



Deutsche Gesellschaft  
für Gesundheitsökonomie e.V.

dggö e.V. – Universität Duisburg-Essen – 45127 Essen

## **GESCHÄFTSSTELLE**

Universität Duisburg-Essen  
Berliner Platz 6-8, WST-C.09.12  
45127 Essen

Fon +49 201 183-4622  
Fax +49 201 183-5879

[geschaeftsstelle@dggoe.de](mailto:geschaeftsstelle@dggoe.de)  
[www.dggoe.de](http://www.dggoe.de)

28. April 2024

## **Stellungnahme der dggö zum Referentenentwurf des BMG des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG**

**Federführung: Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Annika Herr, Robert Messerle, Prof. Dr. Simon Reif**

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. In ihr sind mehr als 700 Gesundheitsökonominnen und Gesundheitsökonominnen organisiert. Zum Referentenentwurf des KHVVG nimmt die Fachgesellschaft aus gesundheitsökonomischer Perspektive Stellung.

Die dggö begrüßt grundsätzlich die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, Strukturreformen im Krankenhausbereich einzuleiten. Regional heterogene Unter- und Überversorgung, grundlegende Entwicklungen in der Medizin sowie der sich immer weiter verschärfende Fachkräftemangel und die wirtschaftliche Situation des Gesundheitssystems erfordern tiefgreifende Reformen.

Dementsprechend werden verschiedene Maßnahmen, die die Regierungskommission Krankenhaus in mehreren Gutachten vorgeschlagen hat, grundsätzlich positiv bewertet. Der vorliegende Referentenentwurf zum KHVVG hat sich jedoch in zentralen Punkten sehr weit von den dort ursprünglich formulierten Maßnahmen entfernt. Dies hat zur Folge, dass die ursprünglich intendierten Ziele bei Umsetzung der vorliegenden Fassung nur noch eingeschränkt erreicht werden, während andererseits der administrative Aufwand erheblich steigen wird.

Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf die Einführung der Vorhaltevergütung gelegt, auf weitere Punkte wird am Ende eingegangen.

## **VORSTAND**

Prof. Dr. Amelie Wuppermann  
Vorsitzende  
Halle (Saale)

Prof. Dr. Jürgen Wasem  
Designierter Vorsitzender  
Essen

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu  
Stellvertretende Vorsitzende  
Wuppertal

Prof. Dr. Hendrik Schmitz  
Generalsekretär  
Paderborn

## **BANKVERBINDUNG**

Commerzbank  
IBAN DE93 3608 0080 0434 8886 00  
BIC DRESDEFF360

USt-Id Nr.: DE263996630

## Vorhaltevergütung

### *Grundsätzlich*

Der Einsatz pauschalierender Vergütungsbestandteile im Rahmen eines Mischvergütungssystems wäre eine wichtige und positive Entwicklung. Internationale Erfahrungen und die gesundheitsökonomische Forschung bestätigen, dass ein ausgewogener Mix verschiedener Vergütungselemente anstelle der bisherigen nahezu ausschließlichen Fokussierung auf Fallpauschalen Anreize für eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung setzen kann. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist allerdings nicht unmittelbar nachvollziehbar, warum Vorhaltevergütungen pauschal für alle Leistungsbereiche der Krankenhäuser erforderlich sein sollen. Insbesondere bei gut planbaren, ambulantisierbaren Leistungen könnten casemix- oder mengenorientierte Vorhaltevergütungen nicht bedarfsgerechte stationäre Strukturen zementieren und einen der Reform vorausgehenden Ambulantisierungsprozess verzögern. Die Krankenhäuser sehen sich durch die Reformankündigung bereits heute einem Anreiz ausgesetzt, Ambulantisierungsbemühungen zurückzufahren und zu versuchen, einen möglichst günstigen Ausgangswert für die Erstberechnung der Vorhaltevergütung zu erreichen.

Darüber hinaus handelt es sich bei dem im Referentenentwurf beschriebenen Ansatz – trotz entsprechender Bezeichnung – nicht um Vorhaltevergütung im (gesundheits-)ökonomischen Sinne. Anders als von der Regierungskommission intendiert, besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Vergütungshöhe. Eine echte Vorhaltevergütung würde die reine Vorhaltung eines Versorgungsangebots – unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge – finanziell abgelten. Entsprechend verfehlt die Vorhaltevergütung die Ziele des Konsolidierungsanreizes sowie der Sicherstellung kleiner bedarfsnotwendiger Einrichtungen. Mit Ausnahme des bereits etablierten Pflegebudgets sind somit alle Komponenten der zukünftigen Krankenhausvergütung weiterhin von der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen abhängig.

