

Kommentar zum Referentenentwurf des KHVVVG

VEBETO MEMO

Jahr

2024

Bericht

Kommentar zum KHVVVG

Vorläufige Einschätzung
des Referentenentwurfs

Autoren

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

daten@vebeto.de
www.vebeto.de

vebeto028
Version 53c8ab97
6. Mai 2024



INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	3
1.1	Zielsetzung	3
1.2	Notwendigkeit einer Reform	3
1.3	Wiederkehrende Problemfelder	4
2	Themen	5
2.1	Einführung von Leistungsgruppen	5
2.2	Vorhaltefinanzierung	6
2.3	Anrechnung von Fachärzten	8
2.4	Mindestvorhaltezahlen	9
2.5	Ausnahmen von den Qualitätskriterien	12
2.6	Verbotsliste onkologische Chirurgie	15
2.7	Zuschläge für Unikliniken	17
2.8	Transformationsfonds	17
2.9	Zu- und Abschläge	18
2.10	Themen ohne Kommentar	18
3	Anhang	19
3.1	Impressum	19
3.2	Hinweise zur Datenbasis	19

EINLEITUNG

01

01.1 ZIELSETZUNG

In diesem Dokument fassen wir Kommentare und Einschätzungen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zusammen. Es bezieht sich auf den Referentenentwurf vom 15.04.2024. Die im Folgenden angegebenen **Seitenzahlen** beziehen sich auf diesen Entwurf.

Wir konzentrieren uns in den Kommentaren darauf, Neuerungen im Vergleich zur "Vorversion" herauszuarbeiten. Darunter verstehen wir den Arbeitsentwurf zum KHVVG vom 13.11.2023. Daneben stellen wir unsere Einschätzung bestimmter Themen dar.

Das Dokument stellt keine vollständige und abschließende Analyse dar. Es handelt sich um eine vorläufige Einschätzung. Die Erstellung der Analyse wurde nicht extern beauftragt oder finanziert.

01.2 NOTWENDIGKEIT EINER REFORM

Bevor wir auf den Gesetzentwurf im Detail eingehen, möchten wir unsere Kommentare einordnen. Wir bestreiten keineswegs die Notwendigkeit einer Krankenhausreform. Eine Leistungskonzentration, besonders in der spezialisierten Versorgung, halten wir für notwendig und sinnvoll, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu steigern. Unsere Kritik richtet sich vielmehr gegen die spezifischen Maßnahmen, wie sie im Gesetzentwurf formuliert sind. Die Vielzahl an neuen Regelungen steigert die Komplexität des Systems enorm und führt zu großer Unsicherheit bei Patienten und Versorgern. Es sind jedoch nahezu keine nachweisbar positiven Effekte auf die Versorgung zu erkennen.

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, wie Sicherstellungszuschläge; und eine auskömmliche Investitionsfinanzierung durch die Länder.

Die stationäre Versorgung in Deutschland benötigt **eine** Reform, aber nicht **die**, die im KHVVG dargelegt ist.

01.3 **WIEDERKEHRENDE PROBLEMFELDER**

In unserer Einschätzung des KHVVG-Entwurfs treten drei Problemfelder wiederholt auf:

1. Ungeeignete Anwendung eines Werkzeugs

Der aktuelle Entwurf stützt sich stark auf eine Leistungsgruppen-Systematik, die an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 angelehnt ist. Die dort definierten Leistungsgruppen (LG) 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, an erweiterte Strukturvorgaben zur Facharzt-Vorhaltung oder an Mindestvorhaltezahlen. Dafür wurden die Leistungsgruppen jedoch nicht ausgelegt, was zu vielerlei Ungereimtheiten führt.

2. Starre Regeln kollidieren mit vielfältigen Versorgungsangeboten

Der KHVVG-Entwurf sieht in vielen Bereichen starre, detaillierte und weitreichende Regelungen vor. Diese Regeln kollidieren häufig mit der vielfältigen Versorgerstruktur in Deutschland. Die Möglichkeit zu Ausnahmeregelungen durch die Länder wird durch Fahrzeitkriterien stark beschnitten und ist überwiegend zeitlich eingegrenzt. Somit müssten funktionierende Strukturen verändert werden, ohne Notwendigkeit bezüglich Qualität oder Wirtschaftlichkeit. Auch wenn den Ländern die Möglichkeit zu hinreichend vielen Ausnahmen gegeben wäre, ist ein System aus starren, detaillierten Regeln und einer Vielzahl von Ausnahmen sicher nicht die effizienteste Form der Regulierung.

3. Fehlende Auswirkungsanalysen

Der KHVVG-Entwurf definiert ein hochkomplexes Regelwerk. Dessen praktische Auswirkungen sind, nach einfachem Lesen, kaum abzuschätzen. Umfassende Auswirkungsanalysen wurden jedoch nicht vorgelegt und sind, nach aktuellem Stand, auch vor Verabschiedung des Gesetzes nicht geplant. Eine Zustimmung zum Gesetzentwurf erfordert also blindes Vertrauen in die Vorhersehungsgabe der Verfasser*innen, dass die Maßnahmen dazu geeignet sind, die gesteckten Ziele ohne größere Verwerfungen zu erreichen. Dass dieses Vertrauen nicht unbedingt gerechtfertigt ist, hat schon unsere Auswirkungsanalyse zur Vorhaltefinanzierung vom Januar 2024 gezeigt.

