

Addendum „Justierung der Krankenhausplanung“

zum Policy Paper „Anforderungen an eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung“
aus dem Oktober 2024

im Auftrag von Johnson & Johnson

Addendum

„Justierung der Krankenhausplanung“

zum Policy Paper „Anforderungen an eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung“
aus dem Oktober 2024

Impressum

Autor: Prof. Dr. Andreas Schmid und Lars Neuffer

Unter Mitwirkung von Ramona Stein

Disclaimer: Das Policy Paper wurde von der Johnson & Johnson Medical GmbH beauftragt und finanziert.



Oberender AG
Ihr Partner im Gesundheitswesen

Standort Bayreuth

Wahnfriedstraße 3
95444 Bayreuth

Standort München

Elsenheimerstr. 59
80687 München

Telefon: +49 (0)921 745443 - 0
Website: www.oberender.com

Bayreuth und München, 26.6.2025

Einleitung

Im Oktober 2024 wurde das Policy Paper mit dem Titel „Anforderungen an eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung“ veröffentlicht, welches unter anderem die folgenden Thesen in Bezug auf Krankenhausplanung und Vorhaltebudget aufgestellt hat:

KHVVG: Die Implementierung einer fallzahlunabhängigen Vorhaltevergütung behebt zahlreiche Fehlanreize, insbesondere auch das des starken Vergangenheitsbezugs; als Second Best wird für den Fall sich ändernder Bedarfe die Einführung eines Korrekturmechanismus – analog zum Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des DRG-Systems – empfohlen.

Krankenhausplanung der Länder: Ein reines Fortschreiben von Fallzahlen führt zu insuffizienten Ergebnissen, die Planung muss in ein prospektives, lernendes und agiles Instrument überführt werden, das neben der demographischen Entwicklung auch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie sich ändernde medizinische Versorgungsstrukturen berücksichtigt.

Am 12.12.2024 ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten, welches durch diverse kurzfristige Änderungsanträge geprägt ist. Die dadurch eingebrachten Themen wie das retrospektive Bezugsjahr 2023/2024 für die Vorhaltebudgetvolumina 2027 und 2028 sowie die Ausweitung der Hybrid-DRGs auf OPS-Codes spezialisierter Leistungsgruppen führen zu einer weiteren Verschärfung der im Policy Paper angesprochenen Probleme.

Durch die Vergangenheitsorientierung der Vorhaltebudgets wird den Krankenhäusern de facto ein Ausgabenmoratorium auferlegt, da darüberhinausgehende Leistungen keine Vorhaltevergütung erhalten, auch wenn sie in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen vereinbart wurden. Gleichzeitig wird hierdurch das Konzept des Qualitätswettbewerbs weitgehend aufgehoben, da eine durch hohe Qualität wettbewerblich induzierte höhere Patientenzahl mit Nachteilen für das Haus einhergehen kann.

Zu ähnlichen Problemen führt die Praxis der Krankenhausplanung der einzelnen Bundesländer. Die grundsätzlich begrüßenswerte verstärkt quantitative Herleitung von Bedarfen fußt ebenfalls stark auf einer Fortschreibung historischer Fallzahlen, die z.T. unter den Ist-Fallzahlen zum Zeitpunkt der Planung liegen.

Gleichzeitig gibt es aufgrund der vorgezogenen Neuwahlen im Februar 2025 eine neue Gesundheitsministerin der bisherigen Oppositionspartei, welche Nachjustierungen der Krankenhausreform anstrebt, die bereits im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vereinbart wurden. Beispielsweise ist geplant, die Konvergenzphase von zwei Jahren auf drei Jahre auszudehnen, also bis einschließlich 2027. Dass das KHVVG überarbeitet werden soll, ist in der aktuellen Vorhabenplanung des BMG allerdings nur als kurzer Stichpunkt ohne Konkretisierung hinterlegt.

