftlich. Zudem werden unnötige Doppelstrukturen geschaffen, anstatt die Mindestmengenregelungen des G-BA auszuweiten.

Krankenhäuser werden durch die Verbotsliste sehr unterschiedlich behandelt, abhängig davon, wie sich zufällige Fallzahlschwankungen im Referenzjahr ergeben haben (Seite 55). Neu in den Markt eintretende Versorger unterliegen hingegen keinerlei Beschränkungen (Seite 58).

Das KHVVG sieht Maßnahmen für eine direkte **finanzielle Unterstützung** der Krankenhäuser durch Veränderungen bei den Erlösen sowie erhöhten Zuschlägen vor (Seite 61). Diese könnten auch unabhängig vom komplexen Regelwerk des Gesetzes realisiert werden. Die Zuschläge machen den Rest des Gesetzes nicht “gut”.

01.3 FALLZAHLANREIZE

Die Gesetzgebung des BMG erzeugt neue Fallzahlenreize:

- Droht ein Krankenhaus in einer Leistungsgruppe den 20%-Korridor der Vorhaltefinanzierung nach unten zu verlassen, hat es einen hohen Anreiz, zusätzliche Fälle zu generieren (Seite 36). Es besteht also ein positiver Anreiz bei Versorgern mit sinkenden Fallzahlen.
- Große Versorger haben einen geringen Anreiz, ihre Fallzahl über das Referenzniveau zu steigern, da sie für zusätzliche Fälle innerhalb des 20%-Korridors nur die residual-DRG erhalten. Dies wirkt einer Zentralisierung der spezialisierten Versorgung entgegen (Seite 35).
- Kleine Versorger, die in einer Leistungsgruppe unter die Mindestfallzahl zu fallen drohen, haben einen großen Anreiz, zusätzliche Fälle zu behandeln, um die Vorhaltefinanzierung nicht zu verlieren (Seite 14). Es besteht also ein positiver Anreiz für eventuell unnötige Behandlungen bei den Versorgern, deren Fallzahlen nahe am Limit der Wirtschaftlichkeit und Qualität liegen, das durch die Mindestfallzahl repräsentiert wird.
- Die Level-Einteilung aus dem Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) belohnt das "Sammeln" von Leistungsgruppen, da hierdurch ein höheres Level erreicht werden kann (Seite 63). Damit wird die Erbringung komplexer Leistungen gefördert und einer Leistungskonzentration entgegengewirkt.

Es ist zu vermuten, dass es sich überwiegend um Artefakte der komplexen Regeln handelt und nicht um politisch gewollte Effekte.

01.4 HANDLUNGSSPIELRAUM DER LÄNDER

Das KHVVG nimmt in vielerlei Hinsicht Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder. Die wichtigsten Aspekte fassen wir im Folgenden zusammen.

Im Rahmen ihrer Krankenhausplanung erteilen die Länder künftig Versorgungsaufträge für die einzelnen Leistungsgruppen. Dabei müssen die Versorger bundesweit einheitliche **Struktur- und Qualitätskriterien** erfüllen. Die Auswirkungen der Regeln können von uns nicht geprüft werden, weil die erforderlichen Daten nicht öffentlich verfügbar sind. Es ist unklar, ob dem BMG eine vollständige Analyse der Auswirkungen möglich wäre. Eine solche Analyse ist bisher nicht vorgelegt worden.

Zeitlich begrenzte Ausnahmen von den Kriterien sind möglich, falls kein alternativer Versorger nach bestimmten Fahrzeitkriterien erreichbar ist (KHG § 6a Absatz 4). In Ballungsräumen sind somit im Allgemeinen **keine** Ausnahmen möglich. 'Sicherstellungshäuser' (KHEntg § 9 Absatz 1a Nummer 6) können zeitlich unbeschränkt von Struktur- und Qualitätskriterien ausgenommen werden, sollen aber verpflichtet werden "Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen". In der Rechtsverordnung des BMG nach SGB V § 135e können Ausnahmeregelungen für bestimmte Leistungsgruppen ausgeschlossen werden.

Die Versorgungsaufträge müssen so strukturiert sein, dass **bundesweit einheitliche Mindestfallzahlen** erreicht werden (SGB V § 135f, siehe auch Kapitel 2 ab Seite 11). Jedes Land kann durch die erstmalige Festsetzung oder eine spätere Anpassung der Mindestfallzahlen gezwungen sein, die Versorgungsaufträge anzupassen, da eine dauerhafte Unterschreitung der

Mindestfallzahlen für ein Krankenhaus nicht wirtschaftlich tragbar sein wird. Für Ausnahmeregelungen bezüglich Mindestfallzahlen gelten dieselben Fahrzeitkriterien wie für die Struktur- und Qualitätskriterien. Es bestehen keine gesonderten Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser.

Veränderungen in der Leistungsgruppen-Struktur können eine Neuplanung seitens der Länder erforderlich machen, auch wegen Auswirkungen auf Strukturkriterien und Mindestfallzahlen. Beispielsweise wird die neue Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens komplett überprüft und in Teilen modifiziert werden müssen, weil sie keine Mindestfallzahlen vorsieht und einer im Detail abweichenden Leistungsgruppen-Systematik folgt.

Zudem erschwert der fehlende Leistungsgruppen-Grouper die Krankenhausplanung. Die Leistungsgruppen-Zuordnung könnte durch die Erarbeitung bundesweit einheitlicher Fachabteilungsschlüssel weiter verzögert werden (Seite 63).

Über **Planfallzahlen** kann ein Land die Verteilung der Vorhaltefinanzierung steuern (siehe Seite 46). Damit kann es gezielt eine finanzielle Über- oder Unterdeckung bestimmter Häuser erreichen. Ob eine solche Steuerung in nachvollziehbarer, gerechter, rechtssicherer und zielführender Weise gelingen kann, ist nicht abzuschätzen. Zu bedenken ist, dass die Versorgerwahl der Patienten unabhängig von den Planfallzahlen erfolgen wird, was zu Diskrepanzen zwischen zentral geplanter Finanzierung und Versorgungswünschen der Patienten führen kann. Das Erreichen der Mindestfallzahl bemisst sich weiterhin an der realen Fallzahl, nicht an der Planfallzahl.

Generell können Probleme daraus entstehen, dass die Krankenhausplanung der Länder Vor- und Nachlaufzeiten auf der Skala von **Jahrzehnten** hat—an den Versorgungsaufträgen hängen Infrastruktur, Personal und Trägergesellschaften, die langfristige Planung erfordern. Mehrere Maßnahmen des KHVVG sind jedoch so ausgelegt, dass die Krankenhausplanung der Länder kurzfristig, auf der Skala **einzelner Jahre**, modifiziert werden müsste. Das ist nicht miteinander vereinbar. Somit schränkt das KHVVG einerseits die Flexibilität der Länder bei der Krankenhausplanung ein, erzeugt aber an anderer Stelle kurzfristigen Veränderungsdruck.

01.5

ABSCHLIEßENDE BETRACHTUNG

Das KHVVG stützt sich stark auf eine Leistungsgruppen-Systematik, die an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 angelehnt ist. Die dort definierten Leistungsgruppen dienen einem klaren Ziel: der detaillierten Krankenhausplanung in bestimmten, ausgewählten Bereichen. Dieses Werkzeug wird im KHVVG an vielerlei andere Maßnahmen gebunden, etwa an die Krankenhausfinanzierung. Dafür wurden die Leistungsgruppen jedoch nicht entwickelt, was im Detail zu vielerlei Ungereimtheiten führt.

In der freien Wirtschaft wird eine sorgfältige digitale Planung längst als essenziell erachtet: Produkte und Prozesse werden datengestützt analysiert und soweit irgend möglich im Voraus durchgespielt. Teil davon ist eine Analyse, ob das geplante Produkt die Probleme des Kunden tatsächlich lösen kann. Dieses Vorgehen ist wesentlich effizienter, als Fehler später in der Produktion oder beim Kunden zu beheben.

Die Entstehung des KHVVG lässt vermuten, dass das BMG einen alternativen Ansatz verfolgt: Aus groben Ideen wird direkt das fertige Gesetz produziert. In Details wird es weiter modifiziert, auf Kosten zusätzlicher Komplexität. Auf eine komplette Analyse wird jedoch verzichtet.

Es bleibt zu hoffen, dass das Gesetz vor Inkrafttreten noch entscheidend verbessert werden kann. Die Alternative—spätere Gesetzesänderungen—würde die äußerst knappen Ressourcen im Gesundheitswesen wesentlich stärker beanspruchen.

Das vorliegende Dokument ist kein Plädoyer für ein “weiter so” in der stationären Versorgung. Eine Reform mit spezifischer Krankenhausplanung, mehr Leistungskonzentration, gesteigerter Spezialisierung und besserer intersektoraler Versorgung erscheint unumgänglich. Die Vielzahl an neuen Regelungen im KHVVG bringt hingegen enorme zusätzliche Komplexität, während nachweisbar positive Effekte auf die Versorgung schwer zu entdecken sind. Die bessere Finanzierung der Krankenhäuser durch die Anpassung von Basisfallwerten und Zuschlägen könnte vollkommen losgelöst vom Rest des KHVVG umgesetzt werden.

Wir gehen davon aus, dass die gesteckten Ziele der Leistungskonzentration und Qualitätssteigerung mit einfacheren, flexibleren Werkzeugen besser erreicht werden könnten. Denkbar wäre eine detaillierte Krankenhausplanung auf Basis medizinischer Leistungsgruppen, getrieben durch die Länder; eine Ausweitung der Mindestmengenregelungen und anderer qualitätssichernder Maßnahmen des G-BA; ein Ausbau bestehender Maßnahmen zur Versorgungssicherung; und eine auskömmliche Investitionsfinanzierung durch die Länder.

MINDESTFALLZAHLEN

02

02.1 GRUNDLAGEN

Mindestfallzahlen für alle Leistungsgruppen

Für jede Leistungsgruppe gilt zukünftig eine Mindestfallzahl, "Mindestvorhaltezah" genannt (SGB V, § 135f). **Unterschreitet ein Krankenhaus die Mindestfallzahl für eine Leistungsgruppe, verliert es im Folgejahr den kompletten Anspruch auf Vorhaltefinanzierung.** Die entsprechende Rechtsverordnung gilt mit "Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027", also schon mit Beginn der Konvergenzphase (KHEntgG § 8 Absatz 4).

Methodik

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erarbeitet "in regelmäßigen Abständen" eine Empfehlung zur Festlegung der Mindestfallzahlen. Diese Empfehlung wird im Weiteren vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf ihre Folgen überprüft. Daraufhin legt das BMG die Mindestfallzahlen per Rechtsverordnung fest.

Die Empfehlung soll "in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle" erfolgen. Diese Formulierung ist nicht eindeutig (prozentualer Anteil der Gesamtfallzahl oder Perzentil der Standort-Fallzahlen?). Die Berechnung könnte analog zur Verbotsliste für die onkologische Chirurgie erfolgen (siehe Kapitel 5 ab Seite 53). Eine Festlegung des 20. Perzentils würde dann bedeuten, dass die fallzahlmäßig kleinsten Standorte, die gemeinsam 20% der bundesweiten Fälle erbringen, unterhalb der Schwelle liegen.

Interessanterweise ist es nicht möglich, eine feste Perzentilgrenze dauerhaft anzuwenden: Wenn der gewünschte Effekt eintritt, dass kleine Leistungserbringer ausscheiden, würde der Kreis der kleinsten Standorte immer höhere Fallzahlen umfassen und die Mindestfallzahl laufend steigen. Damit sänke die Zahl der Leistungserbringer kontinuierlich. Man muss die Perzentilgrenze also langfristig gegen null absenken oder absolute Mindestfallzahlen vorgeben, die nicht an Perzentile gebunden sind.

Zur Erarbeitung der Empfehlungen besagt § 135f Absatz 2: "Bevor das [IQWiG] wissenschaftliche Empfehlungen nach Satz 1 erarbeitet, entwickelt und veröffentlicht es eine allgemeine Methodik zur Erarbeitung solcher Empfehlungen." Im Begründungsteil der Änderungsanträge aus dem Gesundheitsausschuss heißt erläuternd: "Für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen gibt es bisher kein nationales oder internationales Vorbild. Mit der Ergänzung des Absatz 2 wird angeordnet, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in einem ersten Schritt zunächst eine wissenschaftlich fundierte Methodik entwickelt und hierzu ein offenes Stellungnahmeverfahren sowie Pilotbewertungen durchzuführen hat, um eine fundierte und wissenschaftlich akzeptierte Festlegung von Mindestvorhaltezahlen gewährleisten zu können." Ein solches Verfahren ist sicher zu begrüßen, verglichen mit der Alternative, keine wissenschaftlich fundierte Methodik zu entwickeln. Allerdings zeigt dieses Vorgehen deutlich, dass die Methodik der Mindestfallzahlen und damit auch deren Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt **vollkommen unklar** sind. Zudem verzögert das Verfahren die erstmalige Festlegung von Mindestfallzahlen, was wiederum die Krankenhausplanung der Länder behindert.

Ausnahmeregelungen

Die Gewährung der Vorhaltefinanzierung ist künftig an das Erreichen der Mindestfallzahl geknüpft (KHG § 6b Absatz 1). Alternativ kann die Landesbehörde für Krankenhausplanung feststellen, “dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahle zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist” (KHG § 6b Absatz 2).

Dies ist jedoch nur unter Einhaltung der Fahrzeitregeln aus KHG § 6a Absatz 4 möglich: Für “einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs” des Krankenhausstandorts muss ein alternativer Versorger mehr als 30 Minuten (Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) oder 40 Minuten (alle anderen Leistungsgruppen) entfernt liegen. **In Ballungsgebieten sind Ausnahmeregelungen also praktisch ausgeschlossen**, mit Ausnahme von extrem spezialisierten, seltenen Leistungsgruppen wie Organtransplantationen. Die Ausnahmeregelungen ermöglichen vermutlich nur einen begrenzten Handlungsspielraum (siehe Seiten 19 und 20).

Weiterhin bestimmen die Mindestfallzahlen die Sockelfinanzierung des Vorhaltekostenanteils (Seite 47). Die enge Kopplung der Maßnahmen erhöht die Komplexität des Systems: Bei Festlegung der Mindestfallzahlen müssen nicht nur Qualität, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit der Versorgung in Betracht gezogen werden. Es muss durch die Höhe der Mindestfallzahl auch eine auskömmliche Sockelfinanzierung garantiert werden.

Leistungsverlagerungen

Bei Leistungsverlagerungen und Fusionen dürfen Mindestfallzahlen für das Folgejahr summiert werden (unter den Standorten, die das im gegenseitigen Einvernehmen und unter Zustimmung der Landesbehörde vereinbart haben). Das gilt jedoch nur “für das jeweils nächste Kalenderjahr” (SGB V § 135f Absatz 1 Satz 5 und 6). Wenn man also für ein Jahr eine Leistungskonzentration vereinbart hatte, die Patienten dann aber dieser Vereinbarung nicht folgen, hilft die Regelung nicht bei der Erreichung der Mindestmenge in den Folgejahren.

02.2

EINFLUSS AUF DIE KRANKENHAUSPLANUNG DER LÄNDER

Es gelten bundesweite Mindestfallzahlen

Für einen Krankenhausträger wird es im Regelfall nicht wirtschaftlich tragbar sein, eine Leistungsgruppe unterhalb der Mindestfallzahl zu erbringen. Dies würde den Verlust der Vorhaltefinanzierung bedeuten, also einen Verlust von typisch 30%–40% der heutigen a-DRG-Erlöse. Diese Verluste treten in der laufenden Finanzierung der Krankenhäuser auf, können also durch die Länder nicht etwa im Zuge der Investitionsfinanzierung ausgeglichen werden. Somit sind die Länder gezwungen, ihre Krankenhausplanung so zu strukturieren, **dass im Regelfall die bundesweit einheitlichen Mindestfallzahlen erreicht werden**.

Henne und Ei

Die Verknüpfung von Krankenhausplanung und Mindestfallzahlen ist problematisch, weil die Planungszyklen der Länder und die Zyklen der Mindestfallzahl-Festlegung verschieden sein werden. Eine Änderung der Mindestfallzahlen wirkt sich jedoch schon im Folgejahr aus und müsste eine Neuplanung seitens der Länder nach sich ziehen—der Kreis der Leistungserbringer kann sich jedes Jahr ändern.

Auch die initiale Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen wird erschwert, weil die Mindestfallzahlen voraussichtlich bis Ende 2026 nicht bekannt sein werden. Uns ist nicht ersichtlich, wie die Länder unter diesen Voraussetzungen mit der leistungsgruppenbasierten Krankenhausplanung beginnen sollen.

Jede Neuplanung verändert die Zusammensetzung der Leistungserbringer und deren Fallzahlen, was, in einem perzentilbasierten Verfahren, eine Veränderung der Mindestfallzahlen bewirkt, wodurch sich wiederum der Kreis der Leistungserbringer ändern kann. Dann beginnt der Kreislauf von Neuem. Ob dies so gedacht ist, ist unklar. Hier besteht erheblicher Klärungsbedarf.

Unterschiedliche Versorgungsstrukturen

Bestimmte Bereiche der Versorgung sind in den Bundesländern unterschiedlich strukturiert. Auffällig ist das in der Geriatrie: In manchen Bundesländern findet ein großer Anteil der geriatrischen Versorgung im Krankenhaus statt, während anderswo Rehabilitations-Einrichtungen und andere Institutionen eine größere Rolle spielen. Die mittlere Fallzahl pro Einwohner für die OPS-Ziffer 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) liegt etwa in Schleswig-Holstein und Brandenburg mehr als 50% über dem bundesweiten Median, während sie etwa in Baden-Württemberg bei weniger als der Hälfte des Medians liegt. Somit sind die mittleren Fallzahlen pro Haus in Baden-Württemberg wesentlich niedriger als im bundesweiten Mittel

Auf diese **unterschiedlichen Strukturen** sollen **bundesweit einheitliche** Mindestfallzahlen angewendet werden. Bemisst man diese am bundesweiten Mittel, könnten, im obigen Beispiel, in Baden-Württemberg systematische Probleme entstehen. Wollte man das vermeiden, müsste man die Mindestfallzahlen sehr niedrig ansetzen, wodurch sie die gesetzten Ziele verfehlen könnten. Alternativ müssten alle Bundesländer ihre Versorgungsstrukturen in allen Leistungsgruppen vereinheitlichen.

Ähnliche Probleme ergeben sich in anderen Bereichen, etwa in der dezentralen Schlaganfallversorgung mit telemedizinischer Anbindung. Die entsprechenden Standorte haben naturgemäß niedrige Fallzahlen. Durch die Mindestfallzahl-Regelung könnten etablierte Strukturen gefährdet werden.

Generell besteht die Gefahr, dass dünn besiedelte Regionen durch die Mindestfallzahlen benachteiligt werden, weil dort insgesamt niedrigere Fallzahlen vorliegen. Die Ausnahmeregelungen ermöglichen vermutlich nur einen begrenzten Handlungsspielraum (siehe Seiten 19 und 20).

02.3 ABSEHBARE PROBLEME

Mengenanreize

Mindestfallzahlen können starke **Mengenanreize** erzeugen. Hierzu ein Beispiel: Als Orthopäde behandle ich im November eine Patientin mit Rückenschmerzen an einem kleinen Haus der Grund- und Regelversorgung. Ich kann sie entweder konservativ behandeln (dann wird sie der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie zugeordnet), oder ich kann sie operieren (dann wird sie in die Leistungsgruppe Wirbelsäuleneingriffe eingeordnet). Wenn meine prognostizierte Fallzahl in der Wirbelsäulenchirurgie nahe an der Mindestfallzahl liegt, habe ich einen starken Anreiz, eine operative Behandlung zu wählen. Dieser Anreiz wirkt also besonders bei den Häusern, die, nach der Idee der Mindestfallzahlen, in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit zweifelhaft Fallzahlen vorweisen.

(Einen umgekehrten Anreiz erzeugt der 20%-Korridor der Vorhaltefinanzierung bei großen Versorgern: Wenn ich mich an einem Schwerpunktversorger mit großer Wirbelsäulenchirurgie befände und die bisherige Bemessungsfallzahl der Vorhaltefinanzierung erreiche oder leicht überschreite, wird jeder zusätzliche Patient nur mit der residualen DRG vergütet, ohne Vorhaltefinanzierung. Die Regelungen des KHVVG ergänzen sich in ihren Anreizen also, aber leider in der vollkommen falschen Richtung: weg von Spezialisierung und Leistungskonzentration.)

Fallzahlschwankungen sind unvermeidlich

Fallzahlschwankungen treten jedes Jahr auf, weil Patienten in unterschiedlicher Zahl krank werden. Je geringer die mittlere Fallzahl in einer Leistungsgruppe ist, desto stärker ist die relative Schwankung. Schwankungen werden unvermeidlich dazu führen, dass Mindestfallzahlen unterschritten werden. Hierauf hat das jeweilige Haus eventuell keinen Einfluss, und man wird nicht grundsätzlich auf Qualitätsprobleme schließen können. Wird durch zufällige Schwankungen die Mindestfallzahlen unterschritten, fällt die Vorhaltefinanzierung für die entsprechende Leistungsgruppe im Folgejahr gänzlich weg. Daneben gibt es vielfältige weitere Ursachen für Fallzahlschwankungen, etwa vorübergehende Personalengpässe oder Umbaumaßnahmen, die dann auch diese zum Wegfall der Vorhaltefinanzierung führen.

Im Begründungsteil des KHVVG ist beispielhaft eine Festlegung des "20. Perzentils" als Mindestfallzahl genannt. Für die Leistungsgruppe "Carotis" ergibt sich so eine Grenze von etwa 40 Fällen. Ein Haus, das mit durchschnittlich 45 Fällen pro Jahr im 25. Perzentil liegt, hätte eine jährliche Wahrscheinlichkeit von **26 %**, aufgrund statistischer Schwankungen nur 40 Fälle oder weniger zu erreichen (Poisson-Statistik). Selbst mit durchschnittlich 50 Fällen pro Jahr (30. Perzentil) betrüge die Wahrscheinlichkeit noch **9 %**. Diese Schwankung ist vom Haus nicht beeinflussbar. Im erstgenannten Fall würde das Haus im Mittel **alle vier Jahre** die Vorhaltefinanzierung für die Leistungsgruppe verlieren, im letztgenannten Fall **alle elf Jahre**.

Keine Planungssicherheit

Wir betrachten beispielhaft die Vorhaltefinanzierung für das Jahr 2033. Die dafür gültigen Mindestfallzahlen werden bis zum 30. Juni 2032 aus den Fallzahlen von 2031 ermittelt (SGB V § 135f Absatz 3). Ein Standort kann also erst Mitte 2032 wissen, ob er die Mindestfallzahl einer Leistungsgruppe erreicht hat oder ob er die gesamte Vorhaltefinanzierung der Leistungsgruppe für 2033 verliert. Der verbindliche Bescheid zur Vorhaltefinanzierung ergeht erst im Dezember 2032 (KHG § 37 Absatz 5). **Das ist das Gegenteil von Planungssicherheit.**

Notwendige Zuweisung geringer Fallzahlen

Der Krankenhausplan NRW besagt (S. 42 dort): “Einige Fachkliniken müssen über die ihnen zugewiesenen Inhalte der jeweils spezifischen LG hinaus bei ihren Patientinnen und Patienten auch Leistungen aus dem Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie erbringen, soweit dies im Kontext der fachklinischen Versorgung erforderlich ist. [...] So erhalten beispielsweise Krankenhäuser, denen die LG Geriatrie zugeordnet wird, über die in dieser LG vorgesehene Fallzahl hinaus einen Fallzahlanteil aus dem errechneten Bedarf für die LG Allgemeine Innere Medizin, um das Leistungsspektrum jenseits der über den Komplexcode nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Komplexcode) abgerechneten Fälle abzubilden.”

Wie die notwendige Zuweisung von kleinen Fallmengen in diesem und ähnlichen Fällen mit Mindestfallzahlen vereinbar sein soll, ist unklar. Hier besteht ein Konflikt zwischen der Definition der Leistungsgruppen als planerisches Instrument und der Anwendung als Instrument der Finanzierung.