Im Folgenden führen wir unsere Kommentare zu einzelnen Themen genauer aus.

THEMEN

02

02.1 EINFÜHRUNG VON LEISTUNGSGRUPPEN

Krankenhausplanung auf Basis medizinischer Leistungsgruppen (LG)

Die entsprechenden Regelungen sind dem Grunde nach unverändert im Vergleich zur Vorversion.

Zur Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen haben wir schon seit 2020 quantitative Studien erstellt. In unserer Studie "Perspektiven für die Krankenhausplanung" zeigen wir exemplarisch, wie eine regelbasierte Krankenhausplanung auf Basis von LG vorgenommen werden könnte. Dabei werden bestehende Strukturen weitgehend erhalten und die Erreichbarkeit nicht verschlechtert. Deswegen sehen wir eine detaillierte Krankenhausplanung auf Basis von LG als gangbaren Weg, eine Leistungskonzentration und Spezialisierung zu erreichen und dadurch Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu steigern. Die Studie können Sie bei uns auf Anfrage erhalten.

Leider befördert das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) das "Sammeln" von LG, zum Erreichen eines möglichst hohen Levels. Das ist genau das Gegenteil von Spezialisierung und Leistungskonzentration.

Eine offene Frage ist, inwiefern das Abrechnungsverbot für Fälle außerhalb der zugewiesenen LG (S. 55, KHEntgG § 8 (4), und S. 130/131 sowie S. 174) zu praktischen Problemen führen wird. Es mag häufig nicht möglich sein, die finale LG-Zuordnung eines Patienten bei Aufnahme abzuschätzen. Ein Krankenhaus müsste also folgerichtig jeden Patienten im Vorhinein ablehnen, bei dem nach Behandlungsende möglicherweise eine Zuordnung zu einer LG außerhalb des eigenen Spektrums erfolgen könnte. Dieses Problem tritt verschärft zwischen LG auf, die schwer medizinisch abgrenzbar sind (etwa Internistische Grundversorgung gegen Komplexe Gastroenterologie und Komplexe Pneumologie; Notfallmedizin gegen alle anderen LG mit Notfallkomponente; Spezielle Traumatologie gegen Chirurgische Grundversorgung).

Zusätzliche Leistungsgruppen

Neu sind konkrete Qualitätsvorgaben zu den 5 neuen LG, die nicht Teil der Systematik aus dem Krankenhausplan NRW sind (S. 24 ff.). Diese gelten jedoch nur übergangsweise, bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMG (siehe auch S. 106).

Zeitlicher Rahmen

S. 12: "Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen."

02.2 VORHALTEFINANZIERUNG

Grundidee und Ziele

S. 1: “Mit Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser gesenkt, Fallmengen auszuweiten.”

Das stimmt so nicht. Die Vorhaltefinanzierung ist abhängig von Leistungsmengen. Der 20%-Korridor sowie die Mindestfallzahlen schaffen starke neue Leistungsanreize.

Vebeto Auswirkungsanalyse zur Vorhaltefinanzierung

Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung sind überwiegend identisch zur Vorversion.

Die **Vebeto Auswirkungsanalyse zur Vorhaltefinanzierung**, die im Januar 2024 vorgestellt wurde, ist also nach wie vor zutreffend. Anhand der Analyse schließen wir, dass mit der derzeit geplanten Vorhaltefinanzierung die Ziele der Versorgungssicherung, Entökonomisierung und Entbürokratisierung voraussichtlich **nicht erreicht** werden können.

Unsere Analyse finden sie unter: <https://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung>

Eine Auswirkungsanalyse des BMG liegt bisher nicht vor und ist erst zu Ende 2029 geplant (KHFinG § 17b (4c), S. 39 und S. 144 f.).

Neue Simulation zur Restrukturierung

Wir haben kürzlich neue Simulationsrechnungen erstellt, die zeigen, dass die Vorhaltefinanzierung auch in einer sich dynamisch entwickelnden Krankenhauslandschaft nahezu keine Wirkung entfaltet. Bei einer simulierten Krankenhausreform bleiben die Erlöse im neuen System mit Vorhaltefinanzierung weitgehend dieselben, wie sie sich mit dem heutigen DRG-System ergäben.

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

Die Gesamterlöse pro Standort nach Restrukturierung sind im derzeitigen a-DRG-System und im neuen System mit Vorhaltefinanzierung sehr ähnlich. 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 **-1,6 %** und **+1,6 %**; für **98 %** der Standorte liegt sie zwischen **-2,4 %** und **+2,3 %**. (Die Zahlen beziehen sich auf die knapp 1 000 Standorte, die mindestens eine relevante Grundversorgung anbieten.)

In der Analyse ist keine substanzielle 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 LG bei einem Versorger auch den sofortigen Wegfall der Vorhaltefinanzierung bedeutet, sodass dahingehend keinerlei finanzielle Schutzwirkung besteht. Die geplante Vorhaltefinanzierung bringt also ein hohes Maß an zusätzlicher Komplexität, ohne dass sie quantitativ belegbar zur Erreichung der politischen Ziele beiträgt.

Leistungsverlagerungen und Fusionen

Neu im Entwurf sind Einschübe zu Leistungsverlagerungen: Wer die Verlagerung von LG 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 (S. 41 f., KHFinG § 37 (2), siehe auch S. 149 f.).

