

# KHVVG – Hochkomplexe Regeln mit schwer vorhersehbaren Folgen



[www.vebeto.de/khvvg](http://www.vebeto.de/khvvg)

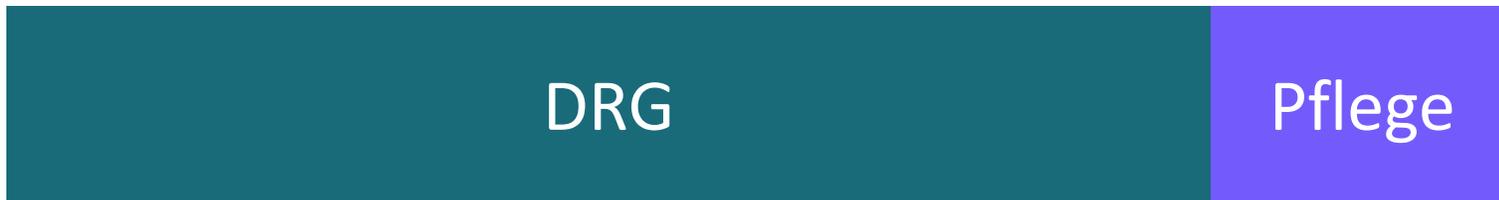
## Folgeabschätzung zeigt:

1. Keine Existenzsicherung durch Vorhaltefinanzierung
2. Lückenhafte Qualitätssicherung durch Mindestvorhaltezahlen
3. Zusätzliche falsche Anreize
4. Konzeptionelle Schwächen und Ungereimtheiten

# Das neue Finanzierungssystem

Vorhaltepauschalen als Teil der Krankenhausfinanzierung

Heutige Finanzierung, abhängig von der Krankheit



Neue Finanzierung, abhängig von der Krankheit



Wird nur für zugewiesene Leistungsgruppen bezahlt



The cover of the 'VEBETO STUDIE' report features a blue background with a stethoscope and medical charts. Text on the cover includes: 'Jahr 2024', 'Bericht: Simulationstudie zur Krankenhausreform', 'Autoren: Dr. Eberhard Hantsch, Dr. Hannes Dahnke', and 'Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern?'. The Vebeto logo is visible in the bottom left corner of the cover.

Vebeto Studie zur Vorhaltefinanzierung:  
[www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung](http://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung)

## Stockende Reform

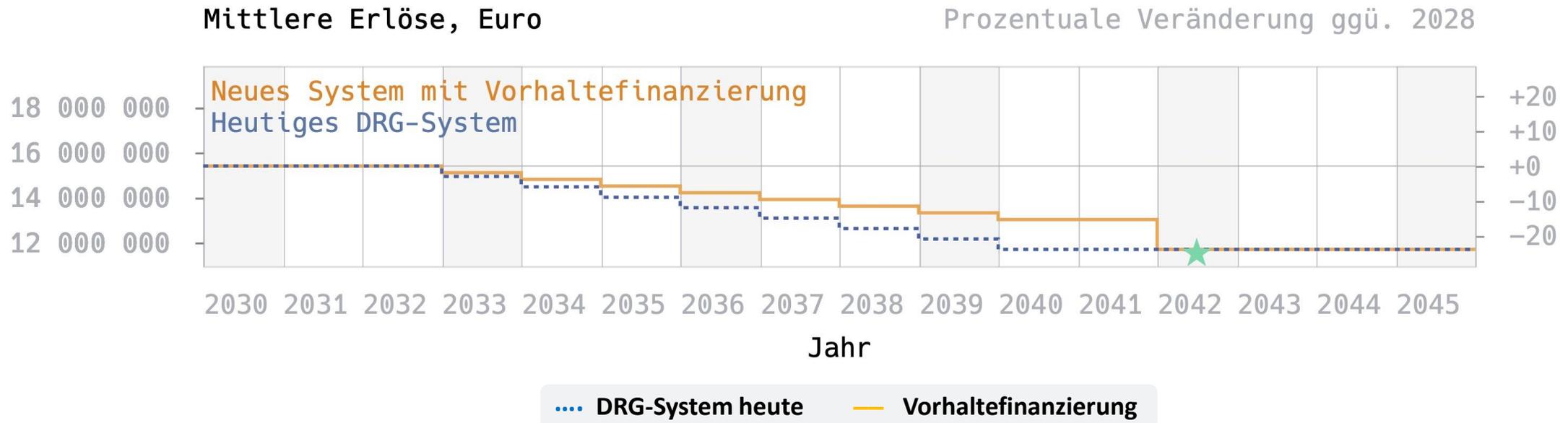
# Studie zeigt keine Verbesserung bei der finanziellen Lage der Krankenhäuser

Eine Analyse der Krankenhausgesellschaft bringt den SPD-Gesundheitsminister in die Bredouille. Seine bayerische CSU-Amtskollegin Gerlach kritisiert: Seine Reform sei nicht grundlegend genug. Karl Lauterbach widerspricht.