Dieses „Addendum“ reflektiert, inwiefern angesichts dieser Entwicklungen die damaligen Analysen und Folgerungen angepasst werden müssen und konkretisiert einige der bereits formulierten Vorschläge zur Justierung der Krankenhausplanung. Trotz einiger Änderungen zwischen dem Referentenentwurf, welcher dem Policy Paper zugrunde lag, und dem verabschiedeten KHVVG, bleiben die **grundsätzlichen Befunde weiterhin gültig**. Kalkulationen mit aktuellen Zahlen stützen auch die quantitativen Prognosen des Policy Papers.

Mengenabhängige Vorhaltevergütung setzt qualitätsmindernde Fehl- anreize

Die Konzeption der Vorhaltevergütung sieht einen Bezug auf historische Ist-Mengen vor, sowohl für die Bestimmung der Vorhaltebudgetvolumina als auch für die Bestimmung der Vorhaltebudgets der einzelnen Häuser. Retrospektive Grundlage der Vorhaltebudgetvolumina 2027 und 2028 sind die Bezugsjahre 2023/2024. Insbesondere bei wachsenden Leistungsgruppen führt dieser Ansatz zu einer de-facto-Absenkung der fallbezogenen Vorhaltebudgets, da aller Voraussicht nach bereits im Einführungsjahr mehr stationäre Patienten behandelt werden, als für die Vorhaltebudgets berücksichtigt wurden. Die Häuser müssten dementsprechend über mehrere Jahre in Vorleistung treten.

Zudem bestehen für Häuser zunächst keine Anreize, durch besonders hohe Qualität oder einen Fokus auf innovative Behandlungskonzepte zusätzliche Patienten zu behandeln, da das Krankenhaus für diese zusätzlichen Patienten frühestens in zwei Jahren die entsprechende Vorhaltevergütung erhält, sofern die Fallzahlsteigerung den Schwellenwert von 20% in dieser Leistungsgruppe überschreitet. Dies hemmt insbesondere in Zentren mit hohem Fallzahlvolumen eine weitergehende Konzentration spezialisierter Leistungen.

Aus beiden Punkten folgt – insbesondere aber nicht nur bei spezialisierten Leistungsgruppen – das Risiko einer ökonomisch motivierten Rationierung mit der Folge drohender Unterversorgung.

Auch vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend erforderlich, den Mengenbezug der Vorhaltevergütung zu entfernen und sie stattdessen in ein mengenunabhängiges Instrument zu überführen, welches dazu dient, die Kosten der Vorhaltung der definierten Vorhaltestrukturen zu adressieren. Hierbei wäre eine Orientierung an den für die Ermittlung der Mindestvorhaltezahlgewannanten Kriterien denkbar, die neben medizinischen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt. So folgen aus den gegebenen Strukturkriterien (z.B. Personal) zu refinanzierende Mindestkosten.

Durch den Mengenbezug der Vorhaltevergütung ergeben sich ferner Probleme, wenn sich im Zeitablauf Patientenströme über Bundeslandgrenzen verschieben, also wenn z.B. durch die Planung in angrenzenden Bundesländern grenznahe Leistungsangebote wegfallen oder neu hinzukommen. Da die Höhe der auf ein Bundesland entfallenden Vorhaltevergütung erst mit einem Versatz von zwei Jahren angepasst wird, erfolgt eine Benachteiligung des aufnehmenden Bundeslandes.

Um die richtigen Anreize für bedarfsgerechte, hochwertige und innovative medizinische Behandlungen zu setzen, ist eine mengenabhängige Vorhaltevergütung ungeeignet. Sie sollte durch eine mengenunabhängige Vorhaltevergütung pro Leistungsgruppe ersetzt werden.

Methodische und regulatorische Aspekte der Krankenhausplanung

Wie im Rahmen des Policy Paper bereits beleuchtet wurde, hat NRW in seiner Krankenhausplanung indiziertes Wachstum nicht berücksichtigt. Im Gegensatz zur prognostizierten Fallzahlentwicklung in bestimmten Leistungsgruppen liegt die Planung in diesen Leistungsgruppen sogar unterhalb der aktuellen Ist-Fallzahlen. Dies ist jedoch kein exklusives Problem von NRW, sondern findet sich in ähnlicher Form auch in anderen Bundesländern.