Hierbei wird verwiesen auf § 135f Absatz 1 Satz 5 oder Satz 6 (siehe auch unten, Regelungen zu Mindestfallzahlen). Dort wird festgelegt, dass die Summation für das nächste Kalenderjahr gilt. Bei Berechnung des Vorhaltebudgets kann man annehmen, dass die Summation in der folgenden Neuberechnung gelten soll. Bei jeder weiteren Neuberechnung gelten jedoch die echten Fallzahlen (oder Planfallzahlen, soweit vom Land festgelegt). Dies ist spätestens nach 3 weiteren Jahren der Fall, häufig jedoch früher (S. 42, KHFinG § 37 (2) am Ende, mit Verweis auf S. 34, KHFinG § 6a (4) Satz 1 Nummer 2, 3, 4, 6; Neuermittlung bei Strukturveränderung im Bundesland oder einem angrenzenden Bundesland).

Die Summation von Fallzahlen bei Leistungsverlagerungen ist also ein zeitlich begrenzter Einmaleffekt und führt zu keiner langfristigen Erlössteigerung beim empfangenden Standort. Wenn beispielsweise zwei Standorte mit je 50 Fällen 'fusionieren', bekommt der empfangende Standort einmalig die Vorhaltefinanzierung für 100 Fälle angerechnet. Wenn dann real nur 20 zusätzliche Patienten kommen, bekommt er in der nächsten Bewertung nur noch 70 Fälle angerechnet.

Zudem geht diese Regelung häufig an der Realität vorbei. Im Folgenden wird ein reales Beispiel beschrieben (ohne Nennung der beteiligten Standorte): Zwei Standorte eines Trägers, die in verschiedenen Städten A und B liegen, vereinbaren die Konzentration einer LG am Standort in B. Die Patienten aus Stadt A werden nach der Leistungskonzentration jedoch 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.

Diese Regelungen erzeugen hochpolitische Absprachen und realitätsferne Erlösverlagerungen. Immerhin ist ihre Wirksamkeit zeitlich stark begrenzt.

'Sonstige' Fälle

Derzeit noch offen scheint die Frage, wie mit dem Vorhaltebudget für stationäre Fälle umgegangen wird, die 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 LG zu behandeln. Eine separate Regelung für die Berechnung der entsprechenden Erlöse ist im KHVVG jedoch nicht zu finden. Diese Fälle können also in der derzeitigen Logik der Vorhaltefinanzierung **nicht kalkuliert** werden.

02.3 ANRECHNUNG VON FACHÄRZTEN

Anrechnung auf maximal 3 Leistungsgruppen

S. 13 oben, SGB V § 135e (4): “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.” Die Anrechnung ist nicht gleichzusetzen mit Beschäftigungserlaubnis bzw. -verbot, sondern nur in Bezug auf die Strukturkriterien relevant (S. 107).

Das ist im Begründungsteil detailliert ausgeführt (S. 107): “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 LG der Orthopädie benötigt man laut Qualitätskriterien im Krankenhausplan NRW 3 Fachärzte (FÄ), damit reichen 4 FÄ für 4 LG. Für die allermeisten LG sind im KH-Plan NRW 3 FÄ vorgegeben (abweichend etwa Herzchirurgie: 5 FÄ).

Sonderregel: FÄ für Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie dürfen in anderen LG nicht angerechnet werden! Im Gegensatz zu oben dürfen diese FÄ also nicht in bis zu drei LG angerechnet werden. Wenn ein Standort beispielsweise neben der Allgemeinen Inneren Medizin auch die LG Komplexe Gastroenterologie zugewiesen bekommt, müssen insgesamt mindestens 6 FÄ vorgehalten werden. Da für die LG Notfallmedizin 5 FÄ vorgeschrieben sind (S. 31), müssen diese in jedem Haus mit Notfallversorgung zusätzlich zu den 3 FÄ Allgemeine Innere Medizin und 3 FÄ Allgemeine Chirurgie vorgehalten werden.

Das Zählen inhomogen zugeschnittener LG ist keine gute Idee

Übersehen wird der inhomogene Zuschnitt der LG—manche Fachbereiche sind wesentlich stärker aufgegliedert als andere. So ist die Gynäkologie in vier LG aufgeteilt, die Urologie umfasst jedoch nur eine. Die Orthopädie ist in fünf LG geteilt, die “normale” Traumatologie ist nicht einmal als separate LG erfasst. Für die Viszeralchirurgie gibt es fünf sehr kleine LG, die hoch spezialisierte Leistungen umfassen. Der allergrößte Teil der viszeralchirurgischen Patienten wird jedoch der Allgemein Chirurgie zugeordnet. Insgesamt ist es generell keine gute Idee, Leistungsgruppen zu zählen.

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

Erschwerte zukünftige Anpassung

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

Belegärzte

Bezüglich Belegabteilungen besagt der KH-Plan NRW (S. 45 dort): “Deshalb sind die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen zu erfüllen, allerdings nicht durch im Krankenhaus angestellte Fachärztinnen/Fachärzte. Dementsprechend sind auch keine Vollzeitäquivalente nachzuweisen. Es ist aber darzulegen, dass die getroffenen Vereinbarungen die Rufbereitschaft ganzjährig rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche sicherstellen. Außerdem ist die ärztliche Präsenz über 24 Stunden täglich sicherzustellen. Diese kann auch durch den ärztlichen Dienst des Krankenhauses erfolgen, insbesondere in der Notfallversorgung.”