16.01.2024, 16.20 Uhr

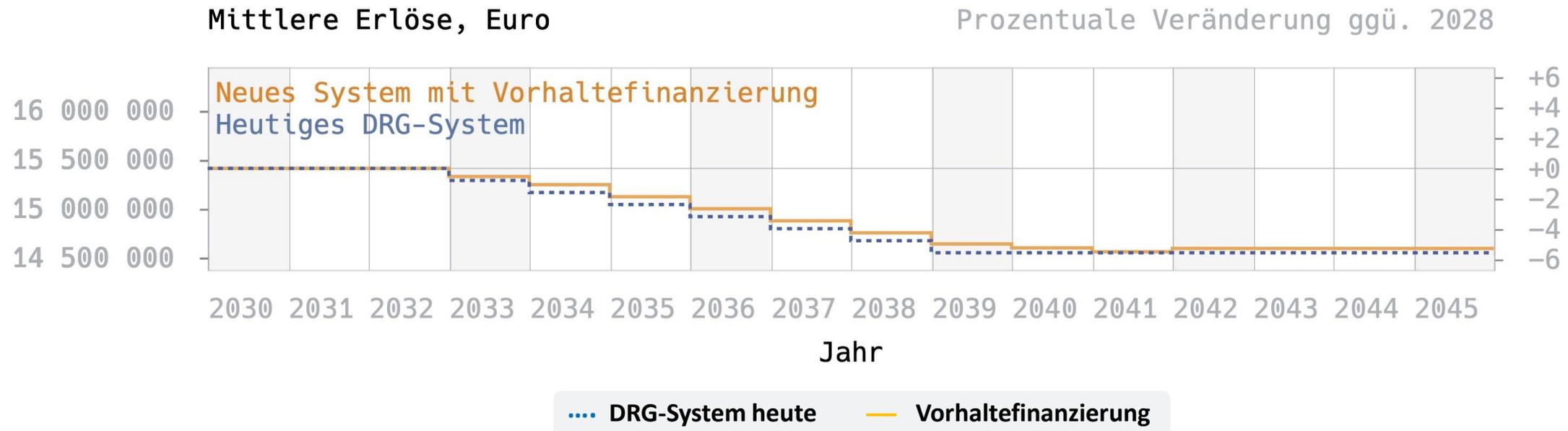
Lauterbach hält wenig von den Berechnungen, sie seien auf einer »veralteten Grundlage« erstellt worden. »Wenn ein Krankenhaus 15 Prozent weniger Fälle behandelt oder ambulant behandelt, erhält es trotzdem 100 Prozent Vorhaltefinanzierung«, sagte Lauterbach dem SPIEGEL. »Kleine Häuser werden durch die Reform dauerhaft geschützt. Der gesamte Schrumpfungsprozess der Häuser auf dem Land

# Fallzahlrückgang am Standort wird etwas abgefedert



Wenn ein Krankenhaus „schleichend“ Patienten verliert, werden die Erlösverluste durch die Vorhaltung zunächst gedämpft, bis der 20-Prozent-Korridor unterschritten und die Vorhaltefinanzierung nach unten angepasst wird. Mittelfristig bietet die Vorhaltefinanzierung keinen Vorteil.

# Fallzahlrückgang wird nicht abgefedert, wenn er im ganzen Bundesland passiert



Das landesweite Vorhaltebudget sinkt kontinuierlich und damit auch das daraus abgeleitete Vorhaltebudget des Standorts, **obwohl der 20-Prozent-Korridor am Standort nicht unterschritten wird.**

Die Vorhaltefinanzierung löst das Strukturkostenproblem bei allgemein sinkenden Patientenzahlen (Ambulantisierung) nicht.