Im „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung“ wird beispielsweise für die Leistungsgruppe EPU/Ablation trotz neuer internationaler Leitlinien für das Jahr 2035 nur ein sehr geringer Fallzahlenanstieg im Vergleich zum Jahr 2023 und eine geringere Fallzahl im Vergleich zu 2019 prognostiziert. In

der Leistungsgruppe Bariatrie wird für das Jahr 2035 sogar eine geringere Fallzahl als 2023 prognostiziert. Auch hier werden der medizinische Fortschritt und Entscheidungen des BSG und G-BA in den Prognosen nicht angemessen abgebildet. Stattdessen liegt der Fokus auf der demographischen Entwicklung und dem Potenzial zur Ambulantisierung. Damit folgen die Länder dem vorrangigen Ziel des KHVVG, über die Krankenhausplanung stationäre Bettenkapazitäten abzubauen. Wird ein medizinisch induzierter Fallzahlanstieg durch innovative Behandlungskonzepte oder regulatorische Eingriffe bei Festsetzung der Kapazitäten nicht prospektiv berücksichtigt, fehlen bedarfsnotwendige Kapazitäten.

Für Bayern beispielsweise steht ein Gutachten zur Prognose der künftigen Patientenzahlen noch aus. Das StMGP schreibt hierzu jedoch in Punkt 2 seines 7-Punkte-Plans zur Umsetzung der Krankenhausreform:

„Ausgehend von dem so ermittelten Status quo soll eine bevölkerungsbezogene Prognose der entsprechenden Krankenhausleistungen für die Jahre 2030 und 2035 erfolgen, wobei sowohl die prognostizierte (regionalisierte) Bevölkerungsentwicklung und die damit verbundenen demografischen Versorgungseffekte als auch die zu erwartende Ambulantisierung der medizinischen Leistungen zu berücksichtigen sind.“

Diese Beschreibung scheint nahezulegen, dass auch hier keine Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts zu erwarten ist. Ähnliches wird auch im „Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung“ formuliert (Teil A, S. 85):

„Aufgrund der positiven Bevölkerungsprognose wird ohne Berücksichtigung eines etwaigen Ambulantisierungspotenzials insgesamt ein Anstieg der vollstationären Fälle in Niedersachsen bis zum Jahr 2040 prognostiziert. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass es in einigen Leistungsgruppen zu einem Fallzahlanstieg kommen wird (zum Beispiel LG „27.1 – Geriatrie“), in einigen hingegen zu einem Rückgang (zum Beispiel LG „23.1 – Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“). Unter der Annahme, dass stationäre Leistungen zunehmend ambulant erbracht werden können, ist allerdings auch ein Rückgang der stationären Fälle bis zum Jahr 2040 möglich.“

Dabei wird von den Gutachtern an anderer Stelle (Teil A, S. 75) jedoch betont, dass „die dargestellten Fallzahlen [...] nicht als tatsächliche Bedarfsentwicklung aufgefasst werden dürfen, da sie [...] von zahlreichen weiteren Einflussfaktoren bestimmt werden, wie etwa dem medizinisch-technischen Fortschritt [...]“. Ob dieser Hinweis in der Umsetzung Beachtung findet, bleibt aufgrund der bisherigen Erfahrungen fraglich.

Perspektivisch erwarten alle Länder in der Tendenz einen Abbau stationärer Bettenkapazitäten, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen. Manche argumentieren in erster Linie mit steigendem ambulanten Potenzial, andere mit stationären Überkapazitäten und der Nutzung von Effizienzreserven. Steigende Fallzahlen in bestimmten Leistungsgruppen werden in erster Linie mit dem demographischen Wandel begründet.

Bei den Folgen der Ambulantisierung darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass auch bei der Überführung von DRG-Kurzliegern in Hybrid-DRGs bei einer Verweildauer von 1-2 Tagen weiterhin stationäre Bettenkapazitäten benötigt werden. Es steht zudem noch eine Prognose aus, inwiefern spezialisierte Leistungen bei der Überführung in den Hybrid-DRG-Katalog unter Wahrung der Strukturkriterien überhaupt in nennenswertem Umfang in die vertragsärztliche Versorgung übergehen können (s.u.).