Fragliche Wirksamkeit

Ein benanntes Ziel der Mindestvorhaltezahlen ist die **Steigerung der Versorgungsqualität**. Um eine solche in allen Leistungsgruppen zu erwarten, müsste generell ein wissenschaftlich belegbarer Zusammenhang zwischen Qualität und Fallzahl am Standort bestehen (und nicht etwa zur Erfahrung des Operateurs und zu Zertifizierungen durch Fachgesellschaften). Es ist fraglich, ob man diesen Zusammenhang in allen Leistungsgruppen erwarten kann. Eine Evidenz diesbezüglich wird vom BMG nicht beigebracht.

Die Mindestvorhaltezahlen sollen weiterhin dazu dienen, die **Wirtschaftlichkeit** der Leistungserbringung zu sichern, indem nur bei hinreichend großen Leistungsmengen die Vorhaltefinanzierung gewährt wird. Dies ist jedoch nur für einen Teil der Leistungsgruppen zielführend. So werden in der Gefäßmedizin, Orthopädie und Viszeralchirurgie nur Teile des Leistungsspektrums einer typischen Fachabteilung in den spezifischen Leistungsgruppen erfasst. Aus den Fallzahlen dieser Teilmenge kann schwerlich auf die Wirtschaftlichkeit der gesamten Organisationseinheit geschlossen werden. Die Wirtschaftlichkeit komplexer Lebereingriffe und die komplexer Pankreaseingriffe würden separat bewertet, wobei beide Leistungsgruppen innerhalb einer viel umfangreicheren Fachabteilung für Viszeralchirurgie erbracht werden. Die Allgemeine Innere Medizin und die Allgemeine Chirurgie hingegen umfassen ein stark variierendes Leistungsspektrum, das mehrere Fachabteilungen umfassen kann. Auch hier wird man aus der bloßen Fallzahl kaum auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung schließen können.

02.4 EINLEITUNG SIMULATIONSSTUDIE

Im Folgenden zeigen wir Ergebnisse einer Simulationsstudie der Mindestfallzahlen. Da die Methodik und Höhe der Mindestfallzahlen derzeit noch unklar sind, kann aus dieser Modellstudie ausdrücklich **nicht** abgeleitet werden, wie viele und welche Krankenhäuser durch die Mindestfallzahlen gefährdet (oder bevorteilt) sein könnten. Vielmehr dient die Simulation dazu, die unterschiedlichen Effekte der Mindestfallzahlen in Bezug auf räumliche Regionen, Krankenhausgrößen und Ausnahmeregelungen zu illustrieren.

Modellierung der Mindestfallzahl

Der KHVVG-Entwurf nennt für die Mindestfallzahlen eine Bemessung an "Fallzahl-Perzentilen". Wir interpretieren diese Formulierung wie folgt: Eine Festlegung des 20. Perzentils als Mindestfallzahl für eine Leistungsgruppe würde bedeuten, dass die kleinsten Standorte, die in der Leistungsgruppe gemeinsam 20% der Fälle behandeln, unter die Schwelle fallen.

Da die Mindestfallzahlen bzw. die Perzentile bisher nicht festgelegt wurden, müssen wir eigene Annahmen treffen. Für die vorliegende Analyse setzen wir folgende Schwellenwerte an:

- Für die internistische und chirurgische Grundversorgung sowie die Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie wird das **5.** Perzentil als Schwelle festgelegt.
- Für andere Leistungen der Grund- und Regelversorgung gilt das **12.** Perzentil als Schwelle. Hierzu zählen wir: Gastroenterologie, Pneumologie, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices, Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Wirbelsäuleneingriffe, Urologie, Allgemeine Frauenheilkunde, Allgemeine Neurologie, Stroke Unit.
- Für alle anderen Leistungsgruppen gilt das **20.** Perzentil als Schwelle.

Berechnung der Erlösveränderungen

In der Simulation schätzen wir die Erlösverluste ab, die sich an den einzelnen Krankenhäusern ergeben könnten, wenn nach Unterschreitung der Mindestfallzahl einer Leistungsgruppe die Vorhaltefinanzierung wegfällt. Wir betrachten hier ausschließlich die **Erlösverluste aus der Vorhaltefinanzierung**, nicht den Verlust der residualen DRG. Dies entspricht der unrealistischen Situation, dass Leistungserbringer unterhalb der Mindestfallzahlen die Patienten **trotzdem weiter versorgen** und die Erlösverluste tolerieren. Gäbe ein Standort eine betroffene Leistungsgruppe auf, fielen deren kompletter Erlös weg. Dies wird auf Seite 22 illustriert.

DRG-Erlös und Vorhaltekostenanteil pro Leistungsgruppe berechnen wir anhand des Fallpauschalenkatalogs 2023 und des InEK Kostenbrowsers für 2022. Anhand der modellierten Leistungsgruppen-Fallzahlen aller deutschen Krankenhäuser für 2022 (vgl. Seite 65) identifizieren wir Standorte und Leistungsgruppen unterhalb der Mindestfallzahlen. Daraus bestimmen wir den Umfang der wegfallenden Vorhaltefinanzierung. Die frei werdende Vorhaltefinanzierung verteilen wir innerhalb des Bundeslands pro Leistungsgruppe um, das Vorhaltekostenbudget pro Leistungsgruppe und Land wird konstant gehalten. Ein Verlust der Vorhaltefinanzierung kann im Modell also durch einen Zugewinn in einer anderen Leistungsgruppe des Standorts kompensiert werden. Die Gesamt-Veränderung in der Vorhaltefinanzierung aggregieren wir pro Krankenhausstandort und setzen sie in Relation zu den a-DRG-Erlösen.

In die Berechnung gehen die Leistungsgruppen der NRW-Leistungsgruppen-Systematik ein, mit Ausnahme der Leistungsbereiche 'Psychiatrie' und 'Sonstige'. Eine Anwendung der verfeinerten Systematik aus dem KHVVG verstärkt die Effekte eher: Eine größere Zahl an Leistungsgruppen bedeutet mehr Möglichkeiten, einzelne Mindestfallzahlen zu unterschreiten; verringerte Fallzahlen durch eine feinere Aufteilung vergrößern statistische Schwankungen.

In die Analyse gehen nur Standorte ein, die in mindestens einer somatischen Leistungsgruppe ein Fallzahlperzentil von 2,5 erreichen. Dadurch wird ein Einfluss extrem kleiner Standorte auf die Analyse verhindert. BG-Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser nehmen wir aus der Analyse aus, da dort spezielle Regeln zur Mindestfallzahl gelten, die wir anhand der öffentlichen Daten nicht nachvollziehen können.

Ausnahmeregelungen

Wir führen zwei Modellrechnungen durch, ohne und mit Anwendung der Ausnahmeregelungen. Die Fahrzeitgrenzen wenden wir direkt auf die Krankenhausstandorte an: Wir nehmen an, dass eine Ausnahmeregelung erwirkt werden kann, wenn vom betreffenden Standort aus kein anderes Krankenhaus, das in der Leistungsgruppe die Mindestfallzahl erreicht, innerhalb von 40 Minuten per Pkw erreicht werden kann (30 Minuten für die Allgemeine Innere Medizin und die Allgemeine Chirurgie). Das Gesetz sieht einen noch unspezifizierten Populationsbezug vor; diesen setzen wir mangels genauer Vorgaben nicht um.

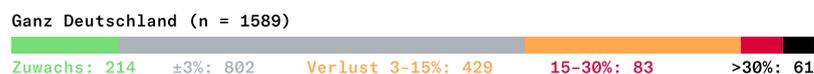
Sind die Fahrzeit-Bedingungen für eine Ausnahmeregelung erfüllt, so nehmen wir an, dass der Standort die Vorhaltefinanzierung für die jeweilige Leistungsgruppe nicht verliert. Diese Methodik ist **stark optimistisch**: Erstens wird nicht jede nach den Fahrzeitkriterien mögliche Ausnahmeregelung erteilt. Zweitens werden nicht nur die Standorte als alternative Versorger verbleiben, die die Mindestfallzahl schon erfüllen—wegen ebendieser Ausnahmeregelungen und wegen einer Patientenwanderung weg von geschlossenen Leistungsangeboten. Mehr verbleibende Standorte bedeuten weniger Möglichkeiten für Ausnahmeregelungen. In der Realität ist also eher von einem kleineren Effekt der Ausnahmeregelungen auszugehen.

02.5 ERGEBNISSE DER SIMULATIONSTUDIE

Bundesweite Auswirkungen ohne Ausnahmeregelungen

Als Referenz zeigen wir zuerst die bundesweiten Auswirkungen der Mindestfallzahlen **ohne** Anwendung der Ausnahmeregelungen. Wie oben beschrieben, ist die vorliegende Analyse **nicht** dazu geeignet, die realen Auswirkungen der Mindestfallzahlen verlässlich abzuschätzen, da deren Festlegung derzeit noch gänzlich offen ist. Die Simulation ist als Sensitivitätsstudie zu interpretieren.

Für die Darstellung gruppieren wir die Krankenhausstandorte danach, welchen **Erlösverlust** sie im Vergleich zu den a-DRG-Erlösen durch die Mindestfallzahlen erleiden könnten. Die Farben der Balkensegmente geben die Gruppen wieder. Unterhalb des Balkens ist die Anzahl der Standorte pro Segment numerisch dargestellt. Alle Grafiken dieses Abschnitts sind in gleicher Weise aufgebaut—wir empfehlen deswegen, die folgende Beschreibung genau zu studieren.



Insgesamt nehmen **1589** Standorte an der Simulation teil (siehe Zahl im Titel oberhalb des Balkens). Für **802** Standorte liegt die Erlösveränderung im Bereich von **±3 %** (grau). Für **429** Standorte liegt der **Erlösverlust** im Bereich von **3 % bis 15 %** (orange), für **83** Standorte im Bereich von **15 % bis 30 %** (rot). **61** Standorte hätten einen Erlösverlust von **mehr als 30 %** (schwarz). Zur Erinnerung: Dies ist der Erlösverlust, der allein aus dem Wegfall der Vorhaltefinanzierung verursacht wird, relativ zum a-DRG-Erlös eines Standorts.

Die Vorhaltefinanzierung der Standorte, die Mindestfallzahlen nicht erreichen, wird auf die verbliebenen Standorte für die jeweilige Leistungsgruppe umverteilt. Dadurch würden **214** Standorte einen **Erlöszuwachs** von mehr als 3% erfahren (grünes Segment). Es wäre aber kurzsichtig, dies als direkten finanziellen Vorteil (operativen Gewinn) zu werten: Es ist anzunehmen, dass Leistungserbringer unterhalb der Mindestfallzahlen die Versorgung der jeweiligen Leistungsgruppen einstellen (was auch politisch so gewünscht ist). Die entsprechenden Patienten verteilen sich dann auf die verbleibenden Versorger um und verursachen dort Kosten. Dies wird auch auf Seite 22 illustriert. Ob ein Krankenhaus letztlich von der Umverteilung profitiert, hängt vom spezifischen Verhältnis zwischen der regionalen Patientenwanderung und der Umverteilung der Vorhaltefinanzierung ab (vergleiche Seite 23). Wenn sich die Patienten proportional zur aktuellen Fallzahl der Standorte verteilen, ergibt sich ein Nettoeffekt (Erlöse minus Kosten) von null.

Wie auf Seite 16 beschrieben, betrachten wir hier ausschließlich die **Erlösverluste aus der Vorhaltefinanzierung**. Gibt ein Standort eine betroffene Leistungsgruppe auf, **so fällt deren kompletter Erlös weg**. Die realen Erlösveränderungen können also deutlich höher ausfallen. Inwiefern das zu Standortschließungen führen könnte, kann nicht abgeschätzt werden.

Bundesweite Auswirkungen mit Ausnahmeregelungen

Nun stellen wir die bundesweiten Auswirkungen der Mindestfallzahlen **mit** Anwendung der Ausnahmeregelungen dar.



Durch die Ausnahmeregelungen reduziert sich die Zahl der Krankenhäuser, die Erlösverluste erleiden. Allerdings ist die Veränderung moderat: Erlösverluste von mehr als 30% reduzieren sich von **61** auf **44** Standorte, Verluste im Bereich von 15% bis 30% von **83** auf **71** Standorte.

Ein Grund hierfür ist, dass man innerhalb der Fahrzeitgrenze von 40 Minuten weite Strecken zurücklegen kann, besonders im ländlichen Raum. Daher gilt von vielen Krankenhäusern aus ein alternativer Versorger als erreichbar, wodurch eine Ausnahmeregelung ausgeschlossen ist.

Bundesweite Auswirkungen, niedrigere Perzentilschwellen

Variiert man die Perzentilwerte der Mindestfallzahlen, verändern sich die Auswirkungen. Zuerst wenden wir niedrigere Perzentile an, weiterhin bei Anwendung der Ausnahmeregelungen: Für die internistische und chirurgische Grundversorgung sowie die Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie das **3.** Perzentil; für andere Leistungen der Grund- und Regelversorgung das **8.** Perzentil (vgl. Seite 16); für alle anderen Leistungsgruppen das **12.** Perzentil.



Erwartungsgemäß reduzieren sich die Erlösveränderungen.

Bundesweite Auswirkungen, höhere Perzentilschwellen

Nun wenden wir höhere Perzentile an: Für die internistische und chirurgische Grundversorgung sowie die Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie das **8.** Perzentil; für andere Leistungen der Grund- und Regelversorgung das **18.** Perzentil (vgl. Seite 16); für alle anderen Leistungsgruppen das **30.** Perzentil.



Dies resultiert in erhöhten Erlösveränderungen.

In allen weiteren Analysen verwenden wir wieder die Perzentil-Schwellenwerte von Seite 16.

Auswirkungen pro Bundesland ohne Ausnahmeregelungen

Die folgende Grafik stellt die Auswirkungen der Mindestfallzahlen **ohne** Anwendung der Ausnahmeregelungen dar, gegliedert nach Bundesländern. Eine regionale Auswertung auf der Ebene von NUTS2-Regionen finden Sie auf Seite 71.



Die Analyse zeigt, dass die Auswirkungen, relativ zur Anzahl der Krankenhäuser pro Bundesland, ungefähr gleich verteilt sind. Erlösverluste finden sich sowohl in dicht als auch in dünn besiedelten Gebieten.

Auswirkungen pro Bundesland mit Ausnahmeregelungen

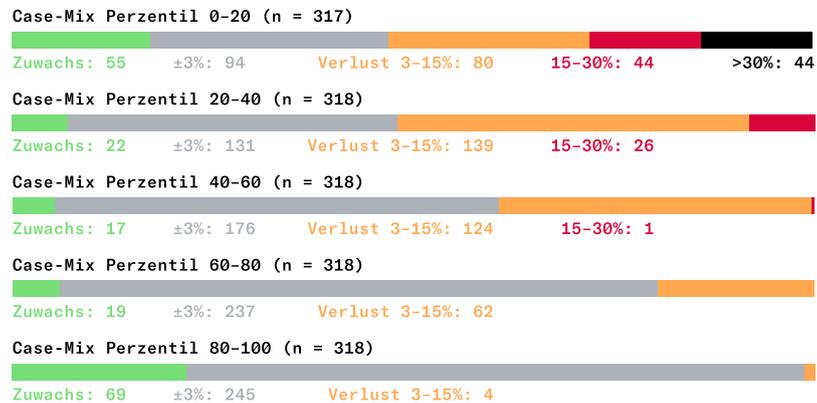
Hier werden Auswirkungen pro Bundesland **mit** Anwendung der Ausnahmeregelungen dargestellt. Eine regionale Auswertung auf der Ebene von NUTS2-Regionen finden Sie auf Seite 72.



Auf Seite 19 hatten wir festgestellt, dass die Ausnahmeregelungen nur einen relativ geringen Einfluss haben. Im Vergleich der obigen Grafik mit der vorhergehenden kann man das für die einzelnen Bundesländer erkennen. Auch nach Anwendung der Ausnahmeregelungen finden sich Erlösverluste sowohl in dicht als auch in dünn besiedelten Gebieten.

Auswirkungen nach Größenklasse

In der folgenden Grafik gliedern wir die Krankenhausstandorte nach Quintilen des Gesamterlöses, sortiert von niedrigem Gesamterlös (oben) nach hohem (unten). Die Berechnung erfolgte unter Anwendung der Ausnahmeregelungen.



Erwartungsgemäß erleiden kleine Versorger höhere Erlösverluste, weil deren Fallzahlen häufiger unterhalb der Mindestfallzahlen liegen als die großer Häuser.

Umgekehrt profitieren große Häuser stärker von der Umverteilung: **69** Standorte des Quintils mit dem höchsten Gesamterlös verbuchen einen Erlöszuwachs. Auch im kleinsten Quintil finden sich **55** Standorte mit Erlöszuwachs. Hierbei handelt es sich typischerweise um Fachkrankenhäuser, die zwar einen geringen Gesamt-Case-Mix haben, in ihren Bereichen der Spezialisierung jedoch hohe Fallzahlen aufweisen. Wie auf Seite 18 beschrieben, wäre es jedoch kurzsichtig, dies als direkten finanziellen Vorteil zu werten: Durch ein erhöhtes Patientenaufkommen nach Patientenwanderung entstehen zusätzliche Kosten. Ob die Mindestfallzahlen eine Leistungskonzentration finanziell begünstigen, hängt von der Neuverteilung der Patienten nach Restrukturierung ab. Dies wird auch auf Seite 22 illustriert.

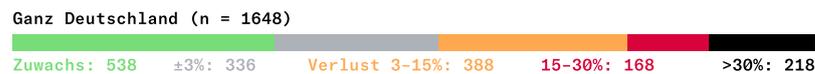
Ein anderes Ziel des KHVVG, den Erhalt kleiner Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum zu sichern, lässt sich in den vorliegenden Analysen nicht wiederfinden. Kleine Häuser werden durch die Mindestfallzahlen vermutlich stärker negativ betroffen sein, während die Ausnahmeregelungen auch im ländlichen Raum keinen verlässlichen Schutz bieten.

Wegfall aller Versorgungsangebote unterhalb der Mindestfallzahlen

In den bisherigen Simulationen wurden ausschließlich die **Erlösverluste aus der Vorhaltefinanzierung** betrachtet. Sie entsprechen also der unrealistischen Annahme, dass Leistungserbringer unterhalb der Mindestfallzahlen die Patienten trotzdem weiter versorgen und die Erlösverluste tolerieren. In Wirklichkeit wird eine Vielzahl von Versorgungsangeboten unterhalb der Mindestfallzahlen wegfallen. Es ist jedoch schwierig, dies belastbar zu simulieren, da beispielsweise die Patientenwanderung nach Wegfall einzelner Versorgungsangebote die Fallzahlen benachbarter Versorger über die Mindestfallzahl heben könnte.

Wir zeigen hier eine stark vereinfachte Rechnung, in der **alle** Versorgungsangebote unterhalb der Mindestfallzahl geschlossen werden. Es fallen also die kompletten Erlöse der jeweiligen Leistungsgruppe am Standort weg. Dies ist **keine realistische Prognose** der zukünftigen Entwicklung. Die realen Erlösverluste werden vermutlich zwischen denen von Seite 19 und den unten gezeigten liegen.

Um die Erlösveränderungen berechnen zu können, verteilen wir die Patienten, deren Versorger wegen der Mindestfallzahl nicht mehr zur Verfügung steht, auf die verbleibenden Versorger um (analog zur Beschreibung auf Seite 41). Dann wenden wir das komplette Regelwerk des neuen Erlössystems mit Vorhaltefinanzierung an und vergleichen die sich so ergebenden Gesamterlöse pro Standort mit den Erlösen vor Anwendung der Mindestfallzahlen und Patientenwanderung.



Erwartungsgemäß ergeben sich in dieser Simulation starke Veränderungen. Viele Versorger verlieren große Teile ihrer Erlöse, während bei anderen eine Steigerung durch die Zuwanderung von Patienten auftritt.

Auch hier gilt: Es wäre kurzsichtig, die Erlöszuwächse als direkten finanziellen Vorteil zu interpretieren. Die zusätzlichen Patienten verursachen Kosten in der Versorgung, die den gesteigerten Erlösen entgegenstehen. Für die obige Simulation können wir das konkret quantifizieren: Für **99,2%** der Standorte unterscheiden sich die Kosten der Versorgung (laut a-DRG-Kalkulation) und die Erlöse (im neuen Erlössystem aus Vorhaltefinanzierung und residual-DRG) um **weniger als 3%**. Die oben dargestellten Erlöszuwächse bewirken also generell keine Steigerung des operativen Gewinns, sondern nur des Umsatzes. Ob ein einzelner Standort letztlich finanziell besser oder schlechter gestellt wird, hängt von den spezifischen lokalen Verhältnissen ab.

VORHALTEFINANZIERUNG

03

03.1 GRUNDLAGEN

Der Begriff 'Vorhaltefinanzierung' wird in der Öffentlichkeit unterschiedlich aufgefasst. Um Missverständnisse zu vermeiden, stellen wir im Folgenden einige Daten und Fakten zur Vorhaltefinanzierung dar, wie sie im KHVVG beschrieben ist.

Eine genaue Beschreibung der Berechnungsmethoden finden Sie in Abschnitt 7.2 ab Seite 65.

Keine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung

Die Vorhaltefinanzierung ist **keine** bedingungslose Erstattung für die Kosten, die bei den Krankenhäusern für die Vorhaltung der Versorgung entstehen. Da die Vorhaltefinanzierung weiterhin von Versorgungsaufträgen für Leistungsgruppen, den Fallzahlen pro Leistungsgruppe und dem Erreichen von Mindestfallzahlen abhängt, ist sie auch **keineswegs garantiert**.

Die Vorhaltefinanzierung stellt **keine** Abkehr vom DRG-System dar. Sie gliedert **einen Teil der Erlöse** aus dem a-DRG-System aus. Dieser Anteil wird nach komplexen Regeln an die Krankenhäuser ausgezahlt, die weiterhin stark von den **Fallzahlen** der Häuser abhängen. Die Regeln sorgen dafür, dass bestimmte Erlösschwankungen gedämpft oder zeitlich verschoben werden. Die spezifischen Auswirkungen sind komplex und werden in den folgenden Simulationen veranschaulicht.

Das heutige a-DRG-System erstattet die mittleren Kosten der Behandlung. Jede Modifikation weicht von diesem Grundsatz ab.

Umfang der Vorhaltefinanzierung ist für sich genommen nicht aussagekräftig

Der Umfang der Vorhaltefinanzierung pro Krankenhaus (oder in der Summe über eine Region) ist für sich genommen **keine** aussagekräftige Zahl. Da diese Erlöse vorher aus dem a-DRG-System ausgegliedert wurden, erlaubt nur der Vergleich von a-DRG-Erlösen mit der Summe aus Vorhaltefinanzierung und residualer DRG (r-DRG) eine Aussage über die Veränderung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser.

Umverteilung von Vorhaltefinanzierung muss zusammen mit Patientenwanderung betrachtet werden

Ein häufiges Argument für den Nutzen der Vorhaltefinanzierung ist wie folgt: Wenn im Zuge der Krankenhausreform Leistungserbringer wegfallen, so wird deren Anteil an der Vorhaltefinanzierung auf die verbleibenden Versorger umverteilt. Diese sind dann finanziell besser gestellt.

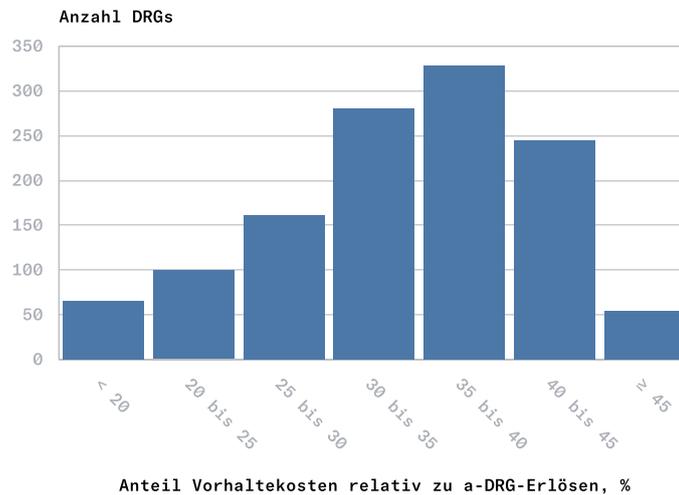
Dieses Argument lässt außer Acht, dass mit Wegfallen von Leistungserbringern auch die Versorgung der entsprechenden Patienten wegfällt. Diese Patienten wenden sich dann den verbleibenden Versorgern zu und verursachen dort finanziellen Aufwand. Ohne eine Betrachtung der **Patientenwanderung** kann keine Bewertung der Erlösveränderungen erfolgen.