Das Ziel, Mengenanreize zu reduzieren, wird voraussichtlich vor allem durch die Anreize des Fallzahlkorridors (s.u.) erreicht; allerdings pauschal und unabhängig von der Bedarfsnotwendigkeit der Leistungen. Die vorgeschlagene Umsetzung beeinträchtigt zudem die Planungssicherheit der Krankenhäuser, da die endgültige Höhe der Vorhaltevergütung aufgrund von Faktoren schwanken kann, die in keinem Bezug zur tatsächlichen Vorhalteleistung eines Krankenhauses stehen. Zugleich werden – ergänzend zum bisherigen Vergütungssystem – erhebliche neue administrative Aufwände erzeugt, die bei allen Beteiligten zu einem weiteren Bürokratieaufwuchs führen könnten.

**⇒ In der vorliegenden Form ist das Instrument der sogenannten Vorhaltevergütung negativ zu bewerten. Eine grundlegende Überarbeitung wird empfohlen, um einen sinnvollen Beitrag zu leisten.**

Das Papier der Regierungskommission Krankenhaus oder die Vorschläge der Monopolkommission könnten als Grundlage für alternative Konzepte dienen, die dem eigentlichen Gedanken einer Vorhaltevergütung näher kommen und sich an einem

Bevölkerungsbezug orientieren.<sup>1</sup> Eine auch kurzfristig umsetzbare Alternative, noch ohne Bevölkerungsbezug aber unabhängig von der Fallzahl, wäre eine mengenunabhängige Vergütung der Vorhaltekosten für die Erstversorgung eines Patienten, um die Krankenhäuser zu motivieren, die notwendigen Grundkapazitäten vorzuhalten. Die Höhe der Vergütung könnte aus den Strukturvorgaben der Leistungsgruppen abgeleitet werden.

Die Einführung mengenunabhängiger Vergütungselemente sollte sich insbesondere auf bedarfsnotwendige Bereiche, mit schwer planbarem Fallaufkommen wie die Notfallversorgung oder die Pädiatrie konzentrieren und mit den geplanten Strukturreformen insbesondere zur Ambulantisierung und Notfallversorgung verknüpft werden. Sollte an einer mengenbezogenen Bemessung der Vorhaltevergütung festgehalten werden, müsste für die erstmalige Ermittlung ein Indexjahr in der Vergangenheit gewählt werden, um Anpassungsreaktionen der Krankenhäuser wie verzögerte Ambulantisierungsbemühungen oder kurzfristige Fallzahlmaximierungen zu vermeiden.

### *Fallzahlkorridor*

Innerhalb eines Fallzahlenkorridors von +/- 20 % soll keine automatische Anpassung der Vorhaltevergütung erfolgen. Die Überprüfung erfolgt nach einer Anlaufphase alle drei Jahre. Hierdurch entsteht ein massiver Anreiz, das Leistungsangebot um bis zu -20 % zu reduzieren, wobei kurzfristig sogar größere Abweichungen möglich sind. Dieser Anreiz ergibt sich insbesondere aus dem Sachverhalt, dass es im Krankenhaus kaum echte Fixkosten gibt (die Kosten für Gebäude sollten im Kern ja bereits durch die Investitionskostenfinanzierung der Länder gedeckt sein). Je länger der Betrachtungshorizont gewählt wird, desto größer ist der Teil der Kosten, der in einem Krankenhaus reduziert werden kann. Dadurch können sich Krankenhäuser durch eine Leistungsreduktion wirtschaftlich besserstellen. Der Anreiz wirkt losgelöst von regionalen oder indikationsspezifischen Versorgungsbedarfen. Entsprechend besteht das Risiko, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen versuchen den Zugang für (bestimmte) Patienten / Patientengruppen zu erschweren und die Kapazität in der Breite zurückzufahren. In Deutschland existieren neben Regionen und Indikationen mit erheblicher Überversorgung auch selbige mit Unterversorgung. Ein in dieser Hinsicht undifferenziert wirkender Anreiz ist höchst problematisch und widerspricht auch dem Ziel der Entökonomisierung, das heißt der Vermeidung einer aufgrund finanzieller Anreize heraus erfolgenden Unter-, Über- oder Fehlversorgung.