Ein weiteres Thema ist die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an wenigen Standorten, mit dem Ziel, dadurch die Qualität bei der Erbringung dieser Leistungen zu erhöhen, ähnlich zum derzeitigen Konzept der Mindestmengen. Hierbei darf der Fokus jedoch nicht darauf liegen, den Abbau von Standorten, welche eine Leistung erbringen dürfen, auch gleichzeitig als Kapazitätsabbau zu betrachten. Eine Konzentration von Expertise könnte aufgrund der damit verbundenen Behandlungsqualität sogar zu steigender Nachfrage führen, ein Kapazitätsabbau wäre also kontraindiziert.

Anstatt historische Fallzahlen eines definierten Jahres fortzuschreiben, sollte die Krankenhausplanung stärker am Bedarf der Bevölkerung und dem versorgungspolitischen Ziel der jeweiligen Leistungsgruppe ausgerichtet werden. Hierbei sollte die historische Entwicklung mit einer multifaktoriellen Prognose kombiniert werden, die u.a. den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt.

Insbesondere bei der angestrebten Konzentration von Leistungsgruppen mit hoher Komplexität und entsprechend weitem Einzugsgebiet sind „Leistungsexporte“ über die Grenzen von Versorgungsregionen und Bundesländern hinaus zwingend mit zu berücksichtigen, gleiches gilt auch für Einrichtungen, die durch besonders hohe Qualität Patienten auch aus größerer Entfernung für sich gewinnen können oder diese mit wenig verbreiteten Behandlungsangeboten versorgen.

Transparente Planungsgrundlagen und -prozesse sind wichtig. Dabei müssen jedoch zwingend Entwicklungen in der Medizin sowie regulatorische Entwicklungen abgebildet werden. Der prospektive Bedarf der Bevölkerung und versorgungspolitische Ziele sollten die Richtgrößen der Krankenhausplanung sein. Die Bewertung entsprechender Entwicklungen sollte zentral auf Bundesebene erfolgen und den Ländern als unverbindlicher Orientierungswert für die Landesplanung dienen.

Überregionale Versorgungsbeziehungen sind zu berücksichtigen, um eine Benachteiligung von Leistungserbringern mit spezialisierten Leistungsgruppen oder spezialisierten Angeboten innerhalb einer Leistungsgruppe bzw. mit besonders hoher Qualität zu vermeiden.

Massive und sprunghafte Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs riskiert negative Auswirkungen auf die Versorgung

Mit den letzten Änderungsanträgen zum KHVVG hat das BMG eine massive Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs in den Gesetzgebungsprozess eingebracht. Das Ziel sind 1 Mio. Hybrid-Fälle im Jahr 2026, 1,5 Mio. im Jahr 2027 und 2 Mio. im Jahr 2028 und bis zum Jahr 2030 die Absenkung der Vergütung auf EBM-Niveau.

Die damit einhergehenden Herausforderungen für die Krankenhausplanung spezialisierter Leistungsgruppen lassen sich gut anhand der Leistungsgruppe EPU/Ablationen verdeutlichen. Der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur neuen Hybrid-DRG-Verordnung, welche ab dem 01.01.2026 gelten soll, ordnet einen großen Teil der Fälle dieser Leistungsgruppe (ca. 70-80% der Ablationen) den Hybrid-DRGs zu.

Leiten die Gutachter zur Krankenhausplanung, Landesministerien und auch Kostenträger hieraus eine massive Ambulantisierung und Leistungsverlagerung ab, kann diese Schlussfolgerung fehlleitend sein. Einerseits existieren derzeit keine vertragsärztlichen Strukturen für diese technisch und fachlich anspruchsvollen Interventionen. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Leistung im Regelfall weiterhin der Infrastruktur eines Krankenhauses bedarf.