KHVVG (S. 108): “Bei belegärztlicher Versorgung sind die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ebenso zu erfüllen.”

Die Regelungen des KHVVG sind hier also wesentlich strenger.

Fehlende Auswirkungsanalyse

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn die Auswirkungen der neuen Facharzt-Vorgaben vom BMG vor Verabschiedung in einer Auswirkungsanalyse geprüft würden. Besonders an kleinen Krankenhäusern könnten sie zu unerwarteten Schwierigkeiten führen. Eine solche Auswirkungsanalyse scheint nicht geplant zu sein.

Als Beispiel sei die LG Endokrinologie und Diabetologie genannt: Die Qualitätskriterien aus dem Krankenhausplan NRW fordern hierfür mindestens 3 FÄ, davon mindestens 2 mit Bezeichnung “Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie”. Fachärzte mit dieser Bezeichnung gab es laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer im Jahr 2022 nur rund **160** im stationären Sektor. Somit könnten maximal 80 Standorte diese Leistungsgruppe anbieten; in Realität sind es wahrscheinlich deutlich weniger. Die Auswirkungen auf die Versorgung sind hier schwer abzusehen und sollten im Vorfeld analysiert werden.

02.4

MINDESTVORHALTEZAHLEN

Strenge Grenzen, schwere Auswirkungen

Für alle LG gilt zukünftig eine Mindestfallzahl (SGB V, § 135f, S. 13), mit “Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027”. Diese wird hier “Mindestvorhaltezah!” genannt. **Eine Unterschreitung der Mindestfallzahl führt zum Wegfall der Vorhaltevergütung im Folgejahr!** Dies gilt bereits ab 2027, also schon mit Beginn der Konvergenzphase (S. 55, KHEntG § 8 (4), und S. 173).

Fallzahlschwankungen sind unvermeidlich

Fallzahlschwankungen können immer auftreten. Je geringer die Leistungsmenge in einer LG, desto stärker ist die relative Schwankung. Somit wird es unvermeidlich zu Unterschreitungen von Mindestfallzahlen kommen. Hierauf hat das jeweilige Haus eventuell keinen Einfluss, und man wird nicht grundsätzlich auf Qualitätsprobleme schließen können.

Im Begründungsteil (S. 109) ist beispielhaft eine Festlegung des “20. Perzentils” als Mindestvorhaltezahle genannt (siehe Abschnitt “Festlegung der Mindestvorhaltezahlen” unten zur Interpretation). Für die LG “Carotis” ergibt sich so eine Grenze von etwa **40** Fällen. Ein Haus, das mit durchschnittlich **45** Fällen pro Jahr etwa 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 (etwa 30. Perzentil) betrüge die Wahrscheinlichkeit noch **9%**. Diese Schwankung ist vom Haus nicht beeinflussbar.

Wird durch zufällige Schwankungen die Mindestvorhaltezahle 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. Auch diese können zum Wegfall der Vorhaltefinanzierung führen.

Planungssicherheit?

Wir betrachten beispielhaft das Vorhaltebudget für das Jahr 2033. Die Mindestvorhaltezahlen werden bis zum 30. Juni 2032 aus den Fallzahlen von 2031 ermittelt (S. 14, SGB V § 135f (3)). Ein Standort kann also erst Mitte 2032 wissen, ob er die Mindestfallzahl pro LG erreicht hat oder ob die gesamte (!) Vorhaltefinanzierung einer LG für 2033 entfällt. Der verbindliche Bescheid zur Vorhaltefinanzierung ergeht erst im Dezember 2032 (KHFinG § 37 (5), S. 43). **Das ist das Gegenteil von Planungssicherheit.**

Festlegung der Mindestvorhaltezahlen

Das BMG beauftragt das IQWiG damit, Empfehlungen zur Höhe der Mindestvorhaltezahle zu erarbeiten. Diese sollen “in Form eines Perzentils der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe erfolgen”. Diese Formulierung ist unklar. Wenn man dem Gesetzentwurf eine gewisse Konsistenz unterstellt, könnte die Berechnung analog zur unten diskutierten Verbotsliste für die onkologische Chirurgie erfolgen (etwa: unterhalb der Schwelle liegen die kleinsten Standorte, die gemeinsam 20% der Fälle erbringen).

Interessanterweise ist es kaum möglich, eine solche Perzentilgrenze dauerhaft anzuwenden: Wenn der gewünschte Effekt eintritt, dass kleine Leistungserbringer ausscheiden, würde bei fixer Perzentilgrenze die Mindestfallzahl laufend steigen und die Zahl der Leistungserbringer laufend fallen. Man müsste die Perzentilgrenze also langfristig gegen null absenken oder zu absoluten Mindestfallzahlen übergehen, die nicht an Perzentile gebunden sind.

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” (S. 13, SGB V § 135f (1) Satz 5 und 6, sowie S. 108). 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.

Ausnahmeregelungen

Die Landesbehörde kann für Mindestfallzahlen Ausnahmen erteilen, aber nur unter Einhaltung der Fahrzeitvorgaben (S. 14, mit Verweis auf KHFInG § 6a (2) Satz 2 und 3, S. 33). **In Ballungsgebieten wird es also keine Ausnahmen geben!** Dass dies problematische Folgen haben wird, erkennt man an den unten genannten Beispielen bzgl. den Ausnahmen von den Qualitätskriterien.