Ferner besteht das Risiko, dass Krankenhäuser, die ihre Fallzahlen ausdehnen (z.B. aufgrund steigenden Bedarfs oder strategischem, fallzahlreduzierendem Verhalten anderer Leistungserbringer) einen permanenten Erlösabschlag hinnehmen müssen (permanenter „Fixkostendegressionsabschlag“). Sie werden für ein versorgungsseitig möglicherweise wünschenswertes Verhalten wirtschaftlich sanktioniert.

⇒ ***Die Vorhaltevergütung in Kombination mit dem derzeit beschriebenen Mechanismus des Fallzahlkorridors ist negativ zu bewerten.***

### *Mindestvorhaltezahl*

Da das Instrument der Vorhaltevergütung für sich genommen in der vorgeschlagenen Ausgestaltung keinen Konsolidierungsanreiz setzt, wurde das Instrument der

---

<sup>1</sup> Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023) und Sondergutachten 83 der Monopolkommission: Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren (2022).

Mindestvorhaltezahlg ergänzt. Wiederum begründet durch das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, wird vorgeschlagen, je Leistungsgruppe die Standorte von der Versorgung auszuschließen, welche die wenigsten Fälle behandeln. Die Festlegung der Grenze soll als Perzentil erfolgen.

Bei kontinuierlicher Anwendung dieses Instruments wäre der Konsolidierungseffekt enorm, da jedes Jahr weitere Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden würden, unabhängig von der absoluten Menge der erbrachten Leistungen und damit auch ohne konkreten Bezug zur Qualität der Leistungen. Angesichts der bereits vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Länder ist die Steuerungswirkung jedoch grundsätzlich in Frage zu stellen.

Es fehlt ferner ein Hinweis darauf, auf welcher wissenschaftlichen Evidenz entsprechende Mindestvorhaltezahlen mit Bezug auf ganze Leistungsgruppen basieren sollen. Anders als bei Mindestmengen umfassen Leistungsgruppen zum Teil viele Indikationen, sodass ein kausaler Zusammenhang nur äußerst schwer herzustellen sein dürfte. Angesichts der begrenzten wissenschaftlichen Evidenz könnte die Verteilung der Vorhaltevergütung durch die Länder ggf. vielversprechender an entsprechende „Mindestzuteilungen“ oder eine maximale Anzahl an Standorten gebunden werden.

- ⇒ Da außer der Formulierung eines Auftrags an IQWiG und IGTIG aktuell noch keine weiteren Informationen zum intendierten methodischen Ansatz vorliegen, ist eine abschließende Bewertung nicht möglich. **Wenn Festlegungen getroffen werden, um die Qualität der Versorgung zu sichern, dürfen Ausnahmen nur befristet möglich und zwingend an konkrete Planungen zur Zielerreichung gebunden sein, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Teile der Bevölkerung zu gewährleisten.**

### **Sektorenübergreifende Versorger**

Die dggö begrüßt die Möglichkeit, künftig Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmen zu können. Diese könnten einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Umgestaltung der Versorgungsstrukturen leisten.

Die den sektorenübergreifenden Versorgern zugrunde liegenden Konzepte betonen die Notwendigkeit für eine wohnortnahe Versorgung geeigneter Patienten insbesondere auch in peripheren Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Diese Einrichtungen sind entsprechend eher klein (z.B. 15 – 30 Betten) und behandeln wenig komplexe, gut beherrschbare Erkrankungen. Damit diese Konzepte auch in dünn besiedelten Regionen, in denen der Bedarf für derartige Einrichtungen am höchsten ist, funktionieren können, müssen die Einrichtungen möglichst aufwandsarm und ohne unnötigen Overhead betrieben werden. Da ein sich deutlich von den regulären Leistungsgruppen unterscheidendes Patientenspektrum in diesen Einrichtungen behandelt wird, wäre es nicht zielführend, vergleichbare Strukturanforderungen zu stellen.

- ⇒ ***Das neue Versorgungsmodell wird begrüßt, eine Weiterentwicklung ist anzustreben. Insbesondere für den Start, müssen jedoch einfache und mit geringem Overhead betreibbare Einrichtungen entstehen können.*** Zum Beispiel sollten anstelle eines bundesweiten Mindestleistungskatalogs Versorgungsbedarfe regional bestimmt werden.