Würden beispielsweise 15% der Versorgungskapazität wegfallen, und würden die Fallzahlen der verbleibenden Versorger gleichmäßig und proportional im entsprechenden Umfang steigen, so glichen sich Zuwächse in der Vorhaltefinanzierung und gesteigerter Aufwand exakt aus. Es entstünde keinerlei Vorteil im Vergleich zum heutigen a-DRG-System.

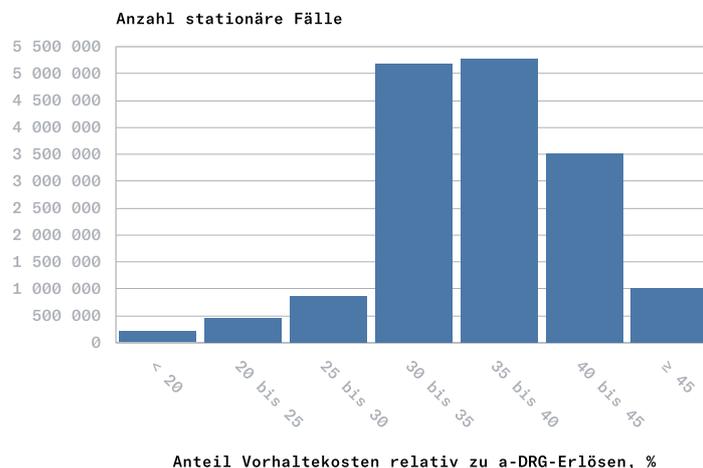
Vorhaltefinanzierung umfasst weniger als 60 % der a-DRG-Erlöse

In der öffentlichen Diskussion wird häufig von einem Vorhaltekostenanteil von “60%” gesprochen. Etwa heißt es in der Stellungnahme der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in Drucksache 20/13407: “60 Prozent der bisherigen Fallpauschalen würden so weitgehend fallzahlunabhängig vergütet.”

Die “60%” finden sich in der Berechnung der Vorhaltekosten wieder, siehe Seite 65. Die Vorhaltefinanzierung umfasst aber **nicht** 60% der heutigen a-DRG. Betrachtet man alle DRGs des Fallpauschalenkatalogs 2022, so liegt der Vorhaltekostenanteil relativ zur a-DRG im Mittel bei 30% bis 40%. Das zeigt die folgende Grafik:



Die vorherige Grafik betrachtet die Anzahl der DRGs. Alternativ kann man die Verteilung der Vorhaltekostenanteile auch über die Zahl der stationären Fälle analysieren. Dann konzentriert sich der typische Vorhaltekostenanteil relativ zur a-DRG noch stärker bei 30% bis 45%:



03.2 SCHLÜSSE AUS DEN SIMULATIONEN

Im Folgenden analysieren wir die Vorhaltefinanzierung anhand von Simulationsrechnungen. In diesem Abschnitt fassen wir unsere Schlüsse aus den Simulationen zusammen. Dabei greifen wir auf die Ergebnisse der einzelnen Szenarien vor, die Sie in den folgenden Abschnitten finden.

- Wenn die Fallzahlen überall konstant bleiben, liefern beide Erlössysteme, a-DRG und r-DRG plus Vorhaltebudget, dieselben Erlöse (Szenario 1, mittlere Erlöse, Seite 29).
- Die Vorhaltefinanzierung federt Erlösschwankungen ab, solange die Fallzahlen den 20%-Korridor nicht verlassen (Szenario 1, zufällige Fallzahlschwankungen, Seite 30).
- Bei Entzug des Versorgungsauftrags für eine Leistungsgruppe besteht keine abfedernde Wirkung der Vorhaltefinanzierung (Szenario 2, Seite 32).
- Schwankt die Fallzahl stärker als 20% gegenüber der Referenzfallzahl, hängen die Folgen vom Jahr der Schwankung ab: Ist die Schwankung für eine Neuberechnung der Vorhaltekostenanteile relevant, bewirkt sie mehrjährige Erlösvorteile oder -nachteile (Szenario 5B, Seite 40). Ist sie nicht für eine Neuberechnung relevant, werden die Erlösschwankungen abgedeckt (Szenario 5A, Seite 39).
- Wachstum geht immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem a-DRG-System einher. Wird insgesamt ein Wachstum von 20% überschritten, gleichen sich die jährlichen Erlöse mittelfristig an, während in Summe ein Erlösverlust bleibt (Szenario 3A, Seite 33).
- Wird beim Wachstum die 20%-Schwelle nicht überschritten, bestehen fortlaufende Erlösnachteile. Dies kann eine systematische Benachteiligung großer Häuser bedeuten, für die es schwieriger ist, ein Wachstum von 20% oder mehr zu erreichen (Szenario 3B, Seite 35).
- In Schrumpfungsprozessen werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung abgedeckt, aber nur solange, wie die Fallzahlreduktion pro Leistungsgruppe weniger als 20% beträgt. Beim Unterschreiten dieser Grenze erfolgt ein plötzlicher Abfall des Budgets (Szenario 3C, Seite 36).
- Wenn ein Fallzahlrückgang am Haus mit einem ähnlich starken Schrumpfen des gesamten Marktes einhergeht, unterscheiden sich a-DRG-Erlöse und r-DRG plus Vorhaltebudget nur wenig (Szenario 4A, Seite 37).
- Wenn der Gesamtmarkt schrumpft, während die Fallzahlen am Haus konstant bleiben, so entstehen dem Haus dennoch Erlösverluste durch einen Rückgang des landesweiten Vorhaltebudgets (Szenario 4B, Seite 38).
- Eine dynamische Simulation der Krankenhausreform NRW anhand der avisierten Restrukturierung zeigt, dass die Vorhaltefinanzierung nur eine sehr geringe Veränderung in den Erlösen der Häuser bewirkt, wenn man sie mit dem heutigen a-DRG-System vergleicht (Seite 41).
- Auch die Simulation einer bundesweiten Krankenhausreform zeigt nur sehr geringe Effekte der Vorhaltefinanzierung (Seite 43). Ein Schutz der bestehenden Versorger ist nicht abzuleiten.

03.3 EINLEITUNG SZENARIO-ANALYSE

Ziel der Analyse

“Wir lösen das System der Fallpauschalen ab, durch ein System der Vorhaltepauschalen. Die Kliniken erhalten so Geld dafür, dass sie bestimmte Leistungen anbieten — selbst dann, wenn sie sie nicht immer erbringen. Das nimmt den ökonomischen Druck von den Kliniken, erlaubt eine Entbürokratisierung und sorgt für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung von Patienten. Das ist eine Revolution.” Diese Aussage des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach beschreibt bisher eine “gefühlte Wahrheit”. Die positiven Effekte der Vorhaltefinanzierung wurden vom Gesetzgeber bisher nicht quantitativ belegt.

In diesem Kapitel simulieren wir konkret, welche Auswirkungen die geplanten Vorhaltefinanzierung auf ein Krankenhaus haben könnte. Dazu betrachten wir zuerst beispielhafte Szenarien, die verschiedene Entwicklungen und Ereignisse abbilden.

In Abschnitt 3.5 und 3.6, ab Seite 41, stellen wir zusätzlich Rechnungen vor, die die Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung bei zukünftigen Krankenhausreformen zeigen, also bei einer dynamischen Veränderung der Krankenhauslandschaft.

Beispielkrankenhaus St. Alea

Die folgenden Analysen beziehen sich auf ein **fiktives Beispielhaus**, welches wir im Folgenden **Krankenhaus St. Alea** nennen. Dessen Charakteristika, etwa Fallzahlen, DRG-Spektrum und zeitliche Entwicklung, orientieren sich an typischen realen Verhältnissen.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit betrachten wir ein kleines Krankenhaus. Die dargestellten Effekte gelten jedoch in identischer Weise auch für große Krankenhäuser.

Neben der Erlössituation hängt die wirtschaftliche Zukunft von St. Alea von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dazu gehören etwa die Personalsituation, bauliche Gegebenheiten und Sanierungskosten, Kapitalausstattung und Schuldenstand sowie die generelle betriebliche Effizienz. Faktoren dieser Art sind bei jedem Haus anders, deshalb lassen sich keine generischen Aussagen treffen. Daher beschränken wir die Studie auf eine **Betrachtung der Erlöse**, insbesondere auf den Vergleich des bisherigen **a-DRG**-Systems (korrekter: aG-DRG-System) mit der Kombination aus **Vorhaltefinanzierung** und residualen DRGs (**r-DRG**). Dieser Vergleich ist hinreichend, um die Aussage aus dem einleitenden Satz zu prüfen: Eine klare Verbesserung der wirtschaftlichen Lage kleiner Krankenhäuser müsste zwingend mit einer Verbesserung der Erlössituation einhergehen, solange die betrieblichen Ausgaben nicht sinken.

Eine Beschreibung der **Berechnungsmethoden** finden Sie in Abschnitt 7.2 ab Seite 65. Die Ergebnisse der Studie können überwiegend auch verstanden werden, ohne dass man diese Beschreibung im Detail nachvollzieht.

Leistungsspektrum an St. Alea

Unser Beispiel-Krankenhaus St. Alea ist ein Grundversorger im ländlichen Raum mit zusätzlichen Spezialisierungen in der Endoprothetik und der Urologie. Die Simulation basiert auf einer Einteilung der Fälle in medizinische Leistungsgruppen, die sich am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 orientiert. Wir setzen folgende Leistungsgruppen und Fallzahlen an:

- Internistische Grundversorgung: **2 200** Fälle
- Chirurgische Grundversorgung: **1 400** Fälle
- Hüftgelenk-Endoprothetik: **120** Fälle
- Kniegelenk-Endoprothetik: **100** Fälle
- Urologie: **900** Fälle

Für die Szenarien zeigen wir immer **mittlere Erlöse**, die sich aus dem statistischen Mittel des DRG-Fallspektrums in der jeweiligen Leistungsgruppe ergeben. Diese Fallspektren beziehen wir aus dem InEK-Datenbrowser (Datenlieferung 2022 gruppiert nach DRG 2023), wobei wir auf Häuser mit 100 bis 149 Betten filtern.

Für manche Szenarien zeigen wir zusätzlich Ergebnisse für zufällige **'Samples'** des Fallspektrums, wie sie sich durch die Variation zwischen den Jahren ergeben könnten. Die Samples werden durch zufällige Selektion der Fälle aus dem DRG-Fallspektrum der Leistungsgruppe berechnet (gewichtet mit der jeweiligen Häufigkeit der DRG). Hierbei simulieren wir auch eine zufällige Variation der Fallzahl pro Leistungsgruppe von Jahr zu Jahr. Das Modell für die Fallzahlvariation wird auf Seite 68 beschrieben.

03.4

ERGEBNISSE FÜR DIE SZENARIEN

In den folgenden Abschnitten zeigen wir Ergebnisse der Simulation für mehrere Szenarien. Die Szenarien bilden unterschiedliche Entwicklungen und Ereignisse für das Beispielhaus St. Alea ab. Sie geben einen beispielhaften Überblick darüber, wie sich die Vorhaltefinanzierung unter verschiedenen Verhältnissen auswirken könnte.

Für jedes Szenario zeigen wir grafische Darstellungen der Ergebnisse, die immer demselben Schema folgen. Diese Grafiken erläutern wir in Szenario 1. Deswegen empfehlen wir, **Szenario 1 zuerst** zu studieren, um die Grafiken in den folgenden Szenarien besser verstehen zu können.

SZENARIO 1: “STABILE VERHÄLTNISSE”

In diesem Szenario gehen wir davon aus, dass die Fallzahlen in allen Leistungsgruppen an St. Alea im Mittel konstant bleiben. In der ersten Grafik zeigen wir die **mittleren Erlöse** im zeitlichen Verlauf, also ohne zufällige Variationen der Fallzahl. Die gestrichelte **blaue** Linie stellt den Verlauf der a-DRG-Erlöse dar. Die **orangefarbene** Linie zeigt die Summe aus residualen DRG-Erlösen (r-DRG) und dem Vorhaltebudget. Sie entspricht also den Gesamterlösen des Hauses nach Einführung der Vorhaltefinanzierung, exklusive Pflegekosten.

In einer weiteren Grafik zeigen wir beispielhafte Simulationsergebnisse (‘Samples’) unter **zufälligen Fallzahlvariationen**, wie sie realistisch zu erwarten wären (siehe auch Seite 68). Eine solche Grafik mit zufälligen Schwankungen zeigen wir nur für ausgewählte Szenarien.

Die **horizontale Achse** stellt immer den zeitlichen Verlauf in Jahren dar. Alle Jahreszahlen sind rein fiktiv und dienen nur der Illustration. Sie stimmen nicht notwendigerweise mit den aktuellen Plänen zur Umsetzung der Krankenhausreform überein. Alle Szenarien für mittlere Erlöse sind von 2030 bis 2045 dargestellt. Für Grafiken mit zufälligen Fallzahlschwankungen zeigen wir, der Übersichtlichkeit halber, eine kürzere Zeitspanne.

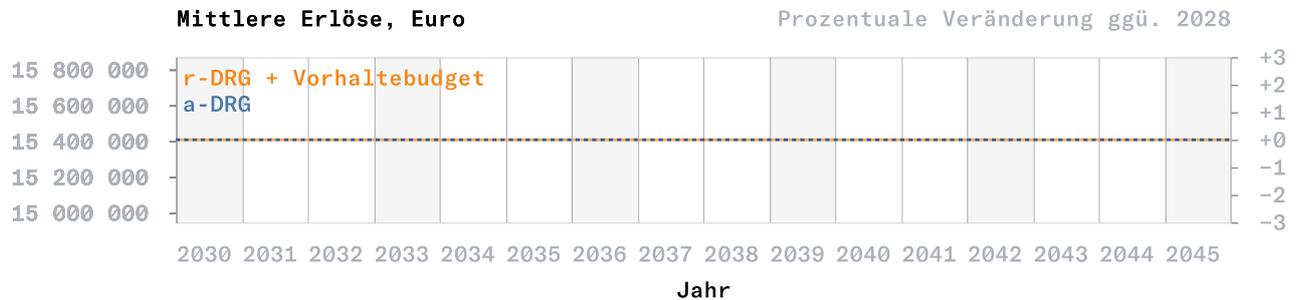
In jeder Grafik-Zeile sind an der **linken vertikalen Achse** die absoluten Gesamterlöse für St. Alea (exklusive Pflegekosten) angegeben, also a-DRG-Erlöse und die Summe aus r-DRG-Erlösen und Vorhaltebudget. An der **rechten vertikalen Achse** sind dieselben Zahlen relativ zum Gesamterlös im Jahr 2028 ausgedrückt.

Im Jahr 2028 starten wir immer mit den Fallzahlen, die in Abschnitt 3.3 auf Seite 27 angegeben sind. Sie bilden die Referenz für die erste Berechnung des Vorhaltebudgets für das Jahr 2030. Alle drei Jahre erfolgt eine **Neuberechnung** der Vorhaltekostenanteile (siehe auch Seite 67); diese **Berechnungsjahre** sind **grau** schattiert. Es sind hier jeweils die Jahre markiert, für die das auszahlende Vorhaltebudget neu berechnet wird. Die Berechnung selbst wird am Ende des vorhergehenden Jahres durchgeführt. Der Start-Wert der Gesamterlöse aus dem Jahr 2028 ist in der Grafik durch die horizontale Mittellinie angezeigt.

Türkisfarbene Sternchen (*) markieren Berechnungsjahre, in denen in mindestens einer Leistungsgruppe der **20%-Korridor** verlassen wurde und eine neue Referenzfallzahl verwendet wurde. In Berechnungsjahre ohne Sternchen lagen alle Fallzahlen innerhalb des 20%-Korridors der vorherigen Berechnung. Die Berechnungen basieren jeweils auf Fallzahlen von zwei Jahren davor (siehe auch Seite 67).

Für manche Jahre ist die **Differenz** zwischen den r-DRG-Erlösen plus Vorhaltebudget und den a-DRG-Erlösen in der Grafik vermerkt, als absoluter Wert und als prozentualer Anteil der a-DRG-Erlöse im jeweiligen Jahr. Eine positive Differenz bedeutet also, dass das Haus im neuen Vergütungssystem höhere Gesamterlöse hätte als im a-DRG-System.

Szenario 1: "Stabile Verhältnisse", mittlere Erlöse



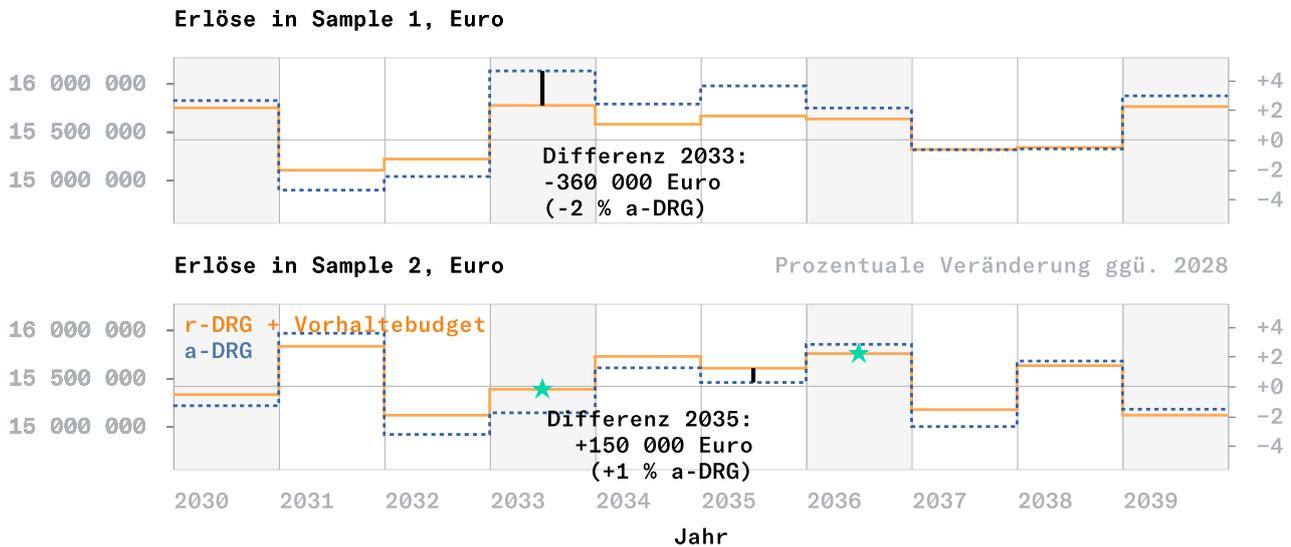
In dieser Grafik, die die mittleren Erlöse darstellt, erkennt man, dass die Umstellung auf das neue Vergütungssystem erlösneutral ist, solange die Fallzahlen am Haus und landesweit konstant bleiben.

Der Anteil des gesamten Vorhaltebudgets relativ zu den a-DRG-Erlösen beträgt an St. Alea im Mittel **36%**. Für die einzelnen Leistungsgruppen ergeben sich die folgenden mittleren Anteile:

- Internistische Grundversorgung: **32%**
- Chirurgische Grundversorgung: **38%**
- Hüftgelenk-Endoprothetik: **34%**
- Kniegelenk-Endoprothetik: **35%**
- Urologie: **39%**

Die Variation der Anteile zwischen den Leistungsgruppen ergibt sich aus unterschiedlichen Anteilen von variablen Sachkosten und Pflegekosten der enthaltenen DRGs.

Szenario 1: "Stabile Verhältnisse", zufällige Fallzahlschwankungen



Diese Grafik stellt Szenario 1 unter Berücksichtigung realistischer Fallzahlschwankungen dar. Die beiden Zeilen zeigen Simulationen mit unterschiedlichen zufälligen Schwankungen.

Ein Grundgedanke der Vorhaltefinanzierung ist es, Erlösschwankungen zu dämpfen. Diesen Effekt erkennt man hier: In Jahren mit a-DRG-Erlösen über dem initialen Wert (Mittellinie in der Grafik) fällt die Summe aus r-DRG-Erlösen und Vorhaltebudget im Vergleich dazu geringer aus (z. B. in Sample 1 in Jahr 2033); bei niedrigen a-DRG-Erlösen verhält es sich umgekehrt. Liegen die a-DRG-Erlöse nahe beim initialen Wert von 2028, ergeben beide Systeme ähnliche Gesamterlöse. Die Vorhaltefinanzierung reduziert also das "Rauschen" der Erlöse.

Während in Sample 1 die Fallzahlen in allen Berechnungsjahren und allen Leistungsgruppen im jeweiligen 20%-Korridor lagen, ist das in Sample 2 nicht der Fall. 2031 lag die Fallzahl in der Hüft-Endoprothetik durch zufällige Schwankungen um **23 %** über dem Wert von 2028. Das führt zu einer Steigerung des Vorhaltebudgets für diese Leistungsgruppe in der Berechnung für 2033 (Markierung mit einem türkisfarbenen Sternchen). Dadurch fallen auch die Gesamterlöse für 2035 höher aus als die a-DRG-Erlöse (siehe Markierung im Plot), obwohl die a-DRG-Erlöse in Summe nahe am initialen Wert von 2028 liegen. Mit der Neuberechnung 2036 verschwindet dieser Effekt wieder, da die Fallzahl in der Hüft-Endoprothetik 2034 um mehr als 20% unter der von 2031 liegt (und damit um mehr als 20% von der Referenzfallzahl der Berechnung für 2033 abweicht), sodass im Weiteren eine niedrigere Referenzfallzahl maßgeblich ist.

Wenn in einer Leistungsgruppe der 20%-Korridor nicht verlassen wird, bleibt die Referenzfallzahl immer gleich. Solange der Vorhalte-CMI und das landesweite Vorhaltebudget konstant sind, bleibt somit auch das Vorhaltebudget des Hauses gleich. Fallzahlschwankungen erzeugen dann Variationen in den r-DRG-Erlösen, die direkt mit der Fallzahl skalieren. Somit gleichen sich bei konstanter mittlerer Fallzahl die Erlösvorteile und -nachteile gegenüber dem a-DRG-System im langjährigen Mittel gegenseitig aus.

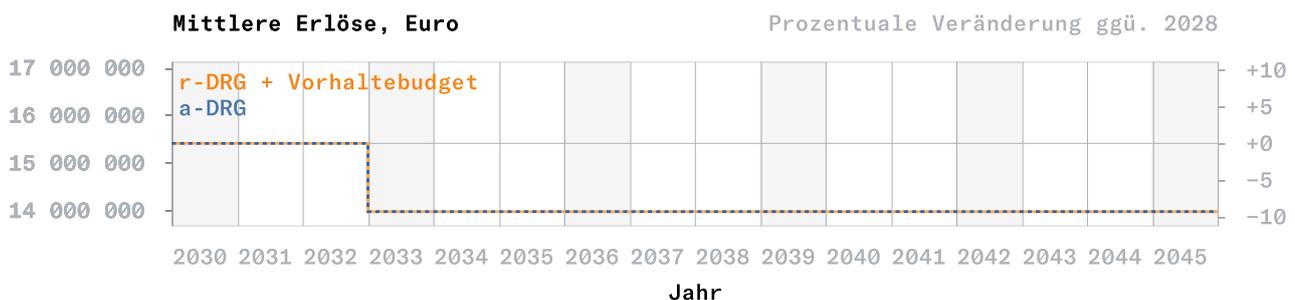
Man muss beachten, dass die Leistungsgruppen an St. Alea zu den **fallzahlstarken Leistungsgruppen** zählen. Unter den spezialisierten Leistungsgruppen gibt es viele mit deutlich niedrigeren Fallzahlen pro Standort—zwischen den größten und den kleinsten Leistungsgruppen variiert die mittlere Fallzahl in der Größenordnung eines Faktors **100**. Bei niedrigeren Fallzahlen sind die zufälligen Schwankungen relativ gesehen stärker. Somit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, in einem gegebenen Jahr eine Fallzahl außerhalb des 20%-Korridors zu erreichen. Für die Leistungsgruppe “Tiefe Rektumeingriffe” etwa beträgt die Fallzahl pro Standort im gewichteten Mittel **25**. Allein die unvermeidbare statistische Schwankung der jährlichen Fallzahl, die durch das unabhängige Auftreten der stationären Fälle verursacht wird (Poisson-Prozess), führt dann dazu, dass in **32 %** der Berechnungsjahre eine Fallzahl außerhalb des 20%-Korridors auftritt. Sie wird dann zur neuen Referenzfallzahl und beeinflusst das Vorhaltebudget für mehrere Jahre. (Diese Diskussion bezieht sich auf Leistungsgruppen, wie sie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen von 2022 definiert sind.)