Mengenanreize

Mindestfallzahlen erzeugen **Mengenanreize an der unteren Grenze**.

Beispiel: Als Orthopäde habe ich vor mir eine Patientin mit Rückenschmerzen. Ich kann sie entweder konservativ behandeln, dann wird sie der LG Allgemeine Chirurgie zugeordnet, oder ich kann sie operieren, dann wird sie in die LG Wirbelsäuleneingriffe eingeordnet. Es ist November. Als ersten Fall nehmen wir an, ich befände mich an einem Schwerpunktversorger mit großer Wirbelsäulenchirurgie. Ich werde die bisherige Bemessungsfallzahl der Vorhaltefinanzierung voraussichtlich dieses Jahr leicht überschreiten (deutlich unter 20% Wachstum). Jeder zusätzliche Patient wird also nur noch nach r-DRG vergütet, ohne zusätzliche Vorhaltefinanzierung. Als zweiten Fall nehmen wir an, ich wäre an einem Grund- und Regelversorger mit kleiner Wirbelsäulenchirurgie tätig. Ich habe Bedenken, dieses Jahr die Mindestmenge nicht zu erreichen und damit im nächsten Jahr die komplette Vorhaltefinanzierung für die Wirbelsäulenchirurgie zu verlieren. **Frage:** Wer hat eher einen finanziellen Anreiz, die Patientin zu operieren: der große Spezialist oder der kleine, vergleichsweise unerfahrene Versorger?

Der Mengenanreiz, den die Mindestvorhaltezah mit sich bringt, kann also genau das Gegenteil der erwünschten Effekte bewirken. Ähnliches gilt bezüglich des 20%-Korridors bei der Berechnung der Vorhaltefinanzierung: Hier hat ein kleines, schrumpfendes Haus positive Mengenanreize nahe der unteren Grenze, während Wachstum durch Leistungskonzentration an großen Häusern bestraft wird (solange nicht mindestens 20% Wachstum erreicht werden).

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 Mindestvorhaltezahlen vereinbar sein soll, ist unklar.

Evidenz?

Um eine Qualitätssteigerung in allen Leistungsgruppen zu erwarten, müsste generell ein wissenschaftlich belegbarer Zusammenhang zwischen Qualität und Fallzahl am Standort bestehen (und nicht etwa der Erfahrung des Operateurs). Es ist durchaus fraglich, ob man diesen Zusammenhang in allen Leistungsgruppen erwarten kann. Eine Evidenz diesbezüglich wird nicht beigebracht.

Sicherung der Wirtschaftlichkeit?

Die Mindestvorhaltezahlen sollen auch dazu dienen, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu sichern, indem nur bei hinreichend großen Leistungsmengen die Vorhaltefinanzierung gewährt wird. Die Wirtschaftlichkeit ist eines der Kriterien, anhand derer das IQWiG Empfehlungen für die Mindestvorhaltezahlen erarbeiten soll (S. 108 f.).

Dies ist jedoch nur für einen Teil der LG zielführend. Beispielsweise werden in der Gefäßmedizin, Orthopädie und Viszeralchirurgie nur (teils kleine) Teile des Leistungsspektrums einer typischen Fachabteilung in den einzelnen LG erfasst. Aus den Fallzahlen dieser Teilmenge kann schwerlich auf die Wirtschaftlichkeit der gesamten Organisationseinheit geschlossen werden. So müsste man etwa die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung komplexer Lebereingriffe bewerten und separat die komplexer Pankreaseingriffe, wobei diese beiden LG innerhalb einer viel umfangreicheren Fachabteilung für Viszeralchirurgie erbracht werden.

Erfüllungsaufwand

Interessant ist, dass das BMG in der Verwaltung zwei Vollzeitkräfte für die Begleitung der Mindestvorhaltezahlen veranschlagt (siehe S. 67 und 86). Die "Erarbeitung wissenschaftlicher Empfehlungen für die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen" am IQWiG und die "vorzunehmenden Auswertungen zu den Auswirkungen der Mindestvorhaltezahlen sowie aus der abzugebenden Empfehlung über die Höhe der Mindestvorhaltezahlen" am InEK sollen jedoch nur Aufwand "auf Bagatellfallniveau" verursachen (S. 80). Dabei wäre doch zu erwarten, dass die wissenschaftliche Ausarbeitung sinnvoller und evidenzbasierter Mindestfallzahlen einen substanziellen Aufwand bedeutet.

02.5

AUSNAHMEN VON DEN QUALITÄTSKRITERIEN

Eingeschränkte Ausnahmeregelungen

Landesbehörden können LG ausnahmsweise auch ohne Einhaltung der Qualitätskriterien vergeben (KHFinG § 6a, S. 33), aber nur

- auf 3 Jahre befristet (außer, das Haus ist für einen Sicherstellungszuschlag anerkannt, KGEntgG § 9 (1a) Nr. 6., siehe auch S. 133)
- wenn Bedarfsnotwendigkeit anhand der Pkw-Fahrzeit zum nächsten Versorger gegeben ist (30 Minuten Int./Chir. Grundversorgung, 40 Minuten sonst). Die genaue Berechnung der Bedarfsnotwendigkeit enthält einen Bevölkerungsbezug und ist von der jeweiligen Landesplanungsbehörde festzulegen. Sie kann sich an den Regelungen zum Sicherstellungszuschlag orientieren (siehe auch S. 110).