### **Erfüllungsaufwand und Einsparungspotentiale**

Schließlich ist davon auszugehen, dass die vorgeschlagene Reform entgegen dem Ziel der Entbürokratisierung zu einem erheblichen Mehraufwand für alle Beteiligten (Krankenhäuser, Krankenkassen, Bundesländer, Bundesinstitute usw.) führen wird. Es kommen neue, sehr komplexe Regelungsinhalte hinzu, mit Ausnahme des Fixkostendegressionsabschlags entfällt jedoch kein wesentlicher vergütungsbezogener Erfüllungsaufwand. Ein wesentlicher Aufwandstreiber ist die vorliegende Ausgestaltung der sogenannten Vorhaltevergütung.

Es ist nicht ersichtlich, woraus sich konkret die Einsparpotentiale in Höhe 1 Mrd. Euro pro Jahr ergeben sollen. Insbesondere in der sich über Jahre hinziehenden Transformationsphase ist davon auszugehen, dass die Effizienz zumindest kurzfristig leidet und sich erst mittelfristig die erhofften Einsparungen realisieren lassen.

⇒ ***Durch das Gesetz wird die Komplexität des Systems weiter erhöht, der bürokratische Aufwand steigt. Ein zentraler Treiber ist die sogenannte Vorhaltevergütung.***

## **Planzahlen**

Die Länder müssen für das Erreichen struktureller Veränderungen die Zuteilung der Vorhaltevergütung durch die Festlegung von Planfallzahlen steuern. Eine korrekte Prognose von Fallzahlentwicklungen ist – unabhängig von der Institution – eine ambitionierte Aufgabe. Es bleibt offen, wie bei längerfristig divergierenden Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist. Der Mechanismus stellt für alle Beteiligten einen erheblichen Zusatzaufwand dar, gleichzeitig werden neue Probleme generiert.

Ferner ist zu bedenken, dass damit eine staatliche Lenkung weit über eine grundlegende Krankenhausplanung hinaus erfolgt.

⇒ ***Es ist noch nicht erkennbar, wie der Gedanke von Planfallzahlen in ein praktikables und rechtssicheres Verfahren überführt werden kann.***

## **Leistungsgruppen**

### *Grundsätzlich*

Ein Ziel der Einführung von Leistungsgruppen ist eine bundesweit einheitliche und deutlich differenziertere Darstellung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern. Dies erleichtert eine zielgerichtete Krankenhausplanung. Inwiefern geprüft wurde, ob sich der Zuschnitt der Leistungsgruppen auch für die Verbindung mit einer Vorhaltevergütung eignen, ist nicht bekannt.

⇒ ***Die Einführung von Leistungsgruppen hat verschiedene positiv zu bewertende Potentiale.*** Allerdings ist der im KHVVG abgebildete Stand nur ein erster Schritt und bedarf weiterer Ausarbeitung, da einige Leistungsgruppen sehr groß, andere sehr eng gefasst sind. ***Eine abschließende Bewertung ist erst nach Vorliegen des vom InEK zu konzipierenden Groupers – und damit vermutlich erst im Oktober 2024 – möglich.*** Erst dann ist absehbar, wie der Zuschnitt der Leistungsgruppen erfolgt.

## Qualitätskriterien

Hinsichtlich der Qualitätskriterien ist anzumerken, dass der überwiegende Fokus auf ärztliches Personal nur einen kleinen Teil der qualitätsrelevanten Faktoren abdeckt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kriterien evidenzbasiert entwickelt wurden. Der exklusive Fokus auf Strukturvoraussetzungen – mit besonderem Fokus auf Mindestpersonalvorgaben – schränkt Innovationspotentiale ein, wie mit alternativen Prozessen, Teamkonzepten oder Technologien trotz Fachkräftemangel ein hohes Qualitätsniveau im Ergebnis erreicht werden könnte.

Gerade mit Blick auf den Fachkräftemangel hat der Fokus auf Mindestpersonalvorgaben das Potential, einen Konsolidierungsdruck zu erzeugen. Inwiefern dieser zielgenau nicht zwingend versorgungsrelevante Einrichtungen trifft, ist nicht prognostizierbar. Deshalb wird das Instrument durch langfristige Ausnahmen für bedarfsnotwendige Einrichtungen ergänzt. Dies kann zu einer systematisch und dauerhaft schlechteren personellen Ausstattung von bedarfsnotwendigen Einrichtungen führen. Dies kann nicht dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung dienen, wenn für als versorgungsnotwendig anerkannte Einrichtungen ein niedrigeres Qualitätsniveau akzeptiert wird.

