

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache  
20(14)220(29)

gel. VB zur öffent. Anh. am 25.09.2024  
24.09.2024

## **Stellungnahme des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 25. September 2024**

**Insbesondere zum Antrag nach Drucksache 20/11854**

Stand: 23.09.2024

**WIdO** | Wissenschaftliches  
Institut der AOK

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

### **Vorbemerkung**

Die Notwendigkeit einer Strukturreform ist seit längerem bekannt, empirisch gut aufgearbeitet und wurde auch seitens des WIdO immer wieder durch Analysen und Publikationen herausgearbeitet. Die deutsche Krankenhauslandschaft weist im internationalen Vergleich viele kleine, wenig spezialisierte Krankenhäuser auf und versorgt verhältnismäßig viele Krankenhausfälle. Zugleich gibt es viele nachgewiesene Qualitätsdefizite. Auch das deutsche Krankenhausfinanzierungssystem steht schon seit längerem in der Kritik, insbesondere aufgrund seines starken Anreizes zur Mengenausweitung. Im Koalitionsvertrag wurde vor diesem Hintergrund eine Reform der Vorhaltefinanzierung in Verbindung mit einer Reform der Krankenhausplanung angekündigt. Die eingerichtete Regierungskommission hat im Dezember 2023 Vorschläge für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgelegt. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) liegt jetzt ein Gesetzentwurf vor, der die Reform konkretisiert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser durch ein System von Leistungsgruppen zu definieren, das künftig maßgeblich für die Krankenhausplanung sein soll. Zudem soll durch die Einführung einer Vorhaltefinanzierung, die sich ebenfalls an Leistungsgruppen orientiert, der Anreiz zur Mengenausweitung reduziert werden. Neben einer mittelfristigen Modernisierung der Klinikstrukturen steht die aktuelle wirtschaftliche Lage der Kliniken im Fokus der öffentlichen Debatte. Ob die intendierten Ziele des Gesetzentwurfs erreicht werden können, hängt wesentlich von der Ausgestaltung der entsprechenden Regelungen ab.

### **Ausgangslage: Fragmentierte Krankenhausstruktur und veränderte Nachfrage**

Daten des Statistischen Bundesamtes weisen seit Jahren stabil aus, dass über 50 % der Krankenhäuser in Deutschland weniger als 200 Betten aufweisen. Diese Kleinstkrankenhäuser können in der Regel, abgesehen von wenigen Spezialanbietern, weder unter Qualitätsgesichtspunkten noch aus betriebs- und personalwirtschaftlicher Perspektive sinnvoll geführt werden. Unter Qualitätsgesichtspunkten sind dabei der inzwischen vielfach belegte Volume-Outcome-Zusammenhang sowie die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen mit gravierenden Folgen zentral. Wirtschaftlich sind die Anforderungen an eine 24/7-Personalvorhaltung im ärztlichen und pflegerischen Bereich in der Regel kaum zu erfüllen.

Die jüngsten Auswertungen des WIdO verdeutlichen, dass sich die strukturellen Herausforderungen weiter verschärfen: Im Jahr 2023 wurden in deutschen Krankenhäusern knapp 14 % weniger somatische Fälle behandelt als im Vergleichsjahr 2019.

Tabelle 1: AOK-Fallzahlen 2019 bis 2023 nach Indikation, in %

	Vergleich mit 2019				Vergleich mit dem Vorjahr			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
<b>Alle somatischen Fälle (vollstationär)</b>	-13,4	-14,4	-15,0	-13,6	-13,4	-1,1	-0,8	1,6
<b>Alle psychiatrischen Fälle (vollstationär)</b>	-12,3	-10,3	-10,9	-8,1	-12,3	2,3	-0,6	3,1
<b>Herzinfarkt (gesamt)</b>	-7,3	-9,2	-12,3	-14,1	-7,3	-2,0	-3,4	-2,0
Herzinfarkt (STEMI)	-3,2	-4,4	-7,5	-8,6	-3,2	-1,3	-3,3	-1,1
Herzinfarkt (NSTEMI)	-9,0	-11,1	-14,1	-16,1	-9,0	-2,3	-3,4	-2,3
Schlaganfall (Hirninfarkt/-blutung)	-5,4	-6,6	-10,7	-9,4	-5,4	-1,2	-4,4	1,5
Transitorische ischämische Attacke (TIA)	-13,1	-14,1	-16,5	-14,3	-13,1	-1,2	-2,8	2,6
Operative Entfernung von Brustkrebs	-5,1	-1,3	-3,7	0,6	-5,1	4,0	-2,4	4,5
Operative Entfernung von Darmkrebs	-9,9	-12,1	-14,7	-11,3	-9,9	-2,4	-3,0	4,1
Arthrosebedingte Hüftprothesenimplantation	-10,6	-10,2	-0,2	7,8	-10,6	0,5	11,1	8,1
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	-14,1	-16,0	-14,1	-7,1	-14,1	-2,2	2,3	8,1
Mandelentfernung	-33,3	-48,5	-31,6	3,8	-33,3	-22,9	32,9	51,7
<b>Ambulant-sensitive Behandlungen</b>	-19,7	-22,4	-22,9	-20,3	-19,7	-3,4	-0,6	3,3
Herzinsuffizienz	-13,8	-12,6	-13,4	-11,2	-13,8	1,4	-1,0	2,5
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	-28,8	-34,1	-22,8	-17,2	-28,8	-7,4	17,2	7,2
Bluthochdruck	-18,2	-25,9	-36,5	-34,7	-18,2	-9,4	-14,2	2,8
Diabetes mellitus	-16,5	-19,3	-20,0	-18,7	-16,5	-3,4	-0,8	1,7
Rückenschmerzen	-29,5	-33,1	-35,9	-33,9	-29,5	-5,1	-4,2	3,0