In Ballungsgebieten werden Ausnahmen somit kaum möglich sein! Dieselben Einschränkungen scheinen auch für Ausnahmen von den Mindestvorhaltezahlen (s. o., S. 14, mit Verweis auf KHFInG § 6a (2) Satz 2 und 3, S. 33) geplant zu sein.

S. 104: "Qualitätskriterien sind grundsätzlich **am Krankenhausstandort** zu erfüllen." Dementsprechend können verwandte LG nicht etwa an anderen Standorten desselben Trägers erbracht werden, unabhängig von deren Entfernung. Zudem gibt es keine Ausnahmeregelungen für BG-Kliniken oder Bundeswehrkrankenhäuser (S. 132).

Fachkrankenhäuser

Vor Erlass der Rechtsverordnung für die Einführung der LG und der Qualitätskriterien gilt für Fachkrankenhäuser die Fahrzeiterfordernis nicht, wenn sie Strukturvorgaben ersatzweise nur in Kooperation erfüllen (S. 12, S. 107). In § 6a, also nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung, scheint diese Ausnahme aber nicht mehr zu greifen. Dann müssten Fachkrankenhäuser alle Strukturvorgaben erfüllen und könnten nur nach Einhaltung der Fahrzeitkriterien eine Ausnahme erhalten, also nicht mehr in Ballungsgebieten.

Der Krankenhausplan NRW (S. 41 dort) erlaubt für Fachkliniken mehr Flexibilität bezüglich der Vorhaltung verwandter LG und bezieht sich auf die "medizinisch notwendigen Voraussetzungen, die im regionalen Rahmen sinnvoll sind". Ausnahmeregelungen werden "in Form der Einzelfallentscheidungen [...] durch die Planungsbehörden getroffen." Flexible Regelungen dieser Art erscheinen wesentlich realitätsnäher als die starren Vorgaben des KHVVG.

(Nebenbemerkung: SGB V, § 135e (4), S. 12 unten, kann so gelesen werden, dass nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung generell keine Kooperation zur Erbringung verwandter LG mehr erlaubt ist und somit auch alle LG aus der Spalte "Kooperation" der Qualitätskriterien zu Vorgaben der Erbringung am Standort werden. Das lesen wir nicht so; wir sehen in der o. g. Regelung nur eine eventuelle Erleichterung der Strukturvorgaben während des Übergangszeitraums.)

Beispiele betroffener Krankenhäuser

Im Folgenden geben wir Beispiele für Standorte, die durch starre Strukturkriterien negativ betroffen sein könnten. Grundlage für die Einschätzung sind die Strukturkriterien, die in der "Übersichtstabelle über die Qualitätskriterien" des Krankenhausplans NRW 2022 angegeben sind. Im Interesse der betroffenen Häuser veröffentlichen wir die Beispiele nur in anonymisierter Form.

Hier sind nur wenige Beispiele aufgeführt; eine vollständige statistische Analyse der betroffenen Standorte haben wir bisher nicht erstellt. (Das BMG scheint keinerlei Analyse zu planen.) Die Beispiele zeigen, dass die Regelungen des KHVVG vielfach nicht zur vielfältigen und leistungsstarken Krankenhauslandschaft in Deutschland passen. Es kann nicht Sinn der Sache sein, diese Probleme durch zusätzliche Ausnahmeregelungen im Einzelfall zu lösen. Ebenso kann es nicht erwünscht sein, funktionierende Strukturen ohne Not aufzubrechen.

Pneumologische und thoraxchirurgische Spezialkliniken nehmen häufig nicht an der regulären internistischen Grundversorgung teil. Die LG Allgemeine Innere Medizin ist jedoch Mindestvoraussetzung für die LG Komplexe Pneumologie und die LG Thoraxchirurgie. Wenn man einem Haus die LG Allgemeine Innere Medizin zuwies, um der Vorgabe gerecht zu werden, würde es möglicherweise die Mindestvorhaltezahl nicht erreichen und müsste zudem drei separate

Fachärzte für die Allgemeine Innere Medizin vorhalten. Außerdem wäre die Ausweisung des Hauses als internistischer Grundversorgung im Transparenzverzeichnis für Patienten irreführend. In Ballungsgebieten ist keine Ausnahmeregelung möglich, ohnehin wäre sie auf drei Jahre beschränkt.

Es gibt eine große **rein dermatologische Fachklinik** in einer Metropolregion. Voraussetzung für die LG Dermatologie ist die Erbringung der LG Allgemeine Chirurgie und der LG Allgemeine Innere Medizin, die beide am Standort nicht erbracht werden. Im Ballungsgebiet wäre eine Ausnahmeregelung wegen der Fahrzeitkriterien ausgeschlossen.

Spezialversorger für Traumatologie und Orthopädie betreiben oft keine internistischen Fachabteilungen. Die LG Allgemeine Innere Medizin ist aber Voraussetzung für die LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie. Dies betrifft einige der bundesweit größten Versorger. Für die Einordnung als Fachklinik ist das Leistungsspektrum dieser Häuser wahrscheinlich zu breit.