SZENARIO 2: “WEGFALL VON LEISTUNGSGRUPPEN”

In diesem Szenario ist St. Alea von der Leistungskonzentration im Zuge einer Krankenhausreform negativ betroffen: Die Planungsbehörde des Bundeslandes entzieht dem Haus zum Jahr 2033 den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppen Knie- und Hüft-Endoprothetik. Die Versorgungsaufträge für die internistische und die chirurgische Grundversorgung sowie für die Urologie behält das Haus.

Die Auswirkungen der Krankenhausplanung auf die weiter bestehenden Leistungsgruppen, inklusive der Patientenwanderung, betrachten wir in diesem Szenario nicht. Dadurch sind die Ergebnisse einfacher zu interpretieren. Ob Teile der Erlösverluste durch zusätzliche Fälle in anderen Leistungsgruppen (nach Abzug von deren Kosten) aufgewogen werden könnten, wird stark von den spezifischen Verhältnissen am Standort abhängen.

Szenario 2: “Wegfall von Leistungsgruppen”, mittlere Erlöse



Mit Entzug der Leistungsgruppen Knie- und Hüft-Endoprothetik darf St. Alea solche Fälle ab 2033 nicht mehr versorgen. Die a-DRG-Erlöse für diese Leistungsgruppen fallen also komplett weg, ebenso wie die r-DRG-Erlöse. Gleichzeitig fällt jedoch auch das gesamte Vorhaltebudget für diese Leistungsgruppen weg, denn eine Auszahlung des Vorhaltebudgets ist nur für Standorte vorgesehen, die einen Versorgungsauftrag für die entsprechende Leistungsgruppe haben. Es existiert also keinerlei abfedernde Wirkung der Vorhaltefinanzierung auf die Erlöse von St. Alea und es besteht kein Vorteil gegenüber dem a-DRG-System.

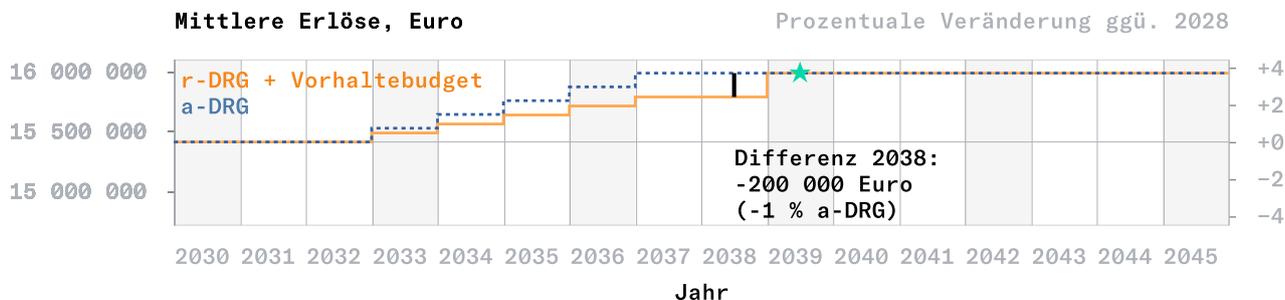
Den Erlösverlust müsste man den Veränderungen in der Kostenstruktur des Hauses gegenüberstellen, die sich nach Wegfall der Leistungsgruppen ergeben. Im vorliegenden Fall ist nicht damit zu rechnen, dass der Erlösverlust durch Kostenreduktion komplett ausgeglichen werden kann: Als Grundversorger muss St. Alea die chirurgische Grundversorgung inklusive der Traumatologie weiter betreiben. Deswegen wird man keine substanziellen Teile der Infrastruktur stilllegen können. Auch beim ärztlichen und pflegerischen Personal wird, wenn überhaupt, nur ein begrenzter Abbau möglich sein. Da die Leistungsgruppe Hüft-Endoprothetik zudem nur die elektiven Eingriffe umfasst, gehören traumatologisch indizierte Hüft-Endoprothesen weiter zum Leistungsspektrum des Hauses.

SZENARIO 3A: “STARKES PLANMÄßIGES WACHSTUM”

In diesem Szenario stellt das Krankenhaus St. Alea zum Jahresanfang 2033 einen neuen Oberarzt in der Chirurgie ein, der die Endoprothetik am Haus gezielt ausbaut. Infolgedessen steigen die Fallzahlen in der Hüft- und der Knie-Endoprothetik in den Jahren 2033 bis 2037 jeweils um **8%** pro Jahr (relativ zur Fallzahl von 2028), also insgesamt um **40%**.

Dies geschieht durch Abwerbung von Patienten der umliegenden Versorger, die keine Spezialisierung in der Endoprothetik aufweisen und geringe Fallzahlen versorgen. Die Gesamtfallzahlen im Bundesland bleiben konstant.

Szenario 3A: “Starkes planmäßiges Wachstum”, mittlere Erlöse

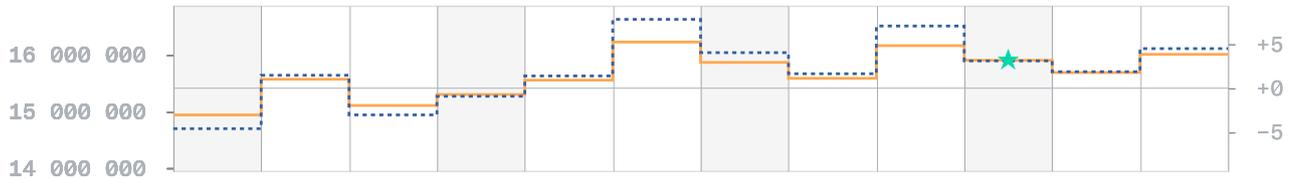


In der Darstellung der mittleren Erlöse erkennt man, dass das Vorhaltebudget bei einem Fallzahlwachstum der Fallzahlentwicklung hinterherläuft. Der Anteil von St. Alea am Landesbudget wird nur alle drei Jahre neu berechnet, bezieht sich auf die Fallzahl des Vor-Vorjahres und wird nur ab einer Steigerung der Fallzahl von mehr als 20% aktualisiert. In der Simulation findet eine Neuberechnung für 2036 statt, die sich auf die Fallzahlen von 2034 bezieht. Da dort die Fallzahl aber erst um **16%** gestiegen ist, bleibt das Vorhaltebudget unverändert. Eine Anpassung findet erst mit der Neuberechnung 2039 statt, die sich auf die Steigerung von **40%** bis 2037 bezieht. Bis dahin ist der jährliche Erlösnachteil auf **-200 000 Euro** angewachsen. In der Summe über alle Jahre beläuft sich die Differenz der Gesamterlöse aus r-DRG plus Vorhaltebudget im Vergleich zum a-DRG-System auf **-800 000 Euro**.

Ein solches Ergebnis mag im Interesse des Erfinders sein, weil es den Anreiz zum Fallzahlwachstum dämpft. Gleichzeitig reduziert es jedoch auch den Anreiz zur Leistungskonzentration und Spezialisierung. Das ist insofern unglücklich, als eine stärkere Konzentration der Versorgung eine Qualitätssteigerung bewirken könnte.

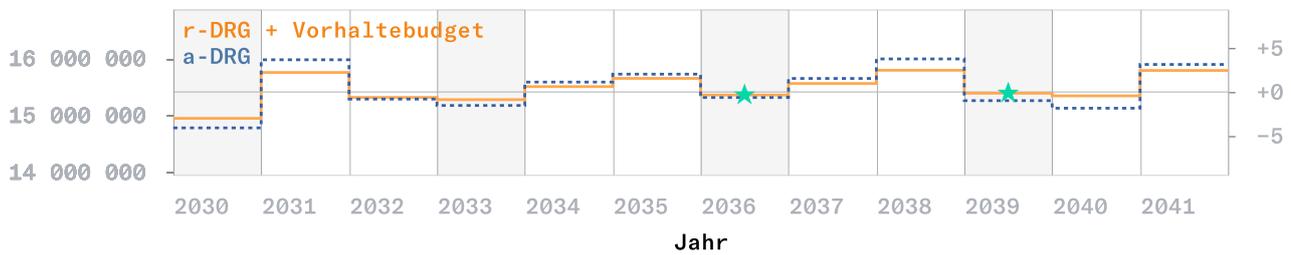
Szenario 3A: "Starkes planmäßiges Wachstum", zufällige Fallzahlschwankungen

Erlöse in Sample 1, Euro



Erlöse in Sample 2, Euro

Prozentuale Veränderung ggü. 2028

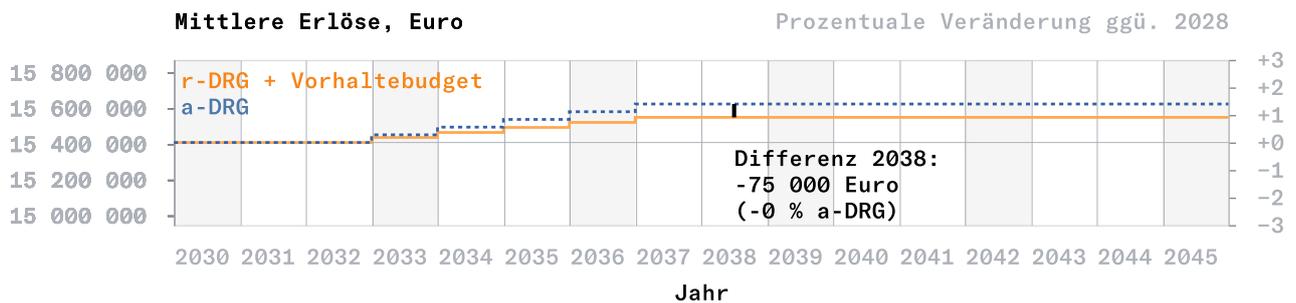


Sample 1 lässt ähnliche Beobachtungen zu wie die Darstellung der mittleren Erlöse, wobei das stetige Wachstum von zufälligen Schwankungen überlagert wird. In Sample 2 führt eine zufällige positive Schwankung in der Knie-Endoprothetik 2034 schon 2036 zu einer Anhebung des Vorhaltebudgets.

SZENARIO 3B: “MODERATES PLANMÄßIGES WACHSTUM”

Dieses Szenario entspricht 3A; allerdings gehen wir in den Jahren 2033 bis 2037 nur von einer Steigerung um **3 %** pro Jahr aus. Insgesamt wächst die Fallzahl also um **15 %**.

Szenario 3B: “Moderates planmäßiges Wachstum”, mittlere Erlöse



Der Erlösverlust gegenüber den a-DRG-Erlösen fällt hier im Jahr 2038 geringer aus als in Szenario 3A (**-75 000 Euro** gegenüber **-200 000 Euro**). Allerdings gibt es in Szenario 3B keinen Zeitpunkt, ab dem sich r-DRG-Erlöse plus Vorhaltebudget wieder den a-DRG-Erlösen angleichen, da die Fallzahlsteigerung die Grenze von 20% nie überschreitet. Der Erlösverlust bleibt für alle Folgejahre bestehen.

Die Tatsache, dass an St. Alea nur ein moderates Wachstum stattfindet, führt also zu einem dauerhaften Erlösverlust. In einem solchen Szenario bestünde also ein großer Anreiz für das Haus, nach Möglichkeit die Fallzahl weiter zu steigern, um die 20%-Grenze zu überschreiten. In diesem Fall ergäbe sich ein Widerspruch zum Reformziel, wirtschaftliche Anreize zum Wachstum abzubauen.

Dieses Ergebnis weist auch auf eine mögliche **Benachteiligung großer Versorger** hin: Da sie von hohen initialen Fallzahlen starten, haben sie weniger Chancen, ein Wachstum von über 20% zu erreichen. Ein Wachstum auf niedrigerem Niveau bedeutet jedoch dauerhafte Erlösnachteile. Zudem ist es für große Versorger wahrscheinlicher, im Rahmen der Krankenhausreform und der angestrebten Leistungskonzentration zusätzliche Patienten zu erhalten. Steigt dadurch die Fallzahl um weniger als 20%, ergibt sich ein Erlösverlust gegenüber dem a-DRG-System.

SZENARIO 3C: “SCHLEICHENDES SCHRUMPFEN”

Durch eine Kombination von Marktverschiebungen, Personalproblemen und Abwanderung der Bevölkerung sinkt der Erlös an St. Alea 2033 bis 2040 in allen Leistungsgruppen um **3 %** pro Jahr. Insgesamt sinkt die Fallzahl also um **24 %**.

Szenario 3C: “Schleichendes Schrumpfen”, mittlere Erlöse



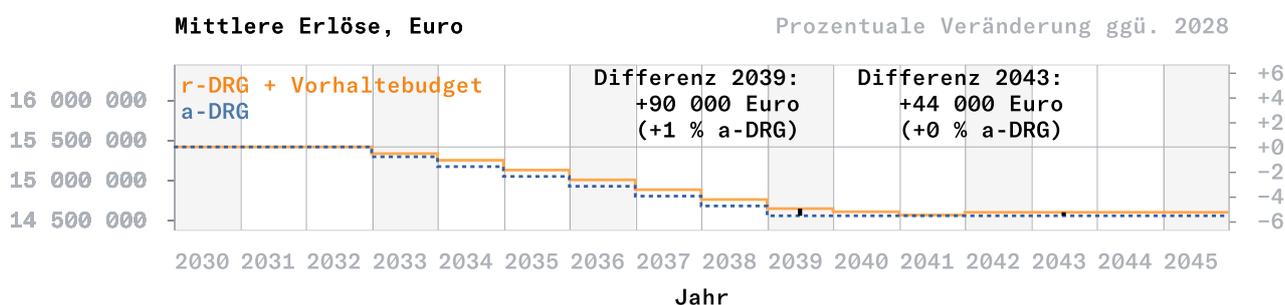
Das Schrumpfen von St. Alea wird lange Jahre von der Vorhaltefinanzierung abgedeckt: Solange die Reduktion der Fallzahl weniger als 20 % beträgt, gilt für die Berechnung des Vorhaltekostenanteils die initiale Fallzahl vom Beginn der Simulation. Bis 2041 ergibt sich so ein Erlösvorteil gegenüber dem a-DRG-System von **+1 300 000 Euro**. Dabei handelt es sich nicht um “frisches Geld” für das Krankenhauswesen. Der Erlösvorteil an St. Alea wird durch eine entsprechende Reduktion der Vorhaltefinanzierung bei den anderen Versorgern des Bundeslandes bezahlt.

Die Situation ändert sich mit Neuberechnung der Vorhaltekostenanteile im Jahr 2042: Diese bezieht sich auf Fallzahlen von 2040, die einer Reduktion gegenüber den vorherigen Referenzfallzahlen um **24 %** entsprechen. Dadurch gelten für St. Alea neue, niedrigere Referenzfallzahlen, was eine drastische Reduktion des Vorhaltebudgets nach sich zieht. Die Puffer-Wirkung der Vorhaltefinanzierung verschwindet plötzlich, sobald die Fallzahlreduktion mehr als 20 % beträgt.

SZENARIO 4A: “AMBULANTISIERUNG”

Dieses Szenario simuliert einen stetigen Fallzahlrückgang in der internistischen Grundversorgung durch Ambulantisierung und Verlagerung von Fällen in die intersektorale Versorgung. In den Jahren 2033 bis 2039 reduziert sich die Fallzahl **an allen Häusern** im Bundesland jeweils um **2%** pro Jahr (relativ zur Fallzahl von 2028), also insgesamt um **14%**. Diese Reduktion findet auch an St. Alea statt.

Szenario 4A: “Ambulantisierung”, mittlere Erlöse



Hier verhält sich der Verlauf anders als in den Szenarien 3A und 3B (abgesehen von Stärke und Vorzeichen der Veränderung), da sich nicht nur die Fallzahl an St. Alea, sondern auch das landesweite Vorhaltevolumen reduziert. Letzteres wird jährlich neu berechnet und bewirkt mit einem Zeitverzug von zwei Jahren eine Reduktion des Vorhaltebudgets an St. Alea. (Die Anteile der Häuser am Vorhaltebudget werden nur alle drei Jahre neu berechnet.)

Der Zeitverzug in der Anpassung des Landesbudgets bewirkt im Jahr 2039 einen Erlösvorteil an St. Alea von **+90 000 Euro** gegenüber dem a-DRG-System. Dieser Erlösvorteil, der für fast alle Versorger im Bundesland existiert, bedeutet Mehrkosten für die Krankenkassen im Vergleich zum a-DRG-System. Bis 2041 hat sich das Landesbudget der veränderten Fallzahl angeglichen.

Ab 2042 erkennt man einen leichten Erlösvorteil für St. Alea. Dieser entsteht dadurch, dass bei einer mittleren Reduktion der Fallzahl um **14%** bei einer kleinen Zahl von Mitbewerbern mit einer Unterschreitung des 20%-Korridors zu rechnen ist. Während also bei St. Alea und den meisten anderen Versorgern weiterhin die initiale Fallzahl als Referenzfallzahl gilt (weil die Veränderung nicht stärker als 20% ist), wird bei einem kleinen Teil der Mitbewerber eine niedrigere Referenzfallzahl angesetzt. Das erhöht den Vorhaltekostenanteil von St. Alea, was zu einem leichten Erlösvorteil führt.

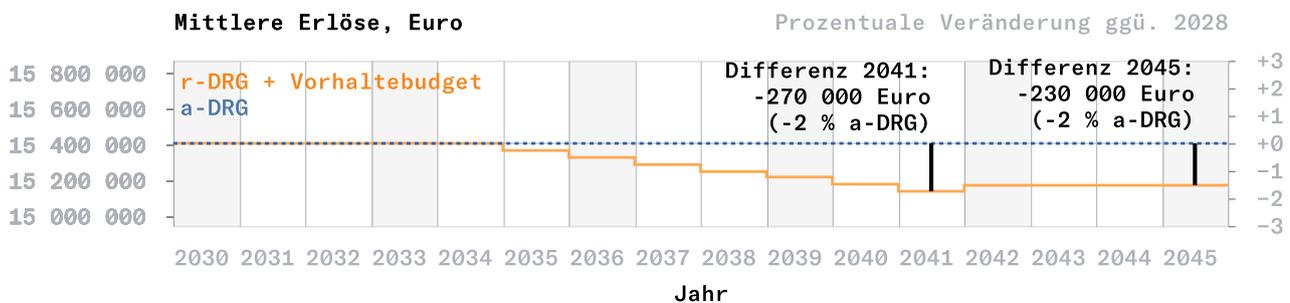
Der Verlauf der Fallzahlen bei den Mitbewerbern wird in der Simulation statistisch berücksichtigt. Die Berechnung wird auf Seite 68 beschrieben.

SZENARIO 4B: "AMBULANTISIERUNG ANDERSWO"

In diesem Szenario wird auch eine landesweite Ambulantisierung simuliert, wie in Szenario 4A. Allerdings nehmen wir nun an, dass die Fallzahl **an St. Alea konstant** bleibt: Wegen mangelnder Versorgungsstrukturen rund um das Haus können keine stationären Fälle in die ambulante oder intersektorale Versorgung verlagert werden. Die a-DRG-Erlöse für St. Alea bleiben somit konstant.

An den anderen Häusern im Bundesland reduziert sich die Fallzahl in der internistischen Grundversorgung in den Jahren 2033 bis 2039 jeweils um **2 %** pro Jahr, also insgesamt um **14 %**. Das ist dieselbe Reduktion, die in Szenario 4A angesetzt wurde.

Szenario 4B: "Ambulantisierung anderswo", mittlere Erlöse



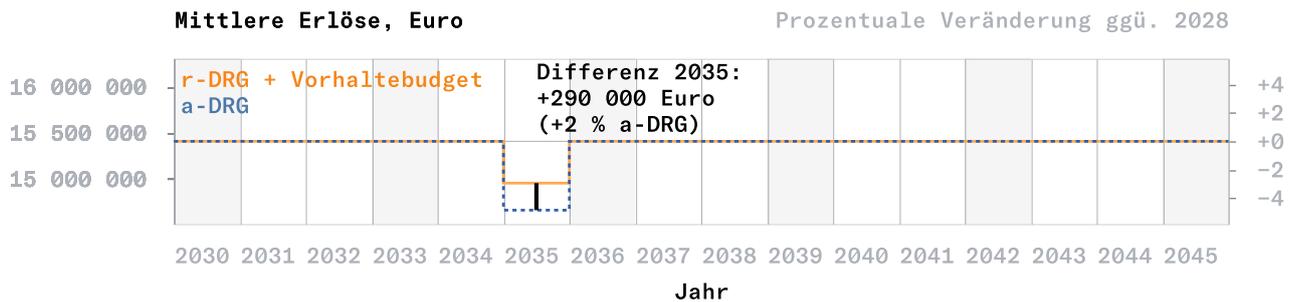
Bis zur Neuberechnung im Jahr 2042, die sich auf die Fallzahlen der Häuser von 2040 bezieht, liegen die Fallzahländerungen bei fast allen Mitbewerbern unter 20%. Auch 2042, bei einer mittleren Reduktion der Fallzahl um **14 %**, bleibt die Mehrzahl der Mitbewerber noch innerhalb des 20%-Korridors. Somit sind die berechneten Vorhaltekostenanteile aller Häuser, inklusive St. Alea, im Wesentlichen konstant.

Gleichzeitig verringert sich jedoch das (jährlich neu berechnete) landesweite Vorhaltebudget um insgesamt **14 %**. Dadurch sinkt das Vorhaltebudget an St. Alea kontinuierlich, bis 2041 ein Erlösverlust von **-270 000 Euro** gegenüber dem a-DRG-System entsteht. Mit der Neuberechnung 2042 verringert sich der Erlösnachteil leicht, weil dann für eine größere Zahl von Mitbewerbern neue, niedrigere Referenzfallzahlen gelten. Damit steigt der Anteil von St. Alea am Landesbudget, was für das Haus eine leichte Erhöhung des Vorhaltebudgets bewirkt. Es besteht jedoch weiterhin ein deutlicher Erlösnachteil gegenüber dem a-DRG-System, der auch für die Folgejahre gültig bleibt.

SZENARIO 5A: "GLÜCK IM UNGLÜCK"

Durch den Weggang von ärztlichem Personal muss St. Alea seine Leistungen in der Urologie im Jahr 2035 insgesamt um **30%** reduzieren. Für das Jahr 2036 können neue Mitarbeiter gewonnen werden, sodass die Fallzahlen wieder auf das Niveau vor 2035 zurückkehren.

Szenario 5A: "Glück im Unglück", mittlere Erlöse

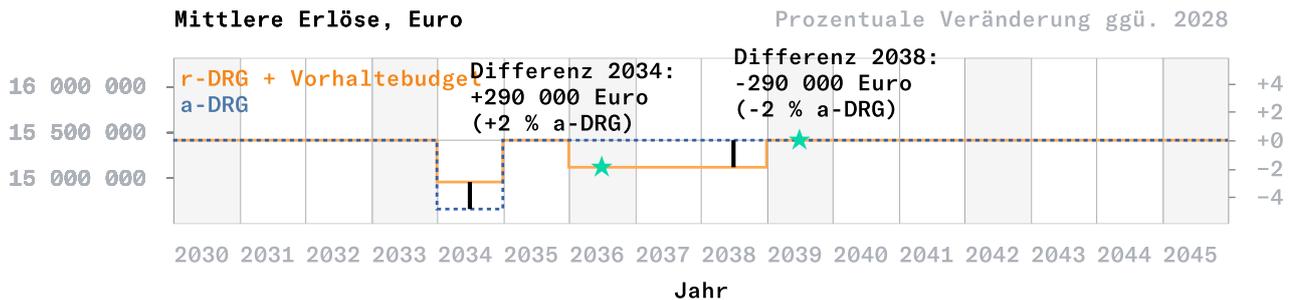


Im Verlauf der mittleren Erlöse erkennt man wieder den Effekt, dass die Vorhaltefinanzierung Fallzahlschwankungen generell dämpft. Während die a-DRG-Erlöse in der Urologie um **30%** einbrechen, reduziert sich die Summe aus r-DRG und Vorhaltebudget nur um **18%**. Somit ergibt sich ein Erlösvorteil im Vergleich zum a-DRG-System. 2036 kehren die Erlöse in beiden Systemen wieder auf ihre Anfangswerte zurück.