⇒ ***Der exklusive Fokus auf Strukturkriterien und die langfristigen Ausnahmenregelungen für bedarfsnotwendige Einrichtungen werden kritisch bewertet. Wenn Festlegungen getroffen werden, um die Qualität der Versorgung zu sichern, dürfen Ausnahmen nur befristet möglich und zwingend an konkrete Planungen zur Zielerreichung gebunden sein, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Teile der Bevölkerung zu gewährleisten.***

## Finanzierung

Zur Förderung der Strukturverbesserung in der Krankenhausversorgung sollen dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also von den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung, zugeführt werden. Die vorgesehene Mittelverwendung betrifft dabei insbesondere Aspekte, die als Investitionsfinanzierung zu verstehen sind und damit durch die Bundesländer zu finanzieren wären. Als Voraussetzung ist dafür weitestgehend lediglich das durchschnittliche, nominale Investitionsniveau der Jahre 2021 bis 2025 beizubehalten, welches aber in allen Bundesländern unter dem benötigten Niveau an Investitionsmitteln liegt und darüber hinaus nicht inflationsbereinigt wird.

⇒ ***Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind grundsätzlich durch Steuermittel zu finanzieren.*** Die Einführung pauschaler Vorhaltevergütungen darf nicht dazu genutzt werden, weiterhin bei der Investitionskostenfinanzierung zu sparen. Wenn die Finanzierung dennoch maßgeblich durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen soll, müssen entsprechende Mitspracherechte bei der Planung und Verwendung eingeräumt werden.

## Evaluation

Die Evaluation des KHVVG soll durch die Selbstverwaltung erstmals zum 31. Dezember 2029 erfolgen, zwei weitere Evaluationen sind über einen Zeitraum von zehn Jahren vorgesehen. Der Evaluationszeitraum von fünf Jahren ist sehr lang. Die gesundheitsökonomische Forschung hat gezeigt, dass Krankenhäuser schnell auf veränderte Anreize reagieren. Über einen Zeitraum von fünf Jahren könnten daher starke Verwerfungen auftreten, ohne dass entsprechende Handlungsoptionen durch einen Evaluationsbericht offen lägen; die Gesundheitspolitik würde von den Folgen der Reform überrannt bevor irgendeine Art von Evaluation vorliegt. Dies gilt umso mehr, wenn sich zuvor die Selbstverwaltung auf eine gemeinsame Interpretation der Evaluationsergebnisse einigen muss.

Außerdem scheint es bereits jetzt zu Anpassungsreaktionen der Krankenhäuser zu kommen. Hier ist ein geeigneter Evaluationsansatz zu identifizieren, der auch diese Effekte berücksichtigen kann.

⇒ **Die Evaluation der Reform sollte durch eine unabhängige externe Stelle erfolgen und die Selbstverwaltung dabei mit ihrem Know-how eingebunden werden.** Die großen, umfangreichen Evaluationen sollten außerdem durch ein kontinuierliches Monitoring mit regelmäßigen kurzfristigen Analysen ergänzt werden.

## Weiterentwicklung anderer Vergütungsbereiche

Die als Folge der Vorhaltekostenvergütung ohnehin notwendige Neukalkulation des DRG-Fallpauschalensystems sollte zum Anlass genommen werden, Weiterentwicklungsbedarfe im DRG-System zu adressieren. Denn das DRG-System wird mit voraussichtlich weiterhin ca. 40-50 % der Erlöse auch in Zukunft eine tragende Rolle in der Krankenhausvergütung spielen. Als Überarbeitungsbedarf sind insbesondere eine stärkere Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine Abkehr von der Prozedurenorientierung zu nennen. Eine Weiterentwicklung der Kalkulationsbasis sowie eine zielgenauere Berücksichtigung regionaler Kostenunterschiede sind dabei sowohl für die DRG- als auch die Vorhaltevergütung von Bedeutung.

⇒ **Der Fokus auf die Vorhaltevergütung darf nicht verhindern, seit Jahren bekannten Weiterentwicklungsbedarf am DRG-System zu adressieren.**

Der Vorstand der dggö

Prof. Dr. Amelie Wuppermann

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu

Prof. Dr. Hendrik Schmitz