Ein Klinikum in Süddeutschland betreibt **eine der größten Geburtskliniken** in Deutschland. Am Haus gibt es jedoch weder die LG Allgemeine Chirurgie noch die LG Allgemeine Innere Medizin. Beide wären Voraussetzung für die LG Geburten. Selbiges gilt auch für die LG Allgemeine Frauenheilkunde am Haus. Eine Ausnahmeregelung ist durch die Nähe zu einem Universitätsklinikum nicht möglich.

Eine ähnliche Problematik ergibt sich für **einen Standort eines Universitätsklinikums**: Dort werden Gynäkologie und Geburtshilfe betrieben, die Grundversorgung ist jedoch am anderen Standort beheimatet.

An **einer der größten urologischen Fachkliniken** bundesweit gibt es aber weder die LG Allgemeine Innere Medizin noch die LG Allgemeine Chirurgie, die beide für die LG Urologie zwingend vorausgesetzt sind. Durch die Lage in einem Ballungsgebiet ist eine Ausnahmeregelung nach der Übergangsphase ausgeschlossen.

Ein Krankenhaus in Ostdeutschland hat ein **sehr spezielles Leistungsspektrum** aus der Pneumologie, Thoraxchirurgie und Rheumatologie. In seinen Spezialisierungen nimmt es jeweils eine überregional wichtige Stellung in der Versorgung ein. Es würde die Voraussetzungen für die Erbringung verwandter Leistungsgruppen jedoch wegen Fehlen der LG Allgemeine Innere Medizin mehrfach verletzen. Das Haus erbringt wegen seiner Fachabteilungen für Rheumatologie und für Thoraxchirurgie Fälle, die in die LG Allgemeine Chirurgie eingeordnet werden (über den Fachabteilungsschlüssel). Dort ist jedoch eine Unterschreitung der Mindestvorhaltezahle sehr wahrscheinlich (niedriges Perzentil im Fallzahlrang). Zudem wäre eine Ausweisung des Hauses als allgemeinchirurgischer Grundversorger im Transparenzverzeichnis für Patienten irreführend, da das Haus ein hochspezialisiertes Leistungsangebot pflegt.

Ein kirchliches Krankenhaus in einer Großstadt hat sich auf die **Behandlung behinderter Menschen** spezialisiert. Dafür hält es besonders geschultes Personal vor und ist auf einen stark erhöhten Aufwand in der Behandlung eingestellt. Es steht, im Sinne der Inklusion, auch Menschen ohne Behinderung zur Behandlung offen. Dieses spezielle Profil passt nicht in das Raster des KHVG. Wenn dem Haus die LG Allgemeine Innere Medizin und LG Allgemeine Chirurgie zugewiesen würden, würde es dafür durch Unterschreitung der Mindestvorhaltezahlen vermutlich kein Vorhaldebudget erhalten (niedriges Perzentil im Fallzahlrang). Die geringe Fallzahl lässt aber keinesfalls auf eine mangelnde Versorgungsqualität schließen. Eine Ausnahmeregelung ist im Ballungsgebiet ausgeschlossen. Eine ähnliche Problematik findet man auch für andere Versorger, die sich auf die Behindertenmedizin und die Epileptologie spezialisiert haben.

Geriatrische Einrichtungen werden regelmäßig Patienten behandeln, die in die LG Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie eingeordnet werden, siehe Abschnitt “Notwendige Zuweisung geringer Fallzahlen” in Kap. 2.4 oben. Hier ist häufig mit geringen Fallzahlen und einer Unterschreitung der Mindestvorhaltezahlen zu rechnen.

02.6 VERBOTSLISTE ONKOLOGISCHE CHIRURGIE

Das ist ein sehr kritischer neuer Bereich (S. 45 f., KHFinG § 40, und S. 156 ff. sowie S. 174 Mitte), der in der Diskussion bisher wenig Beachtung gefunden hat.

Ewiges Abrechnungsverbot

Das BfArM definiert Listen onkologischer ICD-Codes und onkochirurgischer OPS-Codes (bis 30.04.2025 zu veröffentlichen), gegliedert nach “Indikationsbereichen”. Das InEK bestimmt dann anhand der § 21-Daten von 2023 (!) pro Indikationsbereich die Standorte, die die wenigsten und bis zu 15 Prozent der Leistungen erbracht haben. Diese Liste wird veröffentlicht (vgl. SGB V § 135d, S. 11 und S. 101). **Wer auf der Liste steht, darf onkochirurgische Leistungen aus dem jeweiligen Indikationsbereich zukünftig nicht mehr abrechnen (S. 55, KHEntgG § 8, (4)).** Das Abrechnungsverbot betrifft die r-DRG sowie Zu- und Abschläge, nicht aber Pflegeentgelt und Vorhaltefinanzierung (S. 173 f.).

Unlogische Regeln

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, siehe Berechnungen im folgenden Absatz. Die im Entwurf genannte Aktualisierung betrifft nur die selektierten 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 2023 eine einzige dieser Operationen durchgeführt hat, steht es auf der Verbotsliste. Wenn es 2023 aber keine Operationen durchgeführt hat, darf es diese in späteren Jahren erbringen, da es dann nicht auf der Liste steht. Das gilt auch dann, wenn es in den Folgejahren nur winzige Fallzahlen als “Gelegenheitsversorgung” erbringt.
- Zwischen einem Fallzahlrang 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 Fallzahl, 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.