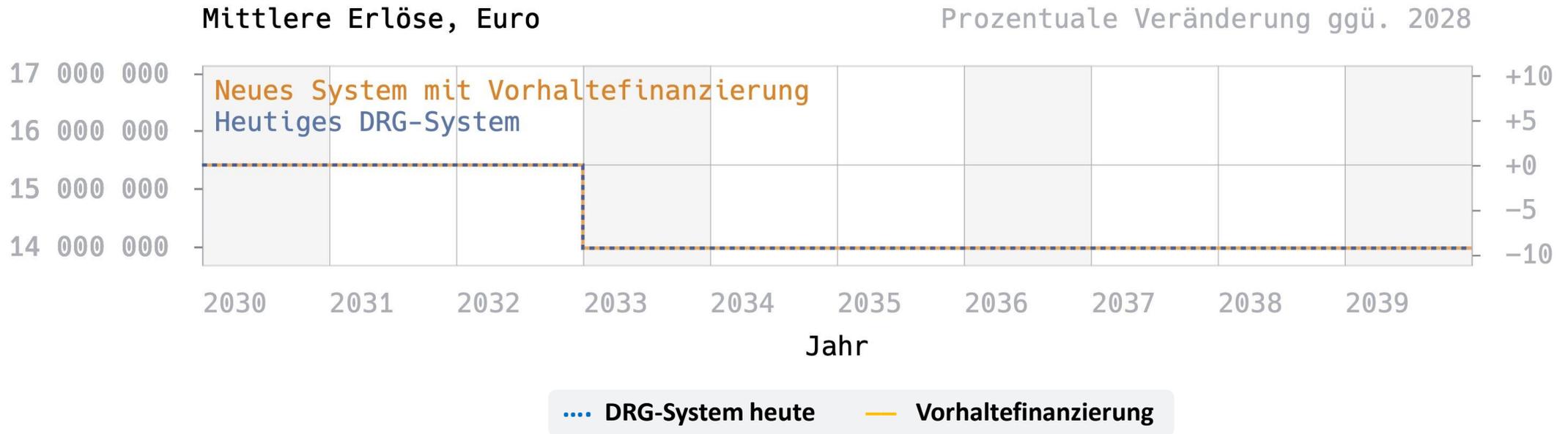
# Vorhaltefinanzierung bei kleineren Kliniken

Fehlende Wirkung:  
Erlösverluste werden  
nicht kompensiert.

Behinderung von Leistungskonzentration

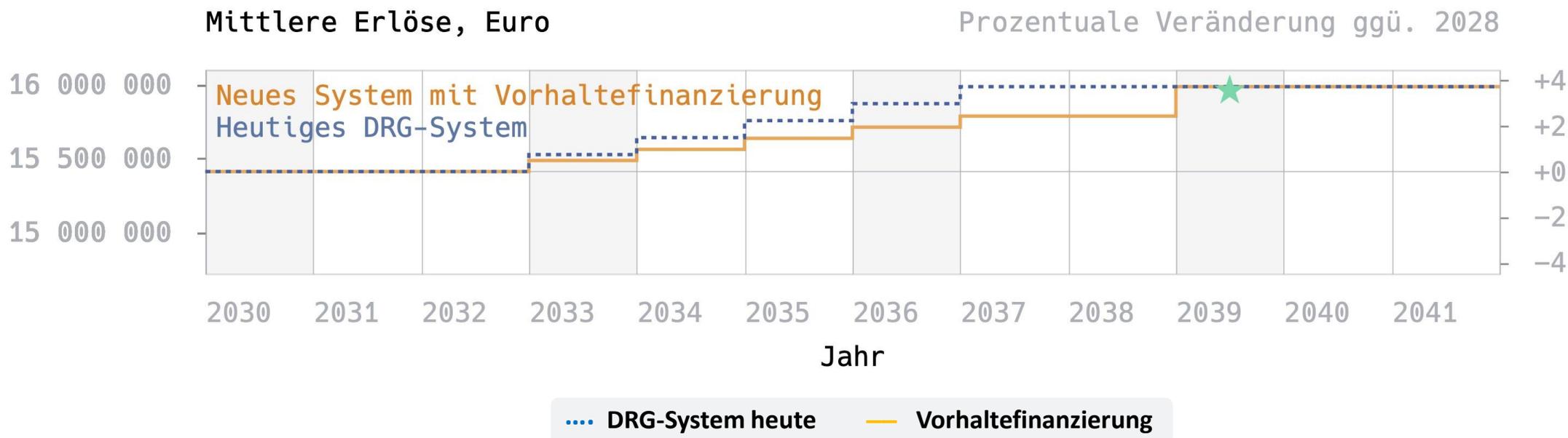
Krankenhäuser, die Leistungsgruppen verlieren oder abgeben, verlieren damit auch die komplette Vergütung für diese Leistungsgruppe. Die Vorhaltefinanzierung kompensiert hier nichts. Keine Hinweise für eine Existenzsicherung durch die Vorhaltefinanzierung.