SZENARIO 5B: “KEIN GLÜCK IM UNGLÜCK”

Dieses Szenario entspricht 5A von Seite 39, mit einem kleinen Unterschied: Der negative Ausreißer in der Fallzahl tritt ein Jahr früher auf, nämlich 2034.

Szenario 5B: “Kein Glück im Unglück”, mittlere Erlöse



Für das Jahr 2034 erkennen wir ein ähnliches Ergebnis wie in Szenario 5A: Im Erlösmodell mit Vorhaltefinanzierung ist die Auswirkung des negativen Ausreißers abgeschwächt.

In den Jahren 2036 bis 2038 ergeben sich jedoch andere Verhältnisse als in 5A: Drei Jahre lang liegen die Erlöse im Modell mit Vorhaltefinanzierung unter denen des a-DRG-Systems. Da der Verlust pro Jahr genau dem “gepufferten” Verlust von 2034 entspricht, verliert das Haus netto das Doppelte des Vorteils von 2034.

Warum erzeugt die Verschiebung eines einmaligen Ereignisses—des negativen Ausreißers—um ein Jahr ein derart stark abweichendes Ergebnis? Das Jahr 2036 ist ein Berechnungsjahr und bezieht sich auf die Fallzahlen von 2034. Da dort in der Urologie die Fallzahl um **30%** von der Referenzfallzahl abweicht, also um mehr als 20%, ist der negative Ausreißer die Referenz für die Berechnung des Vorhaltebudgets in der Urologie für die drei folgenden Jahre. Erst mit der erneuten Berechnung für 2039 kehrt das Vorhaltebudget wieder auf seinen Wert vor dem Ausreißer zurück.

03.5 SIMULATION DER KRANKENHAUSREFORM NORDRHEIN-WESTFALEN

Dynamische Simulation

Als Gegenargument zu den bisher gezeigten Analysen der Vorhaltefinanzierung wurde mehrfach vorgetragen, dass diese "statische" Betrachtung nicht zutreffend sei, wenn sich die Krankenhauslandschaft im Zuge der Krankenhausreform verändert. Glücklicherweise lässt sich auch eine Krankenhausreform simulieren, sodass man die Effekte der Vorhaltefinanzierung abschätzen kann.

Die Analysen dieses und des folgenden Abschnitts 3.6 stehen **nicht** in Zusammenhang mit den zuvor gezeigten Szenarien für das Beispielkrankenhaus St. Alea. Sie spiegeln die reale Versorgungsstruktur wider und beziehen alle Leistungsgruppen und Krankenhäuser ein (siehe Seite 65).

Krankenhausreform NRW und Patientenwanderung

Zuerst betrachten wir die Restrukturierung, die im Zuge der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vollzogen wurde. Grundlage sind die Anhörungsschreiben zur Bewilligung von Leistungsgruppen, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) im Juni 2024 versandt wurden. Darin wird dargelegt, welcher Standort künftig für welche Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag erhalten soll.

Um die Leistungsgruppen-Fallzahlen nach Restrukturierung abschätzen zu können, simulieren wir die Patientenwanderung für die Patienten, deren bisheriger Versorger die Leistungsgruppe nicht mehr versorgen darf. Dazu verwenden wir das Vebeto Patientenmodell, das unter anderem die Pkw-Fahrzeiten der Patienten und die Marktposition der Versorger berücksichtigt. Die Fallzahlen nach Restrukturierung ergeben sich also aus der Summe des Status quo (hier Stand 2022) und den zusätzlichen Fällen, die sich aus der Patientenwanderung ergeben. Leistungsgruppen, die laut Anhörungsschreiben wegfallen, werden mit null Fällen veranschlagt.

In die Berechnung dieses und des folgenden Abschnitts gehen alle somatischen Leistungsgruppen ein, mit Ausnahme der Leistungsbereiche 'Sonstige' und 'Transplantationen' sowie der gesund geborenen Kinder.

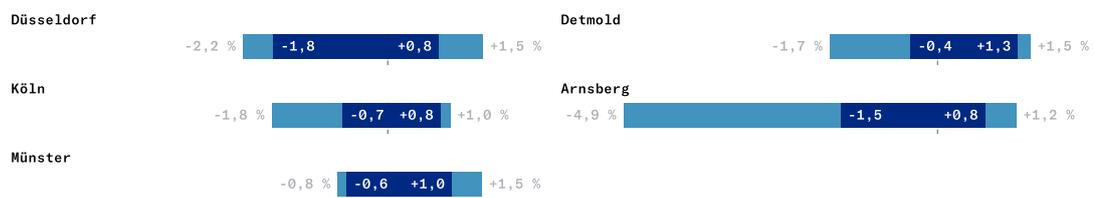
Vergleich der Erlössysteme

Für die so berechneten Fallzahlen ermitteln wir die Erlöse im Vergleich zweier Vergütungssysteme: Die Erlöse im bisherigen a-DRG-System schätzen wir anhand der bekannten Fallpauschalen ab. Sie vergleichen wir mit den Erlösen, die sich unter den gleichen Verhältnissen aus Vorhaltefinanzierung und residualer DRG (r-DRG) laut KHVVG ergeben. Als Maßzahl verwenden wir die Differenz der Erlöse relativ zum a-DRG-Erlös. In die Berechnung gehen die vollen Regeln der Vorhaltefinanzierung ein, also auch der '20%-Korridor' und die Tatsache, dass die Vorhaltefinanzierung nach der Restrukturierung über weniger Standorte verteilt wird.

Vergleich der Erlössysteme für die Krankenhausreform NRW

Die folgende Grafik stellt den Vergleich der Erlössysteme gegliedert nach Regierungsbezirken dar. Für jeden Regierungsbezirk zeigt der **hellblaue** Balken den Wertebereich des minimalen und maximalen Unterschieds der Erlössysteme über alle Krankenhausstandorte. Der **dunkelblaue** Balken umfasst 90% der Standorte. Die Zahlen in und neben den Balken geben die Erlösunterschiede in Prozent an. (Für die Zahlen im dunkelblauen Balken lassen wir das Prozentsymbol aus Darstellungsgründen weg.)

Bitte beachten Sie: Es ist der **Unterschied der Erlössysteme** nach Restrukturierung dargestellt, **nicht** die Erlösänderung, die sich durch die Restrukturierung im Vergleich zum Status quo ergibt.



Für die allermeisten Krankenhäuser liegt die Veränderung der Erlöse im Vergleich von a-DRG und Vorhaltefinanzierung plus r-DRG im Bereich von **1 %** oder weniger (dunkelblaue Balken, umfassen 90% der Standorte). Die Vorhaltefinanzierung trägt also weder zur Existenzsicherung kleiner Krankenhäuser bei, noch steigert sie die Erlöse der großen Häuser, die stärker von der Patientenwanderung profitieren. Selbst die maximalen und minimalen Veränderungen pro Standort liegen im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

Der stärkste Verlust von **knapp -5 %** an einem Krankenhaus im Regierungsbezirk Arnsberg ergibt sich folgendermaßen: Es handelt sich um ein Fachkrankenhaus mit einer einzigen Leistungsgruppe. Durch die Patientenwanderung gewinnt das Haus **19 %** an Patienten, also noch knapp innerhalb des 20%-Korridors. Daher erhält das Haus für diese zusätzlichen Patienten keine Vorhaltefinanzierung, was zu einem Erlösverlust im Vergleich zum a-DRG-System führt.

Einfluss des 20 %-Korridors

In der simulierten Patientenwanderung nach Restrukturierung werden die Gesamtfallzahlen erhalten — es werden also alle Patienten, deren bisheriger Versorger wegfällt, auf einen der verbleibenden Versorger der jeweiligen Leistungsgruppe umverteilt. Insgesamt werden **3,9 %** der stationären Fälle im Rahmen der Restrukturierung umverteilt.

Die aufnehmenden Versorger erhalten für die zusätzlichen Fälle aus der Patientenwanderung die r-DRG-Vergütung. Wenn die Fallzahlsteigerung in der jeweiligen Leistungsgruppe weniger als **20 %** beträgt, erhalten sie jedoch keine zusätzliche Vorhaltefinanzierung (vgl. Szenario 3B, Seite 35). Dies betrifft **61 %** der umverteilten Fälle und **75 %** der aufnehmenden Versorgungsangebote (Leistungsgruppen pro Standort).

Für **mehr als die Hälfte** der umverteilten Fälle und **drei Viertel** der aufnehmenden Versorgungsangebote geht die Fallzahlsteigerung durch die Patientenwanderung also mit einem **reduzierten Erlös** pro Fall einher, der durch den 20%-Korridor der Vorhaltefinanzierung verursacht wird. Es wäre denkbar, dass diese Standorte kein Interesse an der Aufnahme der Patienten haben, was zu Abweisungen, einer Verknappung der Versorgung und Warteschlangen führen könnte.

03.6 SIMULATION EINER BUNDESWEITEN KRANKENHAUSREFORM

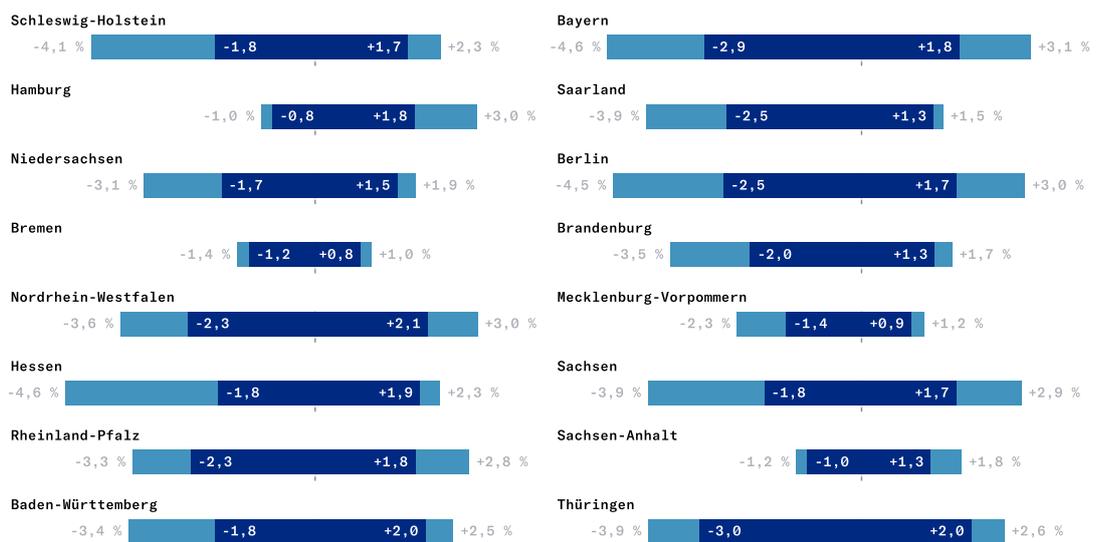
Regelbasierte Restrukturierung

Die Krankenhausreform NRW könnte als “zu zögerlich” angesehen werden und bezieht sich nur auf ein Bundesland. Deswegen zeigen wir im Folgenden eine zweite Simulationsrechnung für eine bundesweite Krankenhausreform.

Wir wenden die regelbasierte Krankenhausplanung aus der Vebeto Studie “Perspektiven für die Krankenhausplanung” an (siehe Seite 70). In der Simulation werden **12%** der somatischen Erlöse im Zuge der Leistungskonzentration verlagert und die Gesamtzahl der relevanten Versorgungsangebote (Leistungsgruppen pro Standort) um **31%** reduziert. Es handelt sich also um eine substantielle Restrukturierung. In der Studie simulieren wir auch die Patientenwanderung, die sich durch die Restrukturierung ergibt.

Ergebnisse pro Bundesland

Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse der Simulation pro Bundesland. Der Aufbau der Grafik ist wie auf Seite 42 beschrieben: Der **hellblaue** Balken zeigt den Wertebereich des minimalen und maximalen Unterschieds der Erlössysteme über alle Krankenhausstandorte der Region, der **dunkelblaue** Balken umfasst 90% der Standorte. Die Zahlen neben den Balken geben die Erlösunterschiede in Prozent an. Auch hier gilt: Es ist der **Unterschied der Erlössysteme** nach Restrukturierung dargestellt, **nicht** die Erlösänderung, die sich durch die Restrukturierung im Vergleich zum Status quo ergibt. Eine regionale Auswertung auf der Ebene von NUTS2-Regionen finden Sie auf Seite 73.



Die bundesweite Restrukturierung greift stärker in die Krankenhauslandschaft ein als die Krankenhausplanung NRW und erzeugt deswegen etwas stärkere Differenzen im Vergleich der Erlössysteme. Dennoch bleiben die Gesamterlöse pro Standort nach Restrukturierung im derzeitigen a-DRG-System und im neuen System mit Vorhaltefinanzierung sehr ähnlich. Die Erlösdifferenzen liegen typisch im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

Eine statistische Auswertung der bundesweiten Daten zeigt: Für **50%** der Standorte unterscheiden sich die Erlöse im alten und im neuen System um **weniger als 1%**. Für **90%** der Standorte liegt die Differenz zwischen **-2,2%** und **+1,8%**.

In der Analyse ist also keine substantielle Verbesserung der Finanzlage zu erkennen, weder für große Häuser noch für kleine. Der häufig zitierte Schutz und Erhalt kleiner Versorger in der Breite ist nicht belegbar. Ein wichtiger Grund hierfür ist, dass der Wegfall einer spezialisierten Leistungsgruppe bei einem Versorger auch den sofortigen Wegfall der Vorhaltefinanzierung bedeutet, sodass dahingehend keinerlei finanzielle Schutzwirkung besteht.

Einfluss des 20 %-Korridors

Analog zur Diskussion auf Seite 42 betrachten wir, wie sich der 20%-Korridor im Zuge der Patientenwanderung auswirken könnte. In der bundesweiten Simulation werden **11,3%** der stationären Fälle umverteilt.

Eine Fallzahlsteigerung von weniger als **20%** finden wir bei **48%** der umverteilten Fälle und **63%** der aufnehmenden Versorgungsangebote (Leistungsgruppen pro Standort).

Für **knapp die Hälfte** der umverteilten Fälle und **knapp zwei Drittel** der aufnehmenden Versorgungsangebote geht die Fallzahlsteigerung durch die Patientenwanderung also mit einem **reduzierten Erlös** pro Fall einher, der durch den 20%-Korridor der Vorhaltefinanzierung verursacht wird. Auch hier wäre es denkbar, dass es zur Abweisung von Patienten, einer Verknappung der Versorgung und Warteschlangen kommt.

03.7 LEISTUNGSVERLAGERUNGEN UND FUSIONEN

In diesem und den restlichen Abschnitten des Kapitels 3 diskutieren wir weitere Details der Vorhaltefinanzierung. Wir beziehen uns hierbei nicht auf die oben gezeigten Simulationen.

Einmaleffekte

Das KHVVG sieht Sonderregeln bei Leistungsverlagerungen und Fusionen vor: Wer die Verlagerung von Leistungsgruppen zwischen zwei oder mehreren Standorten (und im Einvernehmen mit der Landesbehörde) vereinbart, darf die anzurechnenden Fallzahlen bei der Berechnung des Vorhaltebudgets für den empfangenden Standort summieren

Hierbei wird verwiesen auf SGB V § 135f Absatz 1 Satz 2, wonach zu vermuten ist, dass die Summation jeweils nur für das nächste Kalenderjahr gilt. Bei jeder weiteren Neuberechnung gelten dann die echten Fallzahlen (oder Planfallzahlen, soweit vom Land festgelegt). Dies ist spätestens nach 3 weiteren Jahren der Fall, häufig jedoch früher (KHG § 37 Absatz 2).

Die Summation von Fallzahlen bei Leistungsverlagerungen ist also ein zeitlich begrenzter Einmaleffekt und führt zu keiner langfristigen Erlössteigerung beim empfangenden Standort. Wenn beispielsweise zwei Leistungsangebote mit je 50 Fällen zusammengelegt werden, wird dem empfangenden Standort einmalig die Vorhaltefinanzierung für 100 Fälle angerechnet. (Die zusätzliche Vorhaltefinanzierung bezahlen die anderen Versorger des Bundeslandes durch entsprechende Reduktion ihrer Vorhaltefinanzierung.) Wenn in der Folge nur 20 zusätzliche Patienten an das Haus kommen, werden in der nächsten Bewertung nur noch 70 Fälle angerechnet.

Patienten folgen nicht zwingend der Planung

Zudem geht diese Regelung häufig an der Realität vorbei. Im Folgenden wird ein reales Beispiel beschrieben, ohne Nennung von Namen: Zwei Standorte eines Trägers, die in verschiedenen Städten A und B liegen, vereinbaren die Konzentration einer Leistungsgruppe am Standort in B. Die Patienten aus Stadt A werden nach der Leistungskonzentration nicht alle nach B reisen, sondern sich auch anderen Versorgern zuwenden. In unserer Simulation nimmt **ein Haus eines anderen Trägers** in Stadt A **33% dieser Patienten** auf. Dieses Haus hat einen doppelten Nachteil: Erstens erhält es keine zusätzliche Vorhaltefinanzierung durch die Leistungskonzentration, weil diese allein dem Standort in B zugeschlagen wird. Zweitens muss es zusätzliche Patienten aufnehmen, für die es dann im Normalfall nur den r-DRG-Anteil der Vergütung erhält.

Die Regelungen zu Fusionen können also politisch getriebene und realitätsferne Erlösverlagerungen erzeugen. Zumindest ist ihre Wirksamkeit zeitlich stark begrenzt.

03.8 PLANFALLZAHLEN

Das KHVVG erlaubt es den Ländern, Planfallzahlen pro Standort und Leistungsgruppe festzulegen. Diese werden dann in der Berechnung der Vorhaltekostenanteile pro Standort statt der tatsächlichen Fallzahlen verwendet. Auf die Berechnung des landesweiten Vorhaltebudgets haben sie keinen Einfluss; dieses sinkt oder steigt weiterhin, wenn die tatsächlichen landesweiten Fallzahlen sinken oder steigen.

Durch Planfallzahlen könnte ein Land gezielt eine finanzielle Über- oder Unterdeckung bestimmter Häuser erreichen. Ob eine solche Steuerung in nachvollziehbarer, gerechter, rechtssicherer und zielführender Weise gelingen kann, ist nicht abzuschätzen. Zu bedenken ist, dass die Versorgerwahl der Patienten unabhängig von den Planfallzahlen erfolgen wird, was zu Diskrepanzen zwischen der zentral geplanten Finanzierung und den Versorgungswünschen der Patienten führen kann. Zudem haben Planfallzahlen keinen Einfluss auf das Erreichen der Mindestfallzahl; hier gilt weiterhin die tatsächliche Fallzahl als Maßstab.

Die Verwendung von Planfallzahlen würde zu anderen Ergebnissen in der Simulation der Erlöse führen. Planfallzahlen können in ihrem zeitlichen Verlauf jedoch nicht simuliert werden, da sie von der spezifischen Krankenhausplanung des jeweiligen Landes abhängen. Die Komplexität des Systems wird durch die Verwendung von Planfallzahlen nicht zwingend reduziert: Das komplizierte Regelwerk der fallzahlabhängigen Vorhaltefinanzierung wird dann durch komplizierte Verhandlungen über die Festlegung der Planfallzahlen ersetzt.

Grundsätzlich ist damit zu rechnen, dass Planfallzahlen von den Ländern eher konstant gehalten werden und somit die Schwankungen in den Vorhaltebudgets stärker gedämpft werden. Wachstumsprozesse würden dann noch stärker bestraft, Schrumpfungsprozesse stärker abgefedert. Bei deutlichen Verschiebungen in den Leistungsmengen wird das Land jedoch nicht dauerhaft auf eine Anpassung der Planfallzahlen verzichten können, sodass man langfristig mit einer Anpassung der Vorhaltebudgets ähnlich zu den hier gezeigten Simulationen rechnen kann. Die hohe Relevanz des 20%-Korridors fällt bei der Verwendung von Planfallzahlen vermutlich weg (solange das Land sich nicht an einem ähnlichen Korridor orientiert).

03.9 BERECHNUNG DER VORHALTEFINANZIERUNG FÜR 2026 BIS 2028

Fallzahl-Mittelwert aus 2023 und 2024

In KHG § 37 Absatz 1 heißt es: “Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land.”

Das Vorhaltevolumen pro Leistungsgruppe und Land wird also auf dem Durchschnittswert von 2023 und 2024 festgehalten. Begründet wird dies damit, dass eine gezielte Fallzahlsteigerung der Häuser zur Steigerung ihrer Vorhaltefinanzierung vermieden werden soll, und dass so ein Absinken der Vorhaltefinanzierung unter den gemittelten Wert von 2023 und 2024 verhindert wird.

Fragliche Sinnhaftigkeit

Zu ersterem Punkt ist anzumerken, dass die obige Regelung nur das **Vorhaltevolumen pro Land** betrifft, und nicht die **Anteile der einzelnen Krankenhäuser**.

Für ein einzelnes Krankenhaus ist weiterhin möglich, durch Steigerung seiner eigenen Fallzahl relativ zu den Mitbewerbern einen initial höheren Anteil der Vorhaltefinanzierung zu erreichen (und seine 'Absprunghöhe' zu steigern). Dieser würde voraussichtlich mehrere Jahre wirken, da die Vorhaltekostenanteile der Krankenhäuser im Regelfall seltener als jährlich neu berechnet werden. Zudem bestimmt die initiale Berechnung den 20%-Korridor und kann somit für alle folgenden Berechnungen relevant sein. Die erstmalige Berechnung der Standort-Anteile an der Vorhaltefinanzierung erfolgt "erstmalig bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt" (KHG § 37 Absatz 2), spätestens jedoch im Jahr 2026, basierend auf Fallzahlen von 2025 (KHG § 6a Absatz 6). Diese erstmalige Ermittlung (deren Zeitpunkt theoretisch je Bundesland variieren könnte), legt den 20%-Korridor pro Standort und Leistungsgruppe erstmalig fest, wobei jeweils die Fallzahlen des Vorjahres verwendet werden.

Das Vorhaltevolumen pro Land, auf das die Sonderregel wirkt, wird jährlich neu berechnet, sodass die initiale Höhe keine entscheidende Rolle spielt. Hier gilt auch kein 20%-Korridor.

Schließlich führt die Regelung zu schwierigen Verhältnissen in Leistungsgruppen, in denen durch medizinischen Fortschritt die Fallzahlen beständig steigen: etwa in der EPU/Ablation, bei Minimalinvasiven Herzklappeninterventionen oder in der Bariatrischen Chirurgie. Hier führt eine Festschreibung des Vorhaltevolumens auf einem Wert, der 3–5 Jahre in der Vergangenheit liegt, dazu, dass die Vergütung systematisch unterhalb der heutigen a-DRG-Vergütung liegen wird.

Durch die zeitlich begrenzte Wirksamkeit der Regelung ist der Schaden eingegrenzt.

03.10 SOCKELFINANZIERUNG

Für 'Sicherstellungshäuser' (bedarfsnotwendige ländlichen Krankenhausstandorte, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen wurden) gilt künftig, dass die Mindestvorhaltezahle als Bemessungsfallzahl für die Berechnung der Vorhaltefinanzierung herangezogen wird, wenn die tatsächliche Fallzahl in der Leistungsgruppe darunter liegt (KHG § 37 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3). Diese Häuser erhalten also einen garantierten Sockel an Vorhaltefinanzierung, der sich an der Mindestvorhaltezahle bemisst. Da sich das Gesamtvolumen der Vorhaltefinanzierung pro Leistungsgruppe und Bundesland dadurch nicht erhöht, wird die Finanzierung des Sockels von allen anderen Leistungserbringern des Bundeslandes durch eine Reduktion deren Vorhaltefinanzierung bezahlt.