Simulation der Fallzahlschwankungen

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 Entwurf: 2023) auf der Liste erscheinen oder nicht. Bedenkt man die enormen, langfristigen Auswirkungen einer Aufnahme in die Verbotsliste, 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 auszuarbeitenden Selektion der onkochirurgischen Fälle unterscheiden; für die Illustration der Fallzahlschwankungen ist sie jedoch ausreichend.

Für jede OPS-Ziffer berechnen wir für 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.

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.

Bezug zu Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen

Es stellt sich die Frage, warum man ein neues System dieser Art benötigt, wenn doch LG mit Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen eingeführt werden. Die Antwort liegt darin, dass die LG nicht zur Steuerung der onkologischen Chirurgie genutzt werden können, weil die Onkologie in den LG nur unvollständig erfasst ist.

Deswegen muss hier auch, neben dem DRG-Groupen und dem Leistungsgruppen-Groupen, ein weiterer Groupen entwickelt und implementiert werden (vgl. S. 158), der onkochirurgische Fälle selektiert und Indikationsbereichen zuordnet.

Bezug zu Mindestmengenregelungen des G-BA

Außerdem stellt sich die Frage, warum man sich nicht auf die etablierten und fachkundig ausgearbeiteten Verfahren der Mindestmengenregelungen des G-BA beruft und diese entsprechend ausweitet. Die Schaffung einer Doppelstruktur mit unterschiedlichen Regelungen erscheint als wenig effizient.

02.7 ZUSCHLÄGE FÜR UNIKLINIKEN

Zuschläge für Vernetzungsaufgaben

S. 35. und S. 137: Zuschläge sind verknüpft mit KHTG-Leveln, Zuweisung nur an Level 3U, also Universitätsklinikum! Ausnahmsweise auch an Level 3, "wenn nach den jeweils geltenden landesrechtlichen Vorschriften kein Krankenhaus als Hochschulklinik anerkannt ist". Umfang von 125 Mio. Euro pro Jahr (S. 43, KFinG § 38 (1)).

Zuschläge zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

Es gibt 75 Mio. Euro pro Jahr zusätzlich für die Unikliniken (S. 44, KFinG § 38 (2)).

Somit werden Unikliniken insgesamt 200 Mio. Euro pro Jahr an gesonderten Zuschlägen gewährt. Zum Vergleich: Für Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemeinsam sind 250 Mio. Euro pro Jahr an Zuschlägen vorgesehen (die auch teilweise den Unikliniken zufließen).

02.8 TRANSFORMATIONSFONDS

Wird eingeführt wie angekündigt (S. 36 ff., KFinG § 12b): Maximal 50 Mrd. Euro; 25 Mrd. Euro aus der GKV-Reserve, maximal 2,5 Mrd. pro Jahr, aber unverbrauchte Mittel dürfen bis zum Ende des Fonds weitergeschoben werden. Länder müssen in mindestens gleicher Höhe kofinanzieren, wenn sie Mittel abrufen wollen. Die Kofinanzierung darf nicht bei der allgemeinen Investitionsfinanzierung eingespart werden.

Es werden schon ab 2025 "Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben" bei den GKV angekündigt, die den Mehrausgaben entgegenstehen (S. 70): "Im Jahr 2025 entstehen den gesetzlichen Krankenkassen dadurch Minderausgaben von 330 Millionen Euro, diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an."

Das ist insofern überraschend, als die maßgeblichen Komponenten des KHVVG erst später wirksam werden:

- Rechtsverordnung zu LG und Qualität gilt ab 2027 (S. 12, SGB V § 135e (2)).
- Transformationsfonds ab 2026 (für Projekte, die frühestens 2026 beginnen, vgl. S. 37, KFinG § 12b (3)).
- Vorhaltefinanzierung beginnt mit Übergangsphase 2028/2029 (S. 42, KFinG § 37 (3)).

Auf welcher Grundlage wurde die Prognose der Minderausgaben bei den GKV erstellt? Bisher hat das BMG keinerlei Auswirkungsanalyse zum KHVVG vorgelegt.

02.9 ZU- UND ABSCHLÄGE

Der Fixkostendegressionsabschlag entfällt (KHEntgG § 3, S. 47, sowie S. 65 und S. 159). 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 eines hochkomplexen Regelwerks.)

Mehrerlösausgleiche bleiben bezüglich der r-DRG bestehen (S. 159 f.): "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 (S. 160). In beiden Fällen wird als Grund auf die Vorhaltefinanzierung verwiesen. Dies erscheint nicht als logisch.

02.10 THEMEN OHNE KOMMENTAR

Zu einigen Komponenten des KHVVG geben wir derzeit keine Einschätzung ab. Das bedeutet nicht, dass die entsprechenden Regelungen nicht kritikwürdig wären. Hierzu gehören:

- Prüfung der Qualitätsvorgaben durch den MD
- Ersatz der Einzelfallprüfung durch Stichprobenprüfungen durch den MD
- Vollständige und frühzeitige Tarifierfinanzierung
- Anwendung des vollen Orientierungswertes
- Erhöhung der jährlichen Förderbeiträge für bedarfsnotwendige KH
- Sektorübergreifende Versorgung

ANHANG

03

03.1 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

03.2 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.

Bei Fragen zu weiteren Datenquellen und deren Verarbeitung wenden Sie sich bitte an daten@vebeto.de.



VEBETO MEMO

Ansprechpartner

Dr. Hannes Dahnke

daten@vebeto.de

www.vebeto.de