Eine Ablationsbehandlung ist eine technisch aufwendige und komplexe Prozedur am Herzen, für welche die Anlage 1 des KHVVG spezifische Strukturanforderungen wie die Vorhaltung der Leistungsgruppe „Intensivmedizin, Qualitätsanforderung komplex“ am Standort und die Leistungsgruppen „Interventionelle Kardiologie, kardiale Devices“ und „Herzchirurgie“ in Kooperation vorsieht. Es müssen zudem mindestens 3 VK Fachärzte Innere Medizin/Kardiologie verfügbar sein. Der Bedarf dieser Infrastruktur für Ablationen ist unabhängig von der Verweildauer des Patienten. Aktuell entsteht der Eindruck, dass diese Strukturanforderungen nicht für ambulante und stationäre Hybrid-DRG-Fälle gelten, mithin hier ein deutlich abgesenktes Qualitätsniveau ausreichend erscheint. Dieser Aspekt ist für weitere komplexe Leistungen spezialisierter LG mit Hybrid-DRG-Potential zu klären.

Gelten die Qualitätsanforderungen der Anlage 1 KHVVG auch für Hybrid DRG-Fälle, ist anzunehmen, dass im Falle der Ablation alle Fälle im Krankenhaus verbleiben. Die vertragsärztlich ambulante Erbringung ist dann kaum denkbar. Unklar ist auch, wie stationäre Hybrid-DRG Fälle künftig krankenhauserplanerisch zu berücksichtigen sind, zumal die Investitionskosten analog zur vorgegebenen EBM-Logik in die Vergütung übergehen müssen und damit von der GKV zu tragen sind.

Auch wird bei der Hybridisierung zunehmend komplexerer Fälle der Anteil „echter“ ambulanter Fälle an den Hybrid-DRGs abnehmen und der Anteil kurzstationärer Fälle mit ein bis zwei Übernachtungen zunehmen. Dies wird massive Auswirkungen auf die an der stationären Fallzahl orientierte Vorhaltevergütung haben, da die am EBM orientierten Hybrid-DRG Fälle nicht Bestandteil der Vorhaltefinanzierung sind, was große und kleine Einrichtungen in gleicher Weise trifft. Es besteht das Risiko, dass unter den aktuellen Bedingungen zusätzlich benötigte Kapazitäten weder am Krankenhaus noch vertragsärztlich aufgebaut werden, in manchen Fällen bedarfsnotwendige Kapazitäten sogar reduziert werden.

Es ist noch ungeklärt, ob (stationäre) Hybrid-DRGs bei Mindestvorhaltezahlen berücksichtigt werden. Außerdem muss bei der Kalkulation der Vorhaltebudgets auf Basis der Jahre 2023/2024 beachtet werden, dass manche Leistungen in diesen Jahren noch herkömmliche DRGs waren und bei Einführung der Vorhaltebudgets Hybrid-DRGs sein werden. Bei Ausrichtung der Vorhaltebudgets der Häuser an deren gemeldeten stationären Fallzahlen werden Häuser, die versucht haben, möglichst viele Fälle zu ambulantisieren, durch niedrigere Vorhaltebudgets dafür sanktioniert, dass sie dem Willen des Gesetzgebers gefolgt sind.

Die schnelle Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs in spezielle Leistungsgruppen mit spezifischen Qualitätsvorgaben und die überproportional hohe Quote im Bereich EPU/Ablationen erzeugen vermeidbare Risiken für die Versorgung. Eine sinnvolle Abstimmung mit dem Planungsprozess ist nicht erkennbar. Bei steigenden Bedarfen besteht das Risiko eines verringerten Angebots. Die zahlreichen offenen Fragen müssen schnellstmöglich geklärt werden, um die derzeit große Unsicherheit bei Krankenhäusern und Vertragsärzten zu reduzieren. Wenn die im KHVVG gesetzten strukturellen Qualitätsanforderungen als relevant erachtet werden, gilt zu diskutieren, ob diese komplexen Leistungen nicht von der Hybrid-Logik ausgenommen werden sollten. Außerdem müssen die offenen Fragen in Bezug auf die Vorhaltevergütung konkret beantwortet werden. Im Rahmen der Krankenhausreform dürfen keine Fehlanreize bezüglich der Ambulantisierung gesetzt werden. In diesen Leistungsbereichen sollten Alternativen zur sektorengleichen Vergütung entwickelt werden, die ökonomische Anreize für die Reduktion der Verweildauer innerhalb der DRG setzen.