Quelle: WIdO

© WIdO 2024

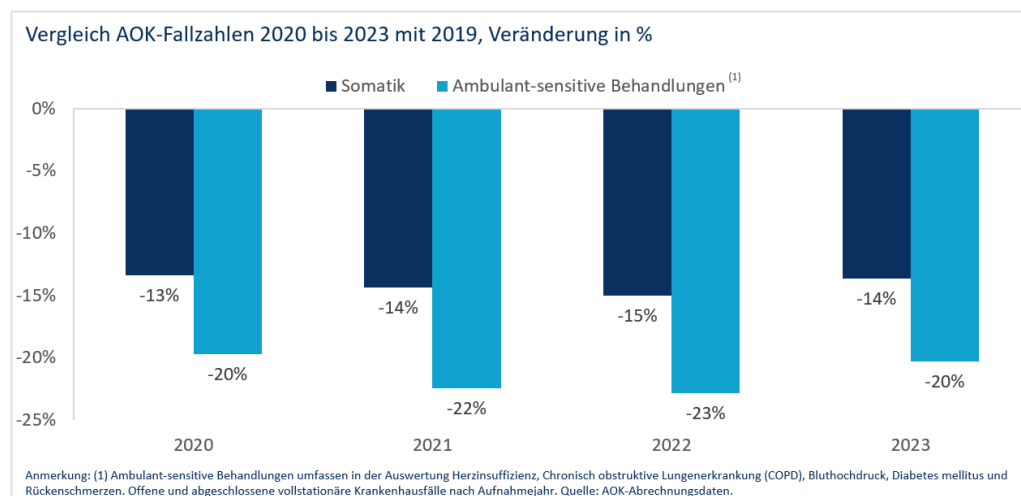
Damit korrespondiert auch der Auslastungsgrad der Krankenhäuser, der laut Statistischem Bundesamt seit 2019 durchgängig unter 70 % liegt (2019: 77,2 %; 2020: 67,3 %; 2021: 68,2 %; 2022: 69,0 %).

Die Zahlen legen nahe, dass sich die Nachfrage nach Krankenhausleistungen deutlich verändert hat. Dadurch würde sich die Fragmentierung und Zersplitterung der Krankenhausstruktur weiter verstärken, wenn keine Strukturreform eingeleitet wird. Kliniken mit geringen Fallzahlen würden noch größere Probleme haben, die notwendigen personelle und technische Ausstattung 24/7 zu erfüllen und sich im Wettbewerb um finanzielle Mittel und qualifiziertes Personal zu behaupten. Es ist von negativen Konsequenzen für die Versorgungsqualität und die wirtschaftliche Lage der Kliniken auszugehen.

### Ambulant-sensitive Behandlungen und Ambulantisierungspotenziale

Besonders groß war der Einbruch im vergangenen Jahr bei den sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen – also bei Erkrankungen, die nicht zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssten. Hier lagen die Fallzahlen auch 2023 erneut deutlich niedriger als 2019, nämlich um 20 %. Der Einbruch war damit ungefähr so groß wie im ersten „Pandemie-Jahr“ 2020 und nur etwas niedriger als 2021 (minus 22 %) und 2022 (minus 23 %). Es ist davon auszugehen, dass die Veränderungen im Kontext der Covid-19-Pandemie eine stärkere Ambulantisierung von Leistungen bereits befördert haben.

**Abbildung 1: Fallzahlrückgang ambulant-sensitive Behandlungen (AOK-Abrechnungsdaten); Vergleich 2020 bis 2023 mit 2019, Anteil in %**



Quelle: WIdO

© WIdO 2024

Der genauere Blick auf die einzelnen ambulant-sensitiven Diagnosen weist darauf hin, dass es sich dabei um Erkrankungen handelt, die in der Regel sowohl im Krankenhaus als auch