Die Folgen dieser Regelung lassen sich derzeit nicht verlässlich abschätzen, da die Mindestvorhaltezahlen unbekannt sind (siehe Kapitel 2 ab Seite 11). Die Kopplung von Mindestvorhaltezahle und Sockelfinanzierung trägt jedoch zur weiteren Komplexität des Systems bei.

FACHKRANKENHÄUSER

04

04.1 KLASSIFIZIERUNG VON FACHKRANKENHÄUSERN

Konkretisierende Regelung

Im Bericht des Gesundheitsausschusses vom 16. Oktober 2024 werden spezifische Regeln definiert, wie Fachkrankenhäuser künftig identifiziert werden sollen (Drucksache 20/13407, dort Seite 30). Länder können Krankenhäuser als Fachkrankenhäuser (Level 'F') einstufen, "wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt"

(Warum hier die Kardiologie herausgehoben wird, ist nicht nachvollziehbar. Eine ähnliche Sachlage, also mehrere zusammengehörige Leistungsgruppen, finden sich auch in der Orthopädie, der Viszeralchirurgie und der Gynäkologie.)

Inhomogener Zuschnitt der Leistungsgruppen

Die Regelung misst den Anteil der Fälle in vier (also den vier größten) Leistungsgruppen außer der internistischen und chirurgischen Grundversorgung. Es spielt also eine Rolle, in wie viele Leistungsgruppen die Fälle eines Hauses aufgespalten werden.

Das Zählen von Leistungsgruppen ist grundsätzlich nicht zielführend, wenn die Leistungsgruppen stark inhomogen zugeschnitten sind (siehe auch Seite 62). Beispielsweise gibt es vier gynäkologische Leistungsgruppen (die häufig gemeinsam angeboten werden), aber nur eine urologische. Die spezielle Viszeralchirurgie ist in fünf Leistungsgruppen gegliedert, während große Teile aller chirurgischen Fächer in der Allgemeinen Chirurgie erfasst werden.

Inwiefern diese Problematik zu konkreten Schwierigkeiten bei den bestehenden Versorgern führt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Es zeigt sich jedoch ein wiederkehrendes Muster: Leistungsgruppen, die als Werkzeug für die Krankenhausplanung entwickelt wurden, werden für vollkommen andere Zwecke verwendet, wodurch ungewollte Probleme und hohe Komplexität entstehen.

04.2 FOLGEN DER EINSTUFUNG ALS FACHKRANKENHAUS

Die wichtigste Folge einer Einstufung als Fachkrankenhaus ist, dass für den betreffenden Standort bestimmte Strukturvorgaben dahingehend erleichtert sind, dass sie in Kooperationen oder Verbänden erbracht werden können (SGB V, § 135e). Diese Regelung bezieht sich nur auf den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1. Der Inhalt der vom BMG zu erlassenden Rechtsverordnung ist bisher nicht bekannt.

Insbesondere können verwandte Leistungsgruppen von Fachkrankenhäusern in Kooperation vorgehalten werden. Diese Erleichterung ist auch in den Leistungsgruppen-Definitionen im Gesetzentwurf niedergeschrieben.

Weitere Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser können wir im Gesetzentwurf nicht finden.

04.3 DATENBASIERTE ABSCHÄTZUNG

Identifikation von Fachkrankenhäusern aus öffentlichen Daten

Eine vollständige und belastbare Identifikation von Fachkrankenhäusern anhand der öffentlich vorliegenden Daten ist leider nicht möglich. Hauptgrund hierfür ist, dass die spezifischen Regeln des Leistungsgruppen-Groupers und die sich ergebenden Fallzahlen bisher nicht bekannt sind, besonders für die neu eingeführten Leistungsgruppen wie Infektiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Unklar ist auch die Einordnung der Fälle in die speziellen Leistungsgruppen der Inneren Medizin (Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie, Rheumatologie) und deren Abgrenzung zur Allgemeinen Inneren Medizin.

Die Auswirkungen der Regelung lassen sich also erst vollständig erfassen, wenn belastbare Ergebnisse des neuen Leistungsgruppen-Groupers vorliegen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine größere Zahl an Leistungsgruppen die Einordnung als Fachkrankenhaus eher erschwert, weil die Fälle tendenziell über mehr Leistungsgruppen verteilt werden.

Grundsätzliche Beobachtungen

Eine vorläufige Einschätzung des Fachkrankenhaus-Status anhand unseres Leistungsgruppen-Modells offenbart interessante Effekte, insbesondere durch den Ausschluss der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle.

Für reine Grundversorger, die nur die beiden o.g. Leistungsgruppen anbieten, wird in der Berechnung des Prozentsatzes “null durch null” geteilt. Der Prozentsatz ist also mathematisch nicht definiert.

Bietet ein Grundversorger neben den beiden o.g. Leistungsgruppen noch einige wenige andere an, etwa eine kleine Geburtshilfe oder Endprothetik, so kann er als Fachkrankenhaus eingestuft werden—in die Berechnung der “80 Prozent” gehen nämlich nur die Leistungsgruppen außerhalb der Grundversorgung ein. Das Hinzufügen weiterer Leistungsgruppen führt dann ab einer bestimmten Grenze zum Verlust des theoretischen Fachkrankenhaus-Status.

Diese Ungereimtheiten werden vermutlich selten zu praktischen Problemen führen, da die betroffenen Krankenhäuser im Regelfall nicht zur Anerkennung als Fachkrankenhaus zur Diskussion stehen werden. Unsere Beobachtungen, zusammen mit der späten Detailänderung der Regeln (siehe folgenden Abschnitt), führen jedoch zu der Vermutung, dass die Regelungen für Fachkrankenhäuser ad-hoc festgelegt und vom BMG nicht sorgfältig und datenbasiert geprüft wurden.

Detailänderung der Regeln

Interessanterweise enthält der Begründungsteil der Regelungsvorschläge zur Änderung des KHVVG aus dem Gesundheitsausschuss, datiert auf den 07. Oktober 2024, eine im Detail andere Regelung. Dort heißt es: "Fälle in den Leistungsgruppen Nr. 1 und Nr. 14 fließen in die Berechnung der Gesamtmenge ein; in diesen Leistungsgruppen kann aber keine Zuordnung als Fachkrankenhaus erfolgen." In der aktuellen Fassung (vgl. Seite 49) heißt es: "[D]ie Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht".

Die Regelung vom 07. Oktober wäre problematisch für chirurgische Fächer, die nicht als separate Leistungsgruppen erfasst sind oder aus denen nur Teile des Leistungsspektrums als spezielle Leistungsgruppen ausgegliedert wurden. Als Beispiel: Bei orthopädischen Spezialversorgern werden große Teile des Fallspektrums der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet. Die Leistungsgruppen der Orthopädie decken nur kleine Teile des Leistungsspektrums ab (Knie- und Hüft-Totalendoprothesen, Teile der Wirbelsäulenchirurgie). Dadurch ist es für diese Häuser kaum möglich, als Fachkrankenhaus eingestuft zu werden, da sie keinen Fallzahlanteil von 80% in den spezialisierten Leistungsgruppen der Orthopädie erreichen.

Ähnlich verhält es sich in der Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie: Auch hier erfassen die speziellen Leistungsgruppen nur einen kleinen Teil des typischen Fallspektrums, während der Großteil der Fälle der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet wird. Es wäre also faktisch unmöglich sein, als Fachkrankenhaus für Viszeralchirurgie anerkannt zu werden. Für Spezialkliniken der Lungenheilkunde wäre entscheidend, welcher Anteil des Fallspektrums auf die Komplexe Pneumologie entfällt (die eine eigene Leistungsgruppe ist) und welcher Anteil auf die Thoraxchirurgie (die nur zu einem geringen Teil in der so benannten Leistungsgruppe erfasst ist, während der größere Teil der Allgemeinen Chirurgie zugeordnet wird).

In der aktuellen Form der Regelung bestehen diese Probleme nicht. Das Beispiel verdeutlicht jedoch, wie weitreichend spezifische Details des KHVVG wirken können, und wie essenziell ein detailliertes Verständnis der (hier zweckentfremdeten) Leistungsgruppen-Systematik wäre, um sinnvolle Regelungen zu treffen.

VERBOTSLISTE ONKOLOGISCHE CHIRURGIE

05

05.1 EWIGES ABRECHNUNGSVERBOT

Die Einführung einer Verbotsliste und eines Abrechnungsverbots für die onkologische Chirurgie ist ein kritischer Bereich des KHVVG, der in der öffentlichen Diskussion bisher wenig Beachtung gefunden hat (KHG § 40).

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) definiert Listen onkologischer ICD-Codes und onkochirurgischer OPS-Codes und veröffentlicht diese, erstmals bis 30. April 2025. Die Listen sind gegliedert nach 'Indikationsbereichen' also vermutlich nach Organsystemen (Prostatakarzinom, Mammakarzinom, ...).

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bestimmt anhand der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG die Standorte, die die wenigsten und bis zu 15 Prozent der Leistungen erbracht haben. Diese Liste wird im Transparenzverzeichnis veröffentlicht (vgl. SGB V § 135d). Dabei werden **ausschließlich die Fallzahlen von 2023** für die Selektion verwendet.

Wer auf dieser Liste steht, darf onkochirurgische Leistungen aus dem jeweiligen Indikationsbereich zukünftig **nicht mehr abrechnen** (KHEntgG § 8 Absatz 4). Das Abrechnungsverbot betrifft die r-DRG sowie Zu- und Abschläge, nicht aber Pflegeentgelt und Vorhaltefinanzierung. Es ist davon auszugehen, dass eine weitere Erbringung der Leistungen für die Krankenhäuser nicht wirtschaftlich tragbar ist.

05.2 ABSEHBARE PROBLEME

Die Regelung ist in vielerlei Hinsicht schwierig:

- Man stützt das Abrechnungsverbot auf Daten eines einzigen Jahres. Fallzahlen schwanken aber, oft ohne Zutun des Hauses. Die Verbotsliste wird ein einziges Mal erstellt, aus den Fallzahlen des Jahres 2023. Somit kann ein Haus Glück oder Pech bei der Erstellung haben. Das illustrieren auch unsere Datenauswertungen (Seite 55 ff.). Die im Entwurf genannte jährliche Aktualisierung betrifft nur die Kataloge der ICD- und OPS-Ziffern, nicht aber die Liste der betroffenen Standorte.
- Die Grenze von 15 Prozent ist dem Anschein nach ohne vorherige Auswirkungsanalyse oder sonstige Datengrundlage festgelegt worden. Die Erarbeitung einer wissenschaftlich basierten Grenze, wie bei den Mindestvorhaltezahlen, ist nicht vorgesehen. Evidenz für die Notwendigkeit oder Wirksamkeit der Maßnahme wird nicht beigebracht.

- Wenn ein Haus im Jahr 2023 mindestens eine dieser Operationen durchgeführt hat, kann es auf der Verbotsliste landen. Wenn es 2023 keine Operationen durchgeführt hat, darf es diese in späteren Jahren erbringen, da es dann nicht auf der Liste steht. Das gilt auch, wenn es in den Folgejahren nur winzige Fallzahlen als "Gelegenheitsversorgung" erbringt. Wir illustrieren dieses Problem ab Seite 58.
- Zwischen einem Fallzperzentil von 14,9 und einem von 15,1 ist kaum eine Qualitätsdifferenz zu erwarten. Die Auswirkungen auf die beiden Häuser wären jedoch stark unterschiedlich.
- Der Unterschied zwischen Fallzahl am Standort und der Erfahrung des spezifischen Operateurs wird nicht berücksichtigt. Eine höhere Gesamtfallzahl, die sich auf mehr Operateure verteilt, bedeutet nicht zwangsläufig eine bessere Qualität.
- Ungeklärt ist, wie Leistungsverlagerungen, neue Markteintritte, Fusionen etc. gewürdigt werden sollen. Der Entwurf sieht einen einfachen Standortbezug nach Stand der Krankenhauslandschaft von 2023 vor.

05.3 UNNÖTIGE DOPPELSTRUKTUR

Bezug zu zertifizierten Zentren

Die Gesetzesbegründung verweist zur Rechtfertigung der Verbotsliste auf die 'WiZen-Studie: "Mit dem durch den Innovationsfonds beim G-BA geförderten Projekt WiZen (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) wurde die Wirksamkeit der Versorgung in den nach dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren anhand von elf Krebsarten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit Behandlung in einem zertifizierten Zentrum im Vergleich zu nicht-zertifizierten Einrichtungen einen größeren Überlebensvorteil haben."

Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber dann nicht ebendiese Zertifizierung durch Fachgesellschaften zur Voraussetzung für die onkologische Chirurgie macht. Stattdessen wird eine naive, evidenzfreie Doppelstruktur geschaffen.

Bezug zu Mindestmengenregelungen des G-BA

Mit dem G-BA existiert eine Institution, die seit vielen Jahren für die Erarbeitung von Mindestmengenregelungen zuständig ist. Diese fachkundig ausgearbeiteten Regelungen könnten entsprechend ausgeweitet werden, um die onkologische Chirurgie zu regulieren. Die Schaffung einer Doppelstruktur mit unterschiedlichen Regeln erscheint wenig effizient.

Bezug zu Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen

Man fragt sich auch, warum man ein separates System benötigt, wenn doch Leistungsgruppen mit Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen eingeführt werden. Die Antwort liegt darin, dass die Leistungsgruppen nicht zur Steuerung der onkologischen Chirurgie genutzt werden können, weil die Onkologie in den Leistungsgruppen nur unvollständig erfasst ist.

Deswegen muss hier, neben dem DRG-Grouper und dem Leistungsgruppen-Grouper, ein dritter Grouper entwickelt und implementiert werden, der onkochirurgische Fälle selektiert und Indikationsbereichen zuordnet.

05.4 DATENANALYSE ZU FALLZAHLSCHWANKUNGEN

Ziel der Analyse

Da Fallzahlen von Jahr zu Jahr schwanken, kommt es für eine beträchtliche Zahl von Standorten einem Glücksspiel gleich, ob sie durch die Festlegung eines bestimmten Bemessungsjahres (im Gesetz: 2023) auf die Verbotsliste gesetzt werden oder nicht. Bedenkt man die enormen, langfristigen Auswirkungen einer Aufnahme in die Liste, erscheint eine solche Zufallskomponente als nicht angemessen.

Um die jährlichen Schwankungen der Operationszahlen zu illustrieren, betrachten wir beispielhaft OPS-Ziffern für typische onkologische Operationen. Diese Betrachtung wird sich von der ausarbeitenden Selektion der onkochirurgischen Fälle unterscheiden; für die Illustration der Fallzahlschwankungen ist sie jedoch ausreichend. Da die Regelung auf Basis von Fallzahlpercentilen beruht, kann von einer vergleichbaren Auswirkung auch bei unterschiedlicher Fallselektion ausgegangen werden.

Datengrundlage

Für jede der ausgewählten OPS-Ziffern berechnen wir für die Jahre 2018 bis 2022, wie viele Standorte durchschnittlich von einem Jahr zum anderen die Schwelle des Fallzahlrangs von 15% entweder nach oben oder nach unten überschritten haben. Diese Standorte würden bei Betrachtung eines gegebenen Jahres in der Liste erscheinen, aber nicht bei Betrachtung des Folgejahrs oder umgekehrt.

Gesamtergebnisse

Für die OPS-Ziffer 5-604 "Radikale Prostatovesikulektomie" haben durchschnittlich **34** Standorte pro Jahr die Schwelle nach oben oder nach unten überschritten. Für die OPS 5-870 "Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe" sind es **33** Standorte pro Jahr, für die OPS 5-455 "Partielle Resektion des Dickdarmes" sind es **102**. Für diese Anzahl an Standorten kann also jeweils damit gerechnet werden, dass der Zufall über die Aufnahme in die Verbotsliste entscheidet.

Auswirkung von Fallzahlschwankungen, OPS 5-604

Um die Auswirkung von Fallzahlschwankungen weiter zu illustrieren, stellen wir die Effekte auf Karten dar. Hier betrachten wir die OPS-Ziffer 5-604 "Radikale Prostatovesikulektomie".

Zuerst nehmen wir an, das Jahr 2020 sei als Referenzjahr für die Verbotsliste gewählt worden. Die **linke Karte** stellt dar, welche Standorte die entsprechenden Leistungen dann noch hätten anbieten dürfen. Gezeigt sind also Standorte, die die OPS 5-604 im Jahr 2020 berichten und ein Perzentil oberhalb von 15% erreichen.

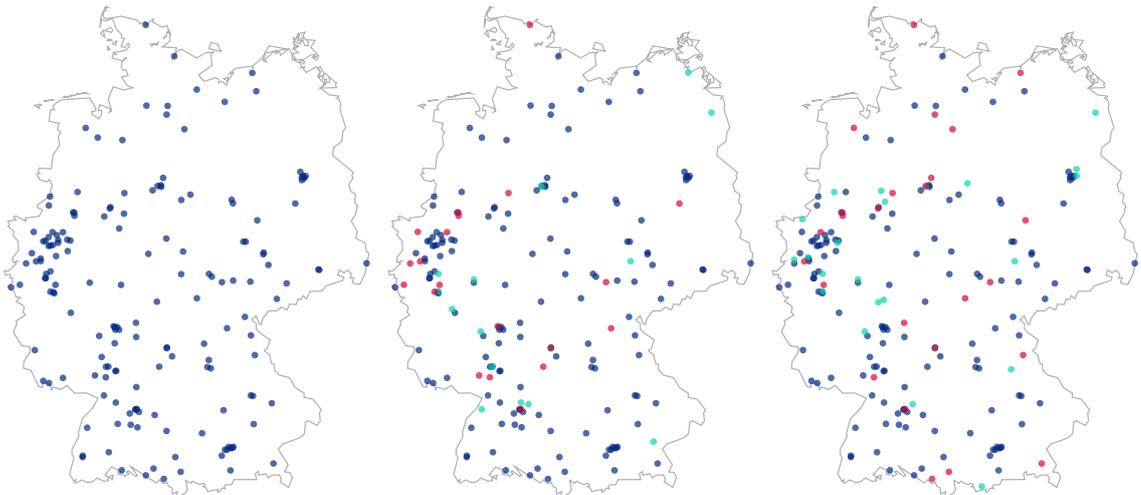
Die **mittlere Karte** zeigt, wie sich die Verbotsliste verändern würde, wenn man statt 2020 das Jahr 2021 als Referenzjahr gewählt hätte. **Blaue Punkte** stellen Standorte dar, die sowohl 2020 als auch 2021 das 15. Perzentil erreicht haben und somit in beiden Fällen die Leistung anbieten dürften. **Türkisfarbene Punkte** stellen Standorte dar, die im Jahr 2021 das 15. Perzentil erreicht haben, im Jahr 2020 aber nicht. **Rote Punkte** zeigen Standorte, die im Jahr 2021 das 15. Perzentil nicht erreicht haben, im Jahr 2020 aber schon. Eine Veränderung des Referenzjahrs von 2020 auf 2021 würde für die türkis gezeigten Standorte also zur Erlaubnis der Leistung führen und für die rot gezeigten Standorte zum Verbot.

Die **rechte Karte** entspricht in ihrer Darstellung der mittleren, vergleicht aber eine Wahl des Referenzjahrs 2022 mit dem Referenzjahr 2020.

Referenz: 2020

2020 vs. 2021

2020 vs. 2022



Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Aufnahme in die Verbotsliste für eine beträchtliche Zahl der Krankenhäuser einer Lotterie gleichkommt. Dies erscheint weder als gerecht noch als wissenschaftlich zu rechtfertigen.

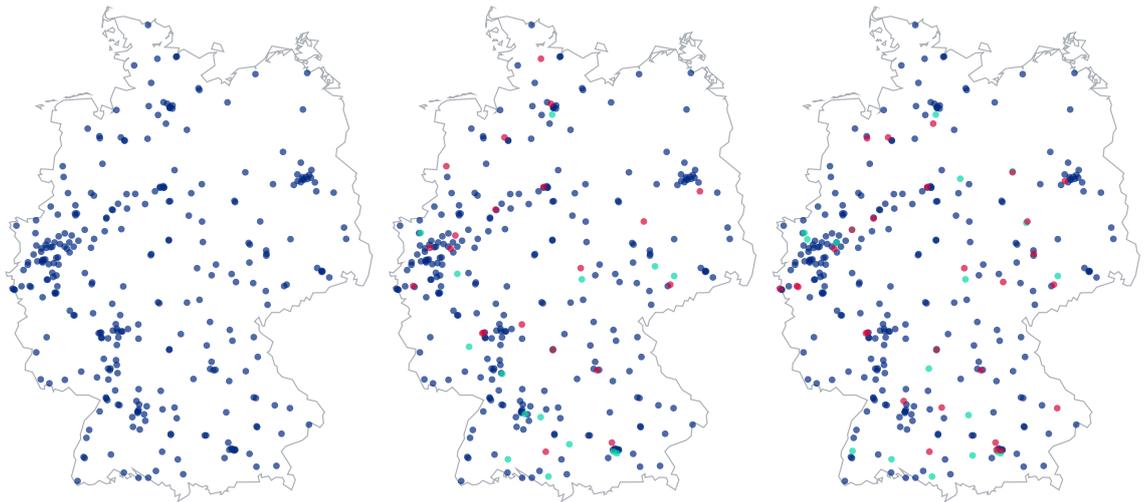
Auswirkung von Fallzahlschwankungen, OPS 5-870

Als zweites Beispiel zeigen wir die Auswertung für die OPS-Ziffer 5-870 "Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe". Der Aufbau der Darstellung entspricht der vorherigen.

Referenz: 2020

2020 vs. 2021

2020 vs. 2022



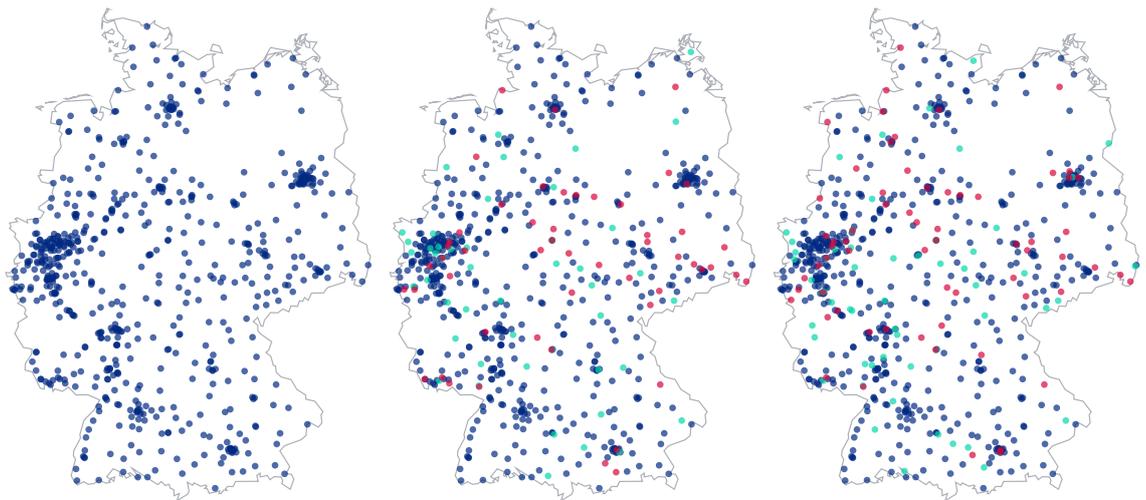
Auswirkung von Fallzahlschwankungen, OPS 5-455

Als drittes Beispiel zeigen wir die Auswertung für die OPS-Ziffer 5-455 "Partielle Resektion des Dickdarmes". Der Aufbau der Darstellung entspricht der vorherigen.

Referenz: 2020

2020 vs. 2021

2020 vs. 2022



05.5 DATENANALYSE ZU MARKTEINTRITTEN

Hier betrachten wir ein weiteres Detail der Regelungen: Durch die einmalige Erstellung einer Verbotsliste sind Standorte nicht erfasst, die im Referenzjahr keine Operationen durchgeführt haben, dies aber in einem Folgejahr tun. Neu in den Markt eintretende Standorte unterliegen keinem Abrechnungsverbot, **unabhängig von ihrer Fallzahl**.

Markteintritte mit geringer Fallzahl, OPS 5-604

Hier nehmen wir an, das Jahr 2020 sei als Referenzjahr für die Verbotsliste gewählt worden. Die **linke Karte** stellt dar, welche Standorte die entsprechenden Leistungen hätten anbieten dürfen. Gezeigt sind also Standorte, die die OPS 5-604 im Jahr 2020 berichten und ein Perzentil oberhalb von 15% erreichen.

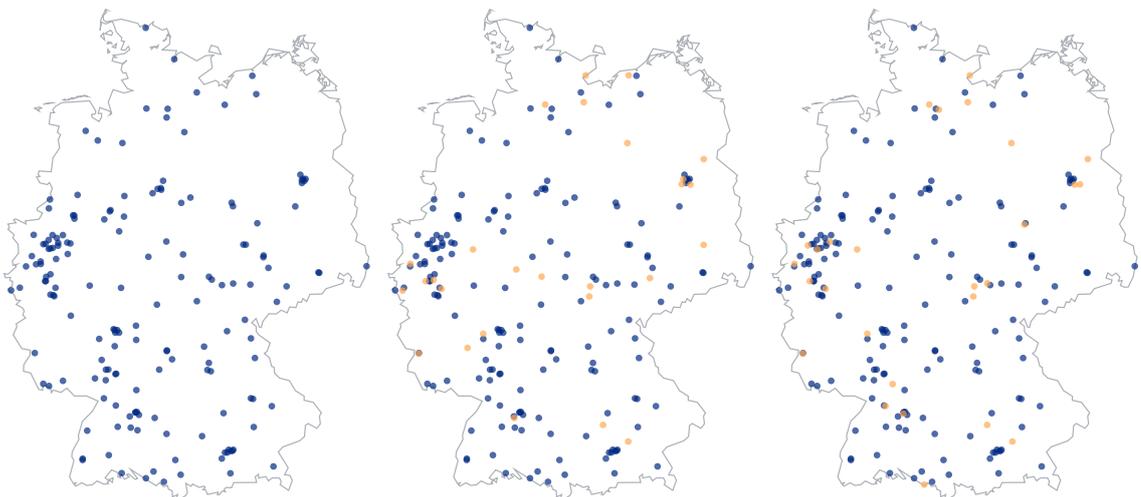
Die **mittlere Karte** stellt Markteintritte im Jahr 2021 dar. **Blaue Punkte** zeigen Standorte, die sowohl 2020 als auch 2021 das 15. Perzentil erreicht haben und somit in beiden Fällen die Leistung anbieten dürften. **Orangefarbene Punkte** zeigen Standorte, die im Jahr 2020 existiert und keine Operationen der OPS-Ziffer 5-604 berichtet haben, die jedoch im Jahr 2021 Fallzahlen der OPS 5-604 **unterhalb des 15. Perzentils** berichtet haben. Teilweise handelt es sich um einzelne Operationen pro Jahr. Da diese Standorte nicht in die Verbotsliste aufgenommen wurden (die sich im Modell auf Leistungserbringer des Jahres 2020 bezieht), dürfen sie die sehr geringen Leistungsmengen durchführen und sind nicht vom Abrechnungsverbot betroffen.

Die **rechte Karte** entspricht in ihrer Darstellung der mittleren, zeigt aber Markteintritte im Jahr 2022 bei Wahl des Referenzjahrs 2020.

Referenzjahr 2020

Neu 2021, Referenzjahr 2020

Neu 2022, Referenzjahr 2020



Diese Analyse verdeutlicht, dass die Regelungen in ihrer derzeitigen Form unvollständig und willkürlich sind. Krankenhäuser werden je nach der Fallzahl eines (beliebig ausgewählten) Referenzjahrs stark unterschiedlich behandelt.

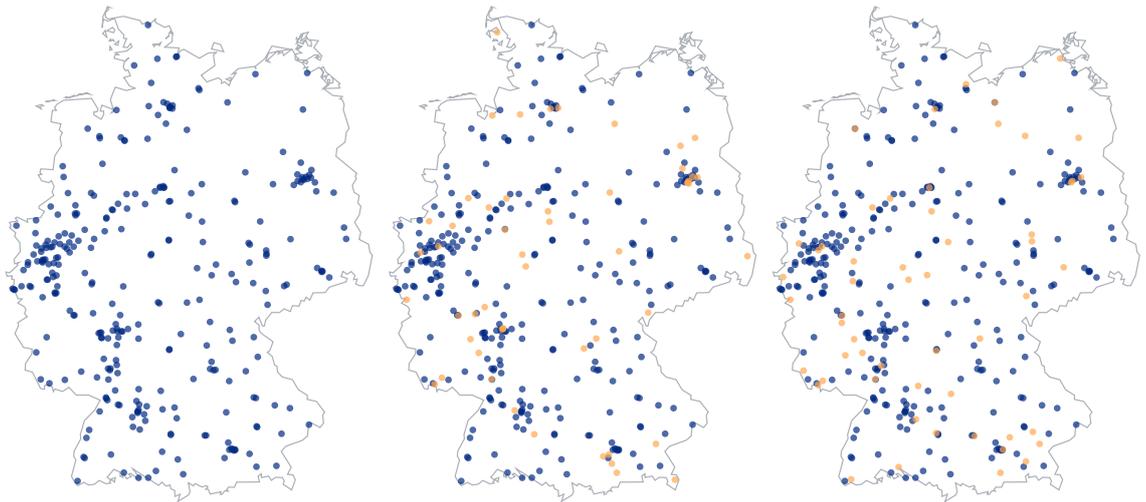
Markteintritte mit geringer Fallzahl, OPS 5-870

Als zweites Beispiel zeigen wir die Auswertung für die OPS-Ziffer 5-870 "Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe". Der Aufbau der Darstellung entspricht der vorherigen.

Referenzjahr 2020

Neu 2021, Referenzjahr 2020

Neu 2022, Referenzjahr 2020



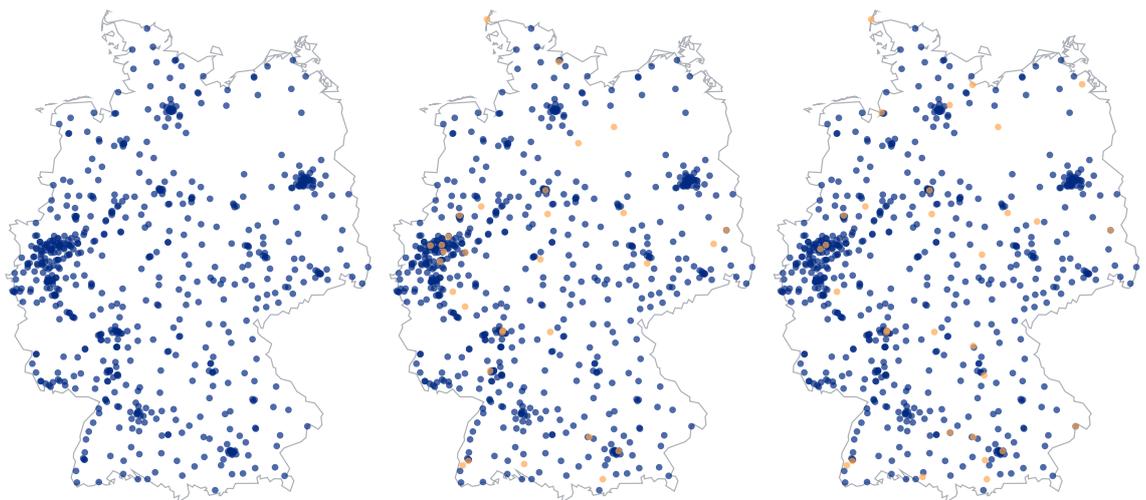
Markteintritte mit geringer Fallzahl, OPS 5-455

Als drittes Beispiel zeigen wir die Auswertung für die OPS-Ziffer 5-455 "Partielle Resektion des Dickdarmes". Der Aufbau der Darstellung entspricht der vorherigen.

Referenzjahr 2020

Neu 2021, Referenzjahr 2020

Neu 2022, Referenzjahr 2020



WEITERE THEMEN

06

06.1 ZU- UND ABSCHLÄGE

Finanzielle Verbesserungen für die Krankenhäuser

Das KHVVG sieht verschiedene Maßnahmen vor, mit denen die finanzielle Situation der Krankenhäuser direkt verbessert werden könnte. Dazu gehören:

- Vollständige und frühzeitige Tarifrefinanzierung,
- Anwendung des vollen Orientierungswertes,
- Erhöhung der Förderbeiträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser,
- Zuschläge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Traumatologie und Intensivmedizin sowie für die Teilnahme an der Notfallversorgung.

Diese Maßnahmen könnten losgelöst vom komplexen Regelwerk des KHVVG eingeführt werden. Das Gesetz wird nicht dadurch "gut", dass es neben vielen fragwürdigen Regelungen auch direkte finanzielle Verbesserungen für die Krankenhäuser vorsieht. Die Höhe und Wirksamkeit der Zuschläge können wir nicht beurteilen.

Fixkostendegressionsabschlag und Mehrerlösausgleich

Der Fixkostendegressionsabschlag entfällt (KHEntgG § 4 Absatz 2a). Dadurch werden Mengensteigerungen von über 20% im neuen System attraktiver als im bisherigen DRG-System. (Das ist kein Argument für den Fixkostendegressionsabschlag, sondern lediglich ein Beispiel für unbeabsichtigte Folgen des komplexen Regelwerks.)

Mehrerlösausgleiche bleiben bezüglich der r-DRG bestehen. In der Gesetzesbegründung heißt es: "Im Fall von Mehrerlösen beträgt der bisherige Ausgleichssatz 65 Prozent, d.h. dem Krankenhaus verbleiben 35 Prozent der Mehrerlöse zur Deckung der für die Mehrleistungen entstandenen variablen Kosten." Mindererlösausgleiche werden jedoch komplett gestrichen. In beiden Fällen wird in der Begründung auf die Vorhaltefinanzierung verwiesen. Dies erscheint nicht als logisch.

06.2 ANRECHNUNG VON FACHÄRZTEN

Anrechnung auf maximal 3 Leistungsgruppen

SGB V § 135e Absatz 4 besagt: "Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden." In der Gesetzesbegründung wird weiter erläutert: "Beispielsweise kann für die Zuweisung der Leistungsgruppen Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothese sowie Revision Knieendoprothese daher die Vorhaltung von mindestens vier Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend für die Erfüllung der Qualitätskriterien sein." Pro Leistungsgruppe

der Orthopädie benötigt man laut Qualitätskriterien der Leistungsgruppen 3 Fachärzte. Somit ergibt sich die o. g. Mindestmenge von 4 Fachärzten für die genannten 4 Leistungsgruppen. Für die meisten Leistungsgruppen sind in den Strukturkriterien 3 Fachärzte vorgegeben (abweichend etwa Herzchirurgie und Spezielle Traumatologie: 5 Fachärzte).

Hierbei gilt eine Sonderregel: Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie dürfen in anderen Leistungsgruppen nicht angerechnet werden. Im Gegensatz zu oben, dürfen diese Fachärzte also nicht in bis zu drei Leistungsgruppen angerechnet werden. Wenn ein Standort beispielsweise neben der Allgemeinen Inneren Medizin auch die Leistungsgruppe Komplexe Gastroenterologie zugewiesen bekommt, müssen insgesamt mindestens 6 Fachärzte vorgehalten werden (3 für die Allgemeine Innere, 3 für die Gastroenterologie). Da für die Leistungsgruppe Notfallmedizin 5 Fachärzte vorgeschrieben sind, müssen diese in jedem Haus mit Notfallversorgung zusätzlich zu den 3 Fachärzten Allgemeine Innere Medizin und 3 Fachärzten Allgemeine Chirurgie vorgehalten werden.

Die Anrechnung ist nicht gleichzusetzen mit Beschäftigungserlaubnis bzw. -verbot, sondern nur in Bezug auf die Strukturkriterien relevant.

Das Zählen inhomogen zugeschnittener Leistungsgruppen ist keine gute Idee

Übersehen wird der inhomogene Zuschnitt der Leistungsgruppen — manche Fachbereiche sind wesentlich stärker aufgegliedert als andere. So ist die Gynäkologie in vier Leistungsgruppen aufgeteilt, die Urologie umfasst jedoch nur eine. Die Orthopädie ist in fünf Leistungsgruppen geteilt, die 'normale' Traumatologie ist nicht einmal als separate Leistungsgruppe erfasst (sondern nur die 'Spezielle Traumatologie'). Für die Viszeralchirurgie gibt es fünf sehr kleine Leistungsgruppen, die hochspezialisierte Leistungen umfassen. Der allergrößte Teil der viszeralchirurgischen Patienten wird jedoch der Allgemein Chirurgie zugeordnet.

(Besonders augenfällig ist das Problem der Zählung inhomogen zugeschnittener Leistungsgruppen bei der Level-Zuordnung durch das KHTG. Die Anzahl der Leistungsgruppen ist ein sehr unscharfes bis sinnfreies Maß für die Leistungsfähigkeit eines Hauses.)

Erschwerte zukünftige Anpassung

Die Regelung erschwert die zukünftige Anpassung der Leistungsgruppen-Systematik. Wenn man eine zusätzliche Leistungsgruppe, etwa in der Orthopädie, in die Systematik einführen würde, würde das indirekt die Facharzt-Erfordernisse in allen anderen Ortho-Leistungsgruppen beeinflussen (weil die neue Leistungsgruppe Fachärzte "verbraucht"). Die Einführung einer neuen Leistungsgruppe verändert die Qualität der Versorgung am Haus nicht, erzeugt aber zusätzliche Anforderungen an die Zahl der Fachärzte.

06.3 BEZUG ZUM KHTG

Ein wichtiges Ziel der Krankenhausreform ist es, die Spezialisierung der Krankenhäuser zu fördern und komplexe Leistungen an weniger Standorten zu konzentrieren. Das bedeutet, dass pro Krankenhaus im Mittel weniger Leistungsgruppen angeboten werden sollen.

Gleichzeitig befördert jedoch das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) das "Sammeln" von möglichst vielen Leistungsgruppen: Je mehr Leistungsgruppen ein Haus anbietet, desto höher ist das Level, mit dem es im Transparenzverzeichnis aufgeführt wird. Ein höheres Level wird von Patienten als Qualitätssiegel angesehen, und das Level kann auch eine Rolle bei der Anwerbung von Krankenhauspersonal spielen.

Somit wirkt die Level-Einteilung aus dem KHTG der Leistungskonzentration direkt entgegen. Es ist unklar, wieso der Gesetzgeber hier widersprüchliche Regelungen schafft.

06.4 EINHEITLICHE FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

SGB V § 301 Absatz 3 Nummer 5 sieht vor, dass die Organe der Selbstverwaltung "eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen" erarbeiten. Weiter heißt es in der Gesetzesbegründung: "Eine bundeseinheitliche Bestimmung von Fachabteilungen wird mit Einführung von Leistungsgruppen, für die eine Vorhaltevergütung geleistet wird, erforderlich. [...] Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet."

Man kann hieraus schließen, dass eine Leistungsgruppen-Zuordnung durch den in Arbeit befindlichen Leistungsgruppen-Groupier erst dann möglich wird, wenn die bundesweit einheitlichen Fachabteilungsschlüssel erarbeitet wurden und von allen Krankenhäusern angewendet und übermittelt wurden. Das verzögert den zeitlichen Ablauf der Krankenhausplanung weiter.

Zudem müssen die neuen Fachabteilungsschlüssel retrospektiv auf die Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 angewendet werden, weil anhand dieser Jahre die Vorhaltefinanzierung für 2026 bis 2028 berechnet wird (siehe Seite 46). Die korrigierten Daten müssen dann von den Krankenhäusern erneut an das InEK zur Berechnung der Vorhaltefinanzierung übermittelt werden.

Offen bleibt, ob künftig ein Fachabteilungsschlüssel pro Fachabteilung oder ein Fachabteilungsschlüssel pro Fall vergeben wird. Bei Vergabe eines Schlüssels pro Fachabteilung wäre unklar, wie man etwa das stark unterschiedliche Leistungsspektrum von Fachabteilungen der Inneren Medizin würdigen will. Bei Angabe eines Schlüssels pro Fall wäre festzulegen, **wer** diesen Schlüssel vergibt und anhand welcher Kriterien, da hierdurch die Verteilung der Fälle auf die Leistungsgruppen gezielt gesteuert werden könnte.

06.5 NICHT ZUZUORDNENDE FÄLLE?

Derzeit noch offen scheint die Frage, wie die Vorhaltefinanzierung für stationäre Fälle berechnet werden soll, die laut Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen 2022 in die Leistungsgruppe “Sonstige / nicht zuzuordnen” eingruppiert werden. Dazu gehören etwa Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde, sowie spezielle Angebote wie stationäre Rehabilitation oder Schmerztherapie. Es wäre wenig sinnvoll, diese heterogenen Leistungen als eine weitere Leistungsgruppe zu behandeln. Eine separate Regelung für die Berechnung der entsprechenden Erlöse ist im KHVVG nicht zu finden. Auch scheinen die betroffenen Fälle in keine der vorgesehenen Leistungsgruppen zu passen. Diese Fälle können also in der derzeitigen Logik der Vorhaltefinanzierung **nicht kalkuliert** werden.

Ähnlich verhält es sich mit **gesund geborenen Kindern**. Auch diese passen in keine der vorhandenen Leistungsgruppen, treten aber im DRG-System als stationäre Fälle auf. Wie diese Fälle im neuen Vergütungssystem behandelt werden sollen, ist noch unklar.

06.6 THEMEN OHNE KOMMENTAR

Zu einigen Komponenten des KHVVG geben wir derzeit keine Einschätzung ab. Das bedeutet nicht, dass die entsprechenden Regelungen nicht sorgfältig geprüft werden sollten. Hierzu gehören:

- Sektorübergreifende Versorgung
- Hybrid-DRGs
- Einführung einer ärztlichen Personalbemessung
- Prüfungsverfahren für Struktur- und Qualitätsvorgaben
- Kartellrechtliche Änderungen bezüglich Krankenhausfusionen
- Prognose für Kostenersparnisse bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (2025: 330 Mio. Euro, 2026: 1 Mrd. Euro, nachfolgend jeweils 1 Mrd. Euro mehr pro Jahr!)
- Transformationsfonds: Verfassungswidrigkeit, Einbeziehung der Privaten Krankenversicherungen
- Ausgliederung von speziellen Einrichtungen der Behindertenmedizin und Pädiatrie aus dem DRG-System

ANHANG

07

07.1 MEDIZINISCHE LEISTUNGSGRUPPEN

Leistungsgruppen nach Modell NRW

Das KHVVG sieht vor, dass bundesweit einheitliche Leistungsgruppen in einer Rechtsverordnung definiert werden, die mit oder kurz nach Inkrafttreten des Gesetzes verabschiedet wird. Die Leistungsgruppen-Systematik wird sich stark am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 orientieren. Wir verwenden für die vorliegenden Analysen die NRW-Systematik.

Modellierung aus öffentlichen Daten

Für die präzise Einordnung eines stationären Falls in eine Leistungsgruppe benötigt man detaillierte Daten auf Patientenebene. Diese sind nicht öffentlich zugänglich. Aus den öffentlichen Daten können wir jedoch mittels komplexer statistischer Modelle die Leistungsgruppen-Fallzahlen abschätzen. Es ist zu erwarten, dass diese Fallzahlen von denen abweichen, die sich aus den patientenspezifischen Daten der Häuser ergeben würden. Zudem kennen wir die realen Schweregrade der Patienten an den einzelnen Standorten nicht. Wir setzen für jede Leistungsgruppe eine konstante mittlere Bewertungsrelation pro Fall an. Es ist also zu erwarten, dass die geschätzten Erlöse in Case-Mix-Punkten (CMP) von den wahren Werten abweichen.

07.2 BERECHNUNG DER VORHALTEKOSTEN

Die Berechnung der Vorhaltefinanzierung ist Teil des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). Details der Berechnung werden jedoch erst später durch das InEK festgelegt. Da die Regelungen derzeit nicht final bekannt sind, beschreiben wir im Folgenden, welches Verfahren wir in den Simulationsstudien anwenden.

Die folgenden Absätze sind unser Versuch, die komplizierten Regeln der Vorhaltefinanzierung als "Pseudo-Code" aufzuschreiben. Wir halten eine solche Formulierung für weniger missverständlich als eine rein textliche Beschreibung.

Die Beschreibung bezieht sich primär auf die Szenarien, die in Abschnitt 3.4 ab Seite 27 gezeigt sind. Die grundlegende Berechnung der Vorhaltekosten wird zudem in den weiteren Simulationsrechnungen zu den Vorhaltekosten benutzt.

Vorhaltekosten pro Fall

Die Vorhaltekosten für einen stationären Fall berechnen wir abhängig von dessen DRG nach dem folgenden Schema:

- $\langle \text{Pflegekosten} \rangle = \langle \text{Pflegeentgeltwert (230 Euro)} \rangle * \langle \text{Mittlere Liegedauer} \rangle * \langle \text{Pflegeerlös-Bewertungsrelation pro Tag} \rangle$
- $\langle \text{a-DRG Erlöse} \rangle = \langle \text{a-DRG Bewertungsrelation} \rangle * \langle \text{Basisfallwert (4 000 Euro)} \rangle$
- $\langle \text{Gesamterlöse} \rangle = \langle \text{a-DRG Erlöse} \rangle + \langle \text{Pflegekosten} \rangle$
- $\langle \text{verminderte Erlöse} \rangle = \langle \text{Gesamterlöse} \rangle - \langle \text{variable Sachkosten} \rangle$
- $\langle \text{Vorhaltekosten inkl. Pflege} \rangle = 60 / 100 * \langle \text{verminderte Erlöse} \rangle$
- $\langle \text{Vorhaltekosten} \rangle = \max(0, \langle \text{Vorhaltekosten inkl. Pflege} \rangle - \langle \text{Pflegekosten} \rangle)$
- $\langle \text{Vorhaltebewertungsrelation} \rangle = \langle \text{Vorhaltekosten} \rangle / \langle \text{Basisfallwert} \rangle$
- $\langle \text{r-DRG Erlöse} \rangle = \langle \text{a-DRG Erlöse} \rangle - \langle \text{Vorhaltekosten} \rangle$

Wir rechnen generell mit einem nominellen Vorhaltekostenanteil von **60%**.

a-DRG Bewertungsrelationen und Pflegeerlös-Bewertungsrelation entnehmen wir dem Fallpauschalenkatalog 2023 (InEK, <https://www.g-drg.de/>). Variable Sachkosten bemessen wir nach den Kostengruppen 4a bis 6c aus dem G-DRG Report-Browser 2023 des InEK.

Wir halten den Pflegeentgeltwert und den a-DRG Basisfallwert auf dem Stand von 2023 fest, also auf 230 Euro und dem Bundesbasisfallwert von 4 000 Euro. Veränderungen in diesen Werten gehen immer mit entsprechenden Kostensteigerungen einher; unsere Simulationen halten sowohl Kosten als auch mittlere Erlöse konstant. Veränderungen im mittleren CMI oder in der Bewertungsrelation würden zudem sowohl die a-DRG-Erlöse als auch r-DRG und Vorhaltebudgets betreffen, sodass der Vergleich der Systeme wenig betroffen wäre.

Als residualen DRG-Erlös (**r-DRG**) bezeichnen wir die Differenz von a-DRG-Erlös und Vorhaltekosten. Pflegeerlöse bleiben immer separat, sind also weder in a-DRG noch in r-DRG oder Vorhaltekosten enthalten.

Vorhaltebudget im zeitlichen Verlauf

Das Vorhaltebudget eines Bundeslandes und der Anteil jedes Hauses berechnen sich aus historischen Fallzahlen. Beispielsweise wird das Vorhaltebudget für das Jahr 2030 bis zum 30. November 2029 vom InEK ermittelt. Dabei greift es auf die Zuteilung der Leistungsgruppen (Versorgungsaufträge) zu, die die jeweilige Landesbehörde bis zum 31. Oktober 2029 übermittelt hat. Als Leistungsmengen werden die Fallzahlen des Jahres 2028 herangezogen.

Für die Einteilung der Fälle in Leistungsgruppen orientieren wir uns an der Systematik aus dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen von 2022. Die derzeit diskutierte Leistungsgruppensystematik auf Bundesebene ist in weiten Teilen ähnlich.

Das Vorhaltebudget wird zuerst **für jede Leistungsgruppe getrennt** berechnet. Dabei hängt das Vorhaltebudget vom Spektrum der DRG-Fallzahlen des jeweiligen Hauses in der Leistungsgruppe ab. Das **in Jahr y auszusüttende** Vorhaltebudget berechnet sich wie folgt:

- Die <Referenzfallzahl> des Hauses für die Leistungsgruppe ist die Fallzahl im Jahr y-2, wenn diese um mehr als 20% von der Fallzahl aus der vorherigen Berechnung abweicht, sonst die Fallzahl aus der vorherigen Berechnung.
- <Vorhalte-CMI des Hauses> = <Summe Vorhaltebewertungsrelationen aller Fälle des Hauses im Jahr y-2> / <Fallzahl im Jahr y-2>
- <Vorhalte-Case-Mix> = <Vorhalte-CMI> * <Referenzfallzahl>
- <Anteil des Hauses> = <Vorhalte-Case-Mix des Hauses> / <Summe Vorhalte-Case-Mix aller Leistungserbringer im Bundesland mit Versorgungsauftrag im Jahr y>
- <Landes-Vorhaltebudget> = <Summe Vorhaltebewertungsrelationen aller Fälle im Bundesland im Jahr y-2, ohne Anwendung der 20%-Regel> * <Basisfallwert>
- <Vorhaltebudget des Hauses> = <Anteil des Hauses> * <Landes-Vorhaltebudget>

Nach getrennter Berechnung des Vorhaltebudgets für jede Leistungsgruppe werden die Budgets summiert, um das gesamte Vorhaltebudget des Hauses zu erhalten.

Die Berechnung der Szenarien aus Abschnitt 3.4 wird **erstmalig im Jahr 2030** durchgeführt. Danach werden **in jedem dritten Jahr** die **Anteile** von St. Alea am Vorhaltebudget seines Bundeslandes neu berechnet. Das gesamte Vorhaltebudget des Landes wird **jährlich** neu berechnet (wobei es jedoch in allen Szenarien, außer 4A und 4B, siehe Seite 37 ff., als konstant modelliert wird).

Zusätzliche Neuberechnungen, wie sie etwa durch den Wegfall eines Leistungserbringers im Bundesland oder einem benachbarten Bundesland ausgelöst werden, simulieren wir nicht, um die Komplexität der Analyse nicht weiter zu steigern.

In den Simulationen aus Abschnitt 3.4 berechnen wir nur das Vorhaltebudget von St. Alea explizit. Die landesweite Summe der Vorhaltekosten berücksichtigen wir als statistischen Erwartungswert, siehe dazu auch die folgenden Abschnitte. In Abschnitt 3.5 und 3.6 werden die Vorhaltebudgets aller Bundesländer und aller Krankenhäuser explizit berechnet.

Minder- und Mehrerlösausgleiche, die derzeit im a-DRG-System bestehen, werden zur Begrenzung der Komplexität nicht simuliert.

Fördermittel

In die Simulation nicht eingegangen sind geplante zusätzliche Fördermittel—etwa für die Geburtshilfe, die Notfallmedizin und die Pädiatrie. Diese können bei den qualifizierten Häusern zu einer Erlössteigerung führen. Eine Förderung dieser Art ist jedoch nicht an das Finanzierungssystem gekoppelt und könnte auch im a-DRG-System erfolgen. Sie ist also nicht als inhärenter Bestandteil der Vorhaltefinanzierung zu betrachten.

JÄHRLICHE FALLZAHLVARIATIONEN

Die folgende Diskussion bezieht sich auf die Modellrechnungen aus Abschnitt 3.4 ab Seite 27.

Die Fallzahlen eines Krankenhauses variieren von Jahr zu Jahr, sowohl insgesamt als auch bezogen auf einzelne Hauptdiagnosen, Leistungsgruppen oder Prozeduren. Die folgende Diskussion bezieht sich auf die Variation bei **konstanter mittlerer Fallzahl** über die Jahre, also ohne eine kontinuierliche positive oder negative Entwicklung, etwa durch Marktverschiebungen oder Ambulantisierung. Langjährige Trends modellieren wir in den Szenarien separat.

Ein Teil dieser Variation entsteht daraus, dass das Auftreten von Fällen als Poisson-Prozess angesehen werden kann, in dem Ereignisse unabhängig voneinander mit gegebener mittlerer Rate auftreten. Für eine mittlere Fallzahl f beträgt die Varianz des Poisson-Prozesses f . Bei hinreichend großen f kann die Fallzahlverteilung durch eine Normalverteilung mit Standardabweichung \sqrt{f} angenähert beschrieben werden.

Empirisch können Fallzahlvariationen anhand von Daten aus den Qualitätsberichten untersucht werden. Eine Aggregation auf verschiedenen Ebenen (etwa einzelne Hauptdiagnosen, ICD-Gruppen und ICD-Kapitel) erlaubt eine Analyse über einen breiten Bereich von Fallzahlen f hinweg. Hierbei zeigt sich, dass die Variabilität der Fallzahl von einem reinen Poisson-Prozess abweicht, da weitere Faktoren die Fallzahlen beeinflussen.

Wir haben hieraus mittels Bayesscher Statistik ein Modell entwickelt, das die Fallzahlvariationen über einen weiten Bereich von unter 100 bis über 30 000 Fällen gut beschreibt. Für die Standardabweichung σ_δ der Differenzen von Jahr zu Jahr, abhängig von der Fallzahl f , ergibt sich der Zusammenhang

$$\sigma_\delta = 0.56 \cdot f^{0.70} . \quad (1)$$

Nimmt man an, dass die Fallzahlen einer Normalverteilung entstammen, so ist die Varianz der Differenzen von Jahr zu Jahr um einen Faktor zwei größer als die Varianz der zugrunde liegenden Normalverteilung. Im Modell nehmen also wir die folgende Standardabweichung σ für die Verteilung der Fallzahl um ihr langjähriges Mittel an:

$$\sigma = 0.56 \cdot f^{0.70} / \sqrt{2} . \quad (2)$$

STATISTISCHER ERWARTUNGSWERT DES LANDESWEITEN VORHALTEBUDGETS

In den Szenarien 4A und 4B (Seiten 37 f.) verwenden wir einen statistischen Erwartungswert für die Summe der Vorhaltekosten an allen Leistungserbringern im Bundesland. Während die Szenarien eine mittlere Fallzahlveränderung im Bundesland vorgeben, ist damit zu rechnen, dass sich die Fallzahlen an den einzelnen Standorten unterschiedlich entwickeln. Wenn etwa die mittlere Fallzahlveränderung bei einer Neuberechnung der Vorhaltebudgets +18% beträgt, so gilt für die Mehrheit der Standorte noch die Referenzfallzahl der letzten Berechnung, da die Veränderung dort unter 20% liegt. Bei einem Teil der Standorte liegt die Veränderung aber schon über 20%, sodass in der Berechnung der Vorhaltekosten eine größere Referenzfallzahl herangezogen werden muss.

Die Schwierigkeit der Berechnung liegt darin, dass die 20 %-Regel auf alle Leistungserbringer angewendet werden muss. Da wir die anderen Häuser im Bundesland nicht explizit modellieren, berechnen wir einen statistischen Erwartungswert.

Wir betrachten im Folgenden die Neuberechnung der Anteile am Landesbudget der Vorhaltekosten im Jahr y und führen keinen Index für die zeitliche Entwicklung mit. Sei $i = 1 \dots N$ der Index der N Versorger im Bundesland für die betrachtete Leistungsgruppe und f_i deren Fallzahlen in dem Jahr, auf die sich die Berechnung bezieht (also Jahr $y - 2$ für eine Berechnung der Anteile für Jahr y). Mit r_i bezeichnen wir die Referenzfallzahl des Standorts i aus der vorhergehenden Berechnung der Vorhaltebudgets. Variationen im Case-Mix zwischen den Standorten werden für die statistische Betrachtung vernachlässigt.

Wir nehmen an, dass die Verteilung der Fallzahl f_i jedes Standorts i um ihren Mittelwert \bar{f}_i einer Normalverteilung folgt. Der Mittelwert wird im Szenario durch die mittlere Fallzahlreduktion und die Fallzahl am Beginn der Simulation vorgegeben. Die Standardabweichung σ_i der Normalverteilung wird wie in Abschnitt 7.2, Gleichung 2, anhand der mittleren Fallzahl \bar{f}_i berechnet. Da hier zusätzlich zu zufälligen Fallzahlschwankungen variierende Marktverschiebungen auftreten, erhöhen wir die Varianz im Vergleich zu Gleichung 2 um einen Faktor 2. Die Normalverteilung der Fallzahl f bezeichnen wir als $\mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i)$.

Da die Standardabweichung der Verteilung von der Fallzahl abhängt, müssen wir für die Berechnung eine konkrete Verteilung der Fallzahlen pro Standort am Beginn der Simulation vorgeben. Wir benutzen dafür eine bundesweite Schätzung der Fallzahlverteilung in der entsprechenden Leistungsgruppe, die wir mit dem Vebeto Leistungsgruppenmodell berechnen.

Im 20 %-Korridor um die vorherige Referenzfallzahl r_i wird das Vorhaltebudget für Standort i an r_i bemessen. Die Wahrscheinlichkeit ρ_i^0 , dass die Fallzahl in diesen Korridor fällt, ist gegeben durch

$$\rho_i^0 = \int_{0,8 \cdot r_i}^{1,2 \cdot r_i} \mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i) df . \quad (3)$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Fallzahl unterhalb oder oberhalb des Korridors liegt, bezeichnen wir mit ρ_i^- und ρ_i^+ :

$$\rho_i^- = \int_{-\infty}^{0,8 \cdot r_i} \mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i) df \quad (4)$$

$$\rho_i^+ = \int_{1,2 \cdot r_i}^{\infty} \mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i) df . \quad (5)$$

Zusätzlich benötigen wir die statistischen Erwartungswerte der Fallzahl unterhalb und oberhalb des Korridors, hier bezeichnet als ϕ_i^- und ϕ_i^+ :

$$\phi_i^- = \int_{-\infty}^{0,8 \cdot r_i} f \cdot \mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i) df / \rho_i^- \quad (6)$$

$$\phi_i^+ = \int_{1,2 \cdot r_i}^{\infty} f \cdot \mathcal{N}(f; \bar{f}_i, \sigma_i) df / \rho_i^+ . \quad (7)$$

Der Erwartungswert e_i für die Fallzahl nach Anwendung der 20 %-Regel ergibt sich dann als:

$$e_i = \rho_i^- \phi_i^- + \rho_i^0 r_i + \rho_i^+ \phi_i^+ . \quad (8)$$

Die Summe dieser Werte über alle Standorte i , multipliziert mit der mittleren Vorhalte-Bewertungsrelation, ergibt den statistischen Erwartungswert für das landesweite Vorhaltebudget. (Mathematisch kann dieser Ausdruck vereinfacht werden; die gewählte Darstellung soll die Nachvollziehbarkeit verbessern.)

07.3 VEBETO STUDIE ZUR KRANKENHAUSPLANUNG

Im Rahmen der Vebeto Studie “Perspektiven für die Krankenhausplanung” haben wir eine Simulation für die Restrukturierung der Krankenhauslandschaft entwickelt. Anhand eines algorithmischen Regelwerks schätzen wir für jede Leistungsgruppe an jedem Krankenhaus ein, ob diese im Rahmen einer Restrukturierung gefährdet sein könnte, stabil bliebe oder wachsen könnte. Im Rechenmodell versuchen wir, die bestehenden Krankenhausstrukturen zu erhalten, wo möglich. Dabei sollen die an den Häusern behandelten Leistungsgruppen jedoch so verteilt werden, dass sich alle Häuser auf die Bereiche konzentrieren, in denen sie heute schon stark sind. Wir achten darauf, dass sich die Fahrzeiten für die Patienten nach der Restrukturierung nicht stark verändern und dass die benötigten Kapazitäten in einem sinnvollen Verhältnis zur bestehenden Infrastruktur stehen.

Die Studie wurde weit vor dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) entwickelt; die Methoden stehen **nicht** in Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf.

Grundprinzipien der Restrukturierung

Unsere Simulation folgt diesen Grundprinzipien:

1. Für alle Einwohner wird eine wohnortnahe Grundversorgung sichergestellt.
2. Bei der darüber hinausgehenden Spezialversorgung konzentriert sich jedes Haus auf ein fokussiertes Portfolio an Leistungen. Auch für die Spezialversorgung wird eine sinnvolle Erreichbarkeit für alle Einwohner gewährleistet.
3. Die Größe eines Krankenhauses ist allein kein sinnvoller Anhaltspunkt für die Krankenhausplanung. Viel mehr sind die spezifischen Stärken eines Hauses und die Annahme des Angebots in der Bevölkerung entscheidend.
4. Die Planung orientiert sich an bestehenden Strukturen und erhält diese weitgehend. Die zukünftigen Leistungsmengen bei den Versorgern müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den bestehenden Strukturen stehen.

Für weitere methodische Details inklusive einer Beschreibung der Datenquellen verweisen wir auf die Studie, die Sie von uns separat erhalten können.

07.4 REGIONALE SIMULATIONSERGEBNISSE

Mindestfallzahlen: Regionale Auswirkungen ohne Ausnahmeregelungen

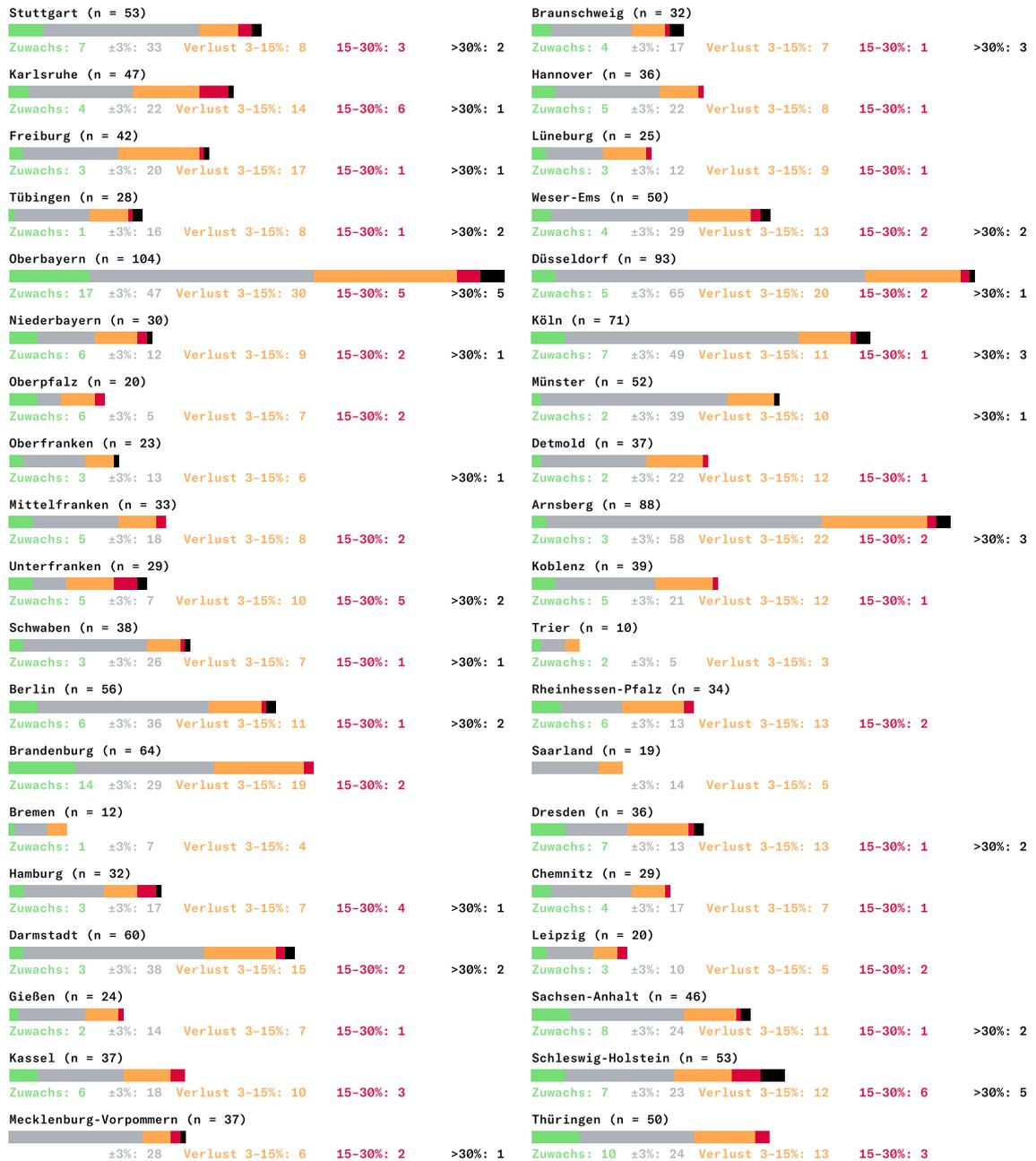
Die folgende Grafik stellt die Auswirkungen der Mindestfallzahlen **ohne** Anwendung der Ausnahmeregelungen dar, gegliedert nach NUTS2-Regionen (vgl. Seite 74). Die hier gezeigten Daten entsprechen der Simulation von Seite 20.



Die Auswirkungen sind, relativ zur Anzahl der Krankenhäuser pro Region, ungefähr gleich verteilt sind. Erlösverluste finden sich sowohl in dicht als auch in dünn besiedelten Regionen.

Regionale Auswirkungen mit Ausnahmeregelungen

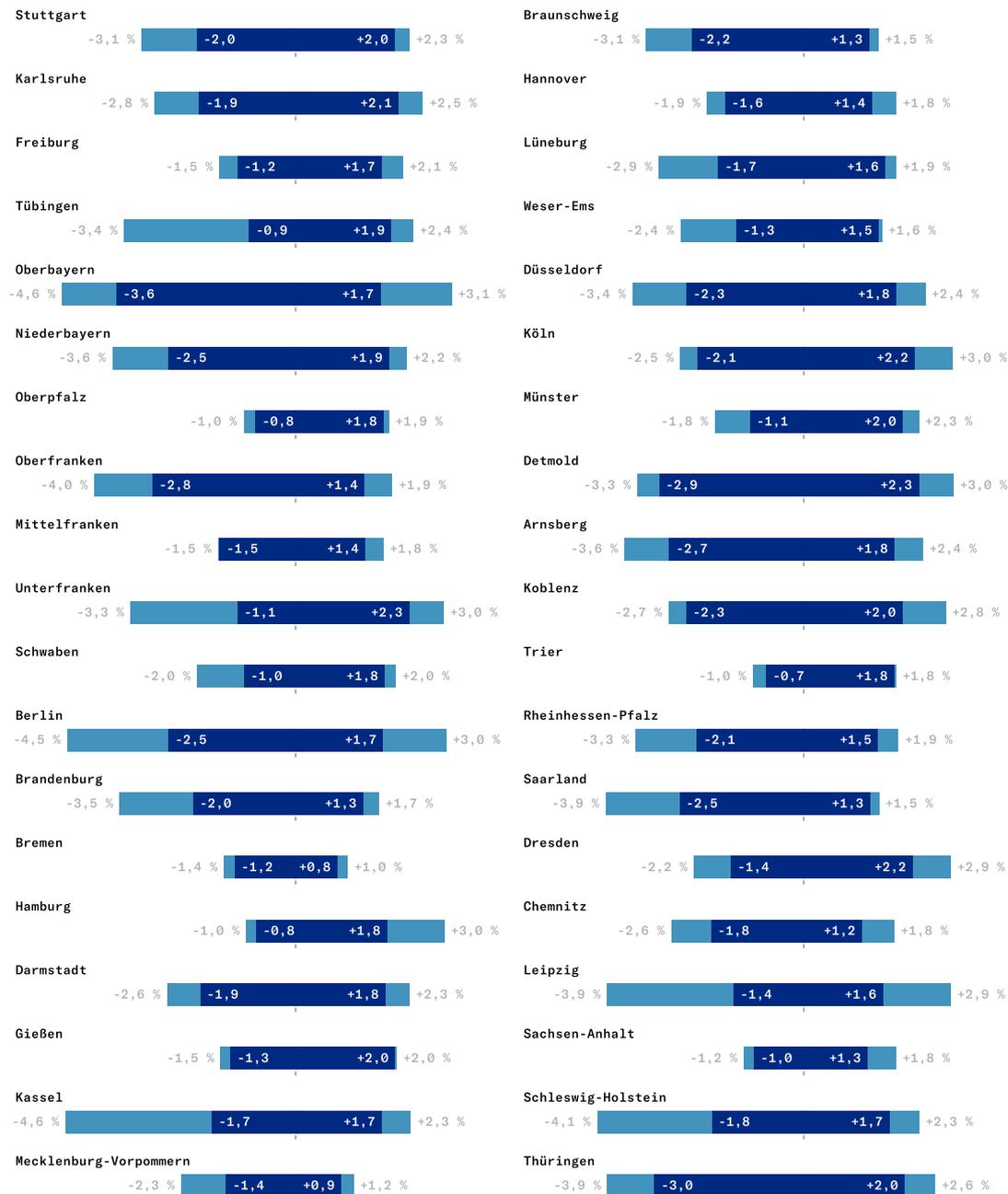
Hier werden regionalen Auswirkungen der Mindestfallzahlen **mit** Anwendung der Ausnahmeregelungen dargestellt. Die hier gezeigten Daten entsprechen der Simulation von Seite 20.



Auf Seite 19 hatten wir festgestellt, dass die Ausnahmeregelungen nur einen relativ geringen Einfluss haben. Der Vergleich der obigen Grafik mit der vorhergehenden Seite stellt das regional aufgelöst dar. Auch nach Anwendung der Ausnahmeregelungen finden sich Erlösverluste sowohl in dicht als auch in dünn besiedelten Regionen.

Regionale Simulation der Erlösveränderungen

Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse der Simulation von Seite 43 gegliedert pro NUTS2-Region (vgl. Seite 74).



Die regionalen Erlösdifferenzen liegen typisch im niedrigen einstelligen Prozentbereich.

NUTS-Regionen

Die NUTS-Gliederung finden Sie in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes, unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html>.

Die folgende Karte stellt die deutschen NUTS1-Regionen (Bundesländer, fett gesetzte Schlüssel) und die NUTS2-Regionen (äquivalent Regierungsbezirken) dar:



Quelle: Maximilian Dörrbecker (Chumwa) - Eigenes Werk, CC BY-SA 2.5,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=6779016>

07.5 HINWEISE ZUR DATENBASIS

Für die Berechnungen haben wir Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verwendet. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden vorliegend nur teilweise bzw. auszugsweise und in Verbindung mit anderen Erkenntnisquellen genutzt. Die angegebenen Empfehlungen und Ergebnisse stellen daher keine authentische Wiedergabe der Qualitätsberichte dar. Eine vollständige unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser erhalten Sie unter www.g-ba.de.

Wenn nicht anders vermerkt, beziehen sich die Analysen auf das Datenjahr 2022. Bei Fragen zu weiteren Datenquellen und deren Verarbeitung wenden Sie sich bitte an daten@vebeto.de.

07.6 IMPRESSUM

Vebeto GmbH
c/o Stadtveränderer
Hammer Steindamm 62
20535 Hamburg

Geschäftsführer: Dr. Hannes Dahnke, Dr. Eberhard Hansis

Telefon: 040-31993790
E-Mail: daten@vebeto.de
Web: <https://www.vebeto.de>

Eingetragen beim Amtsgericht Hamburg
Register-Nummer HRB 141452
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE306359848



VEBETO MEMO

Ansprechpartner

Dr. Hannes Dahnke

daten@vebeto.de

www.vebeto.de