Diskrepanzen zwischen Vorhaltevergütung und Budgetvereinbarung müssen gelöst werden

Krankenhäuser müssen ihre Forderungsunterlagen für das Jahr 2027 bis spätestens zum 31.12.2026 einreichen, also prospektiv. Plant ein Krankenhaus Mehrleistungen, müssen diese mit den Kostenträgern vereinbart werden, da ansonsten ein Mehrerlösausgleich in Höhe von 65 Prozent auf die Mehrleistungen fällig wird. Unabhängig davon erhält das Haus für vereinbarte Mehrleistungen, die unterhalb einer Erhöhung von 20% in einer spezifischen Leistungsgruppe liegen, kein Vorhaltebudget, obwohl die Leistungssteigerung mit den Krankenkassen vereinbart wurde. Trotz Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) haben Häuser bei Mehrleistungen weiterhin einen Abschlag, der in der Regel pro Leistung prozentual höher als der FDA ausfällt und nicht auf maximal drei Jahre begrenzt ist. Für Leistungen mit sehr hohem Sachkostenanteil wurde bislang kein FDA erhoben, der indirekte Abschlag durch die Vorhaltevergütung gilt jedoch auch hier.

Paradoxerweise handelt es sich hierbei jedoch nicht zwangsläufig um seitens des Krankenhauses geplante Mehrleistungen im Vergleich zum Vorjahr, sondern um Leistungen, die sich daraus ergeben, dass ein zeitlicher Versatz zwischen der IST-Leistungsmenge und den historischen Daten, aus denen das Vorhaltebudget ermittelt wird, besteht. Gleichzeitig ergibt sich die Problematik, dass die Kostenträger womöglich keine Mehrleistungen vereinbaren werden, welche über die Planfallzahlen der Leistungsgruppen hinausgehen. In diesem Fall müssten die Häuser einen Mehrerlösausgleich auf die Leistungen zahlen und erhalten zusätzlich keine Vorhaltevergütung. Mehrleistungen würden in diesem Fall ein großes finanzielles Risiko darstellen. Die Folge wäre eine Unterversorgung durch Rationierung insbesondere spezialisierter Leistungengruppen auf dem Niveau der Vorjahre, d.h. 2027 auf dem Niveau 2023/2024.

Um die Finanzierungslücke zu schließen, müsste ein Ausgleichsmechanismus etabliert werden, der die fehlende Vorhaltevergütung aus der Differenz der Vorhaltebudgetmenge und der mit den Krankenkassen prospektiv vereinbarten Leistungsmenge ausgleicht. Die einfachere Lösung wäre jedoch auch hier, auf eine mengenunabhängige Vorhaltevergütung umzustellen.

Der Verweis auf NRW, dass dort durch abweichende Vereinbarungen im Zuge der Budgetverhandlungen unzutreffende Bedarfsprognosen der Krankenhausplanung korrigiert werden können, trägt bei Berücksichtigung der Vorhaltevergütung nicht. NRW trennt im Status quo Planung von Vergütung. Durch die Einführung der Vorhaltevergütung wird diese Trennung – auch in NRW – jedoch aufgehoben und eine abweichende Vereinbarung im Zuge der Budgetverhandlung kann die nicht fließende Vorhaltevergütung nicht aufheben.

Ein pauschaler und fortdauernder Abschlag über dem Niveau des Fixkostendegressionsabschlags behindert in Indikationen mit wachsenden Bedarfen massiv die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten. Eine mengenunabhängige Vorhaltevergütung erscheint als bester Weg, diese Ungerechtigkeit auszuräumen, alternativ wird hierfür ein Ausgleichsmechanismus benötigt.