# Kleinere Krankenhäuser verlieren regelhaft einen Teil ihrer Leistungsgruppen, die Vorhaltefinanzierung hilft nicht.



Die Vorhaltefinanzierung bringt keine Verbesserung, wenn dem Standort durch die Krankenhausplanung Leistungsgruppen entzogen werden und damit Patientenbehandlungen entfallen.

# Leistungskonzentration wird nicht voll finanziert.



Deutlich steigende Patientenzahlen (Konzentration) führen zeitversetzt zu einem identischen Ergebnis. Auf dem Weg dahin verliert der Standort aber Erlöse im Vergleich zum heutigen System.

# Vorhaltefinanzierung

Neue Fehlanreize:

Gefahr von Wartelisten  
bei  
Leistungskonzentration

Behinderung von Leistungskonzentration

Die Hälfte der Patienten, die das Krankenhaus wechseln müssen, werden zukünftig in Krankenhäusern behandelt, die für ihren Fall nicht die volle Vergütung erhalten. (S. 42)

# Mindestvorhaltezahlen

Vom Bund werden  
Mindestvorhaltezahlen  
pro Leistungsgruppe  
definiert

- System ist unvollständig und oberflächlich
  - Mindestvorhaltezahl für Gelenkersatz in der Hüfte, aber nicht in der Schulter.
- Einnahmeverluste vor allem bei kleinen Häusern
  - Wird die Mindestvorhaltezahl unterschritten, fällt die Vorhaltefinanzierung weg. (S.32)
- Verlässliche Versorgung gefährdet
  - Wenn Fallzahlen zufällig schwanken, kann etablierte Versorgung verloren gehen. (S.14)

# Einnahmeverluste durch Mindestvorhaltezahlen

Veränderungen des Erlöses durch Wegfall der Vorhaltefinanzierung bei Mindestvorhaltezahlen  
(Details: ab Seite 16)

Ganz Deutschland (n = 1589)



Anzahl der Krankenhausstandorte, gruppiert danach, welchen Erlösverlust sie im Vergleich zu den a-DRG-Erlösen durch die Mindestvorhaltezahlen erleiden könnten. Erlaubte Ausnahmeregeln werden angewendet.

Hessen (n = 121)



Rheinland-Pfalz (n = 83)



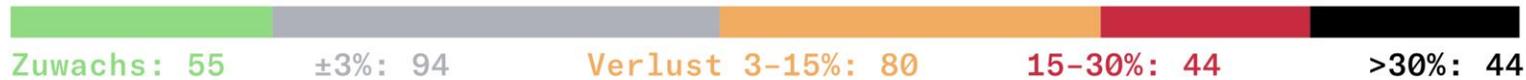
Mecklenburg-Vorpommern (n = 37)



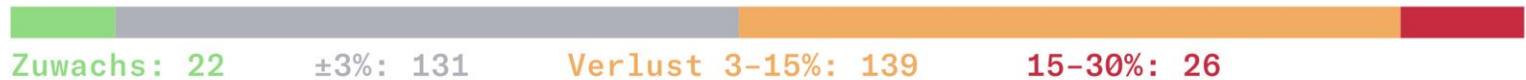
# Einnahmeverluste durch Mindestvorhaltezahlen

Krankenhausstandorte gruppiert nach Quintilen des Gesamterlöses, sortiert von niedrigem Gesamterlös (oben) nach hohem (unten) (Details: ab Seite 16)

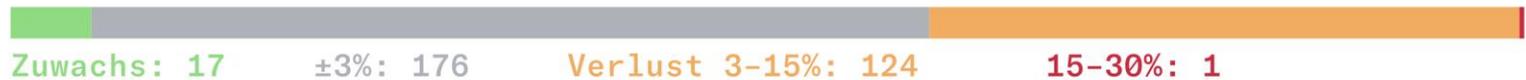
Case-Mix Perzentil 0-20 (n = 317)



Case-Mix Perzentil 20-40 (n = 318)



Case-Mix Perzentil 40-60 (n = 318)



Case-Mix Perzentil 60-80 (n = 318)



Case-Mix Perzentil 80-100 (n = 318)



Kleine Häuser sind besonders stark betroffen.

# Mindestvorhaltezahlen

Wenn Fallzahlen zufällig schwanken, kann etablierte Versorgung verloren gehen.

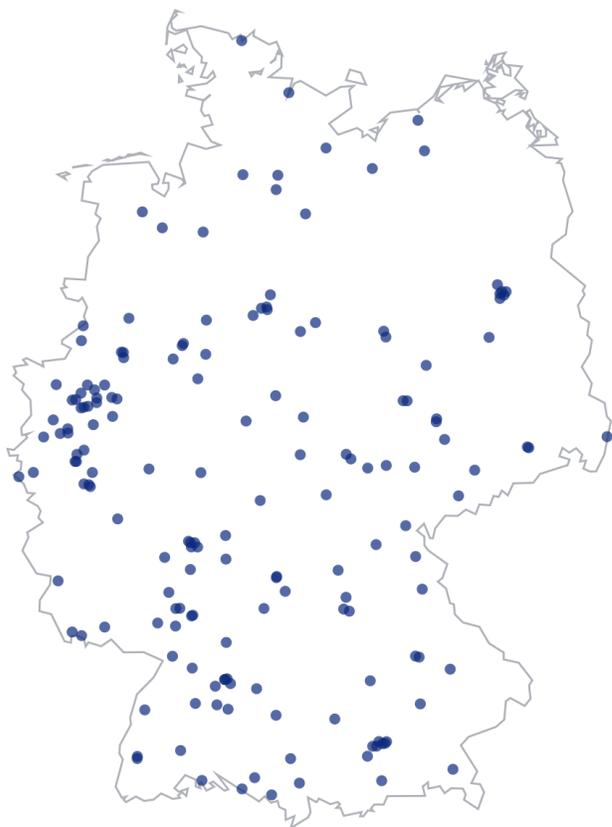
Studie Seite 14

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

# Verbotsliste onkologische Chirurgie: Der Zufall entscheidet!

## Beispiel hier: Prostata-OP

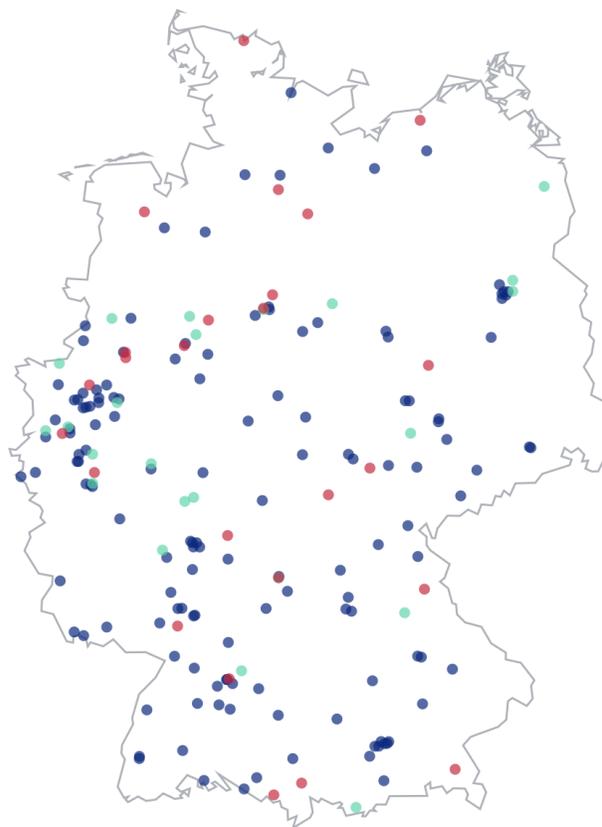
Referenz: 2020



2020 vs. 2021



2020 vs. 2022



### Simulation:

Welche Häuser dürfen weiter behandeln, abhängig vom Datenjahr?

(Details ab S. 55)

# KHVVG – Hochkomplexe Regeln mit schwer vorhersehbaren Folgen



[www.vebeto.de/khvvg](http://www.vebeto.de/khvvg)

## Folgeabschätzung zeigt:

1. Keine Existenzsicherung durch Vorhaltefinanzierung
2. Lückenhafte Qualitätssicherung durch Mindestvorhaltezahlen
3. Zusätzliche falsche Anreize
4. Konzeptionelle Schwächen und Ungereimtheiten