Impulse für gesetzliche Lösungsansätze

Etablierung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung

Zur Reduzierung der Fehlanreize und Vermeidung von Rationierung wird die **Überführung der mengenbezogenen Vorhaltevergütung in eine mengenunabhängige Systematik** vorgeschlagen. Die Krankenhäuser würden zukünftig für das Vorhalten von Versorgungsstrukturen – also für die Bereitschaft, Leistungen anbieten zu können, unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme – eine feste Vergütung erhalten. Dadurch kann die Finanzierung insbesondere jener Kliniken gesichert werden, die in dünn besiedelten Regionen trotz niedriger Fallzahlen für die Grundversorgung notwendig sind. Das Vorhaltebudget wird dabei aus den bisherigen Fallpauschalen ausgegliedert, die entsprechend abgesenkt werden. Ziel ist es, die flächendeckende Versorgung zu sichern und den Anreiz zur Mengenausdehnung zu reduzieren.

Orientierungsgröße für ein mengenunabhängiges Vorhaltebudget wären die Mindestvoraussetzungen zur Aufnahme des Betriebs einer Leistungsgruppe ohne Berücksichtigung der Investitionskosten. Hierbei wäre eine Orientierung an den für die Ermittlung der Mindestvorhaltezahlgenannten Kriterien denkbar, die neben medizinischen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt. So folgen aus den gegebenen Strukturkriterien (z.B. Personal) zu refinanzierende Mindestkosten.

Die Vorhaltevergütung kann modular aus einer Komponente je Leistungsbereich und einer Komponente je Leistungsgruppe bestehen, um Synergieeffekte zwischen einzelnen Leistungsgruppen zu berücksichtigen. Für besonders schwierige Versorgungskontexte kann die Vorhaltevergütung durch Sicherstellungszuschläge ergänzt werden.

Im Zuge einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung entfällt die Notwendigkeit für zahlreiche Paragraphen mit Bezug zur Vorhaltevergütung. Das Instrument der Planfallzahl für die Finanzierung wird obsolet. Die Höhe des Prozentsatzes der ausgliedernden verminderten Kosten nach §17b Absatz 4b Satz KHG sowie die Methodik zur Ermittlung der Vorhaltebudgetvolumina gem. §37 KHG sowie alle bezugnehmenden Regeln sind entsprechend anzupassen.

Um den Bundesländern im Zuge einer solchen mengenunabhängigen Vorhaltevergütung Anreize und finanzielle Spielräume für die Konsolidierung von Leistungsangeboten zu eröffnen, kann § 17b Abs. 4b KHG wie folgt weiter ergänzt werden:

Wird eine Leistungsgruppe an einem Standort, an dem diese mindestens seit 5 Jahren, mindestens jedoch seit 1.1.2027 bestand, durch eine krankenhauplanerische Maßnahme geschlossen, kann das Bundesland die Vorhaltevergütung für 5 Jahre auf andere Standorte verteilen. Die Standorte sowie die auf sie entfallenden Anteile sind dem InEK im Zuge der Meldung nach § 6a Abs. 6 jährlich mitzuteilen.

Korrekturverfahren zur Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts in der Krankenhausplanung

Bleibt es bei einer mengenabhängigen Ausgestaltung der Vorhaltebudgets, ist ein **Korrekturverfahren** vorzusehen, welches erlaubt, klar prognostizierbare Änderungen im Bedarf adäquat abzubilden. Empfohlen wird ein Vorschlagsverfahren in Anlehnung an das Vorschlagsverfahren des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-/LG-Systems:

§ 37 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

es wird geprüft, inwiefern eine Adjustierung der für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten notwendig ist, um eine Steigerung des Leistungsvolumen abzubilden, welche aufgrund von Entwicklungen in der Medizin oder regulatorischen Änderungen in relevantem Umfang zu erwarten und bedarfsgerecht ist.

Die einseitige Beschränkung auf Steigerungen des Leistungsvolumens ergibt sich aus dem politischen Willen, durch den minus 20%-Korridor einen Anreiz zur Ambulantisierung zu schaffen und transformationsbedingte Aufwendungen abzufedern; in diesem Kontext ist die zweijährige Verzögerung bei der Bestimmung des Gesamtvolumens bei sinkenden Bedarfen sachgerecht.

Die Ergebnisse des Vorschlagsverfahrens sind außerdem auch den Bundesländern zur Verfügung zu stellen, damit sie im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt werden können. Auch bei der Planung ist eine Adjustierung aufgrund des medizinischen Fortschritts zwingend erforderlich, um sicherzustellen, dass jederzeit ausreichend hohe Kapazitäten vorgehalten werden und nicht von den Entwicklungen überrascht zu werden.

Zur Abbildung von Leistungssteigerungen in den Leistungsgruppen auf Hausebene bedarf es einer Anpassung des plus 20% Korridors zur Anhebung des Vorhaltebudgets bei Leistungssteigerungen unter 20%. Eine Möglichkeit wäre die Absenkung des Schwellenwertes von 20 auf 10%, welche die Anpassung der Vorhaltefinanzierung bei Leistungssteigerungen in einer Leistungsgruppe in aufeinanderfolgenden Jahren abbildet:

§ 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach §21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden,

*um mehr als 20 Prozent **nach unten***

oder ein zweites Jahr in Folge um mehr als 10 Prozent nach oben

von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.

Eine solche Regelung bietet gegenüber dem derzeitigen Gesetzestext in § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 den Vorteil, dass das Vorhaltebudget für eine Leistungsgruppe auch bei einem geringen Fallzahlanstieg als 20% erhöht werden kann, sofern dieser Anstieg mehrere Jahre in Folge vorliegt. Dies fördert einerseits die Leistungskonzentration und Spezialisierung durch Zentrenbildung insbesondere im Fall von sehr großen Einrichtungen, aber auch die Deckung wachsender Bedarfe aufgrund medizin-technischen Fortschritts. Außerdem werden dadurch, dass der Anstieg über einen längeren Zeitraum bestehen muss, Fehlanreize in Bezug auf Stichtage und wirtschaftlich motivierte Steigerungen-/Senkungen des Fallvolumens zumindest etwas reduziert.

Hinweis

Für die umfassenden Ausführungen an eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung sowie entsprechende Literaturangaben siehe das ursprüngliche Policy Paper.

Abrufbar unter: <https://oberender.com/wp-content/uploads/Oberender-Research-Studie-Policypaper-2024.pdf>

Literatur

StMGP (2025), Umsetzung der Krankenhausreform in Bayern, 7-Punkte-Plan des Freistaats Bayern, Erstellung eines bayernweiten Gutachtens zur Prognose künftiger Patientenzahlen, online unter <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/umsetzung-der-krankenhausreform/>, zuletzt geprüft am 23.6.2025.

InEK (2025), Hinweise zum G-DRG-/LG-Vorschlagsverfahren, Stand: 12.2.2025, online unter <https://www.g-drg.de/g-drg-lg-vorschlagsverfahren/hinweise-zum-g-drg-lg-vorschlagsverfahren>, zuletzt geprüft am 23.6.2025.

PD (2025), Teil A, Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, Berlin, 13.1.2025, online unter https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenhaeuser/Abschnitt_A_Gutachten_Krankenhauslandschaft_Baden-W%C3%BCrttemberg_13.01.2025.pdf, zuletzt geprüft am 23.6.2025.

PD (2025), Teil A, Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Niedersachsen als Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, Berlin, 30.4.2025, online unter https://www.ms.niedersachsen.de/download/218512/Gutachten_Krankenhauslandschaft_NI_Textteil.pdf, zuletzt geprüft am 23.6.2025.

Schmid A. (2024), Anforderungen an eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung, Eine kritische Analyse unter Berücksichtigung der Krankenhausplanung in NRW, dem Stand des KHVVG und der Planungspraxis der Bundesländer, Policy Paper im Auftrag von Johnson & Johnson, online unter <https://oberender.com/wp-content/uploads/Oberender-Research-Studie-Policypaper-2024.pdf>, zuletzt geprüft am 23.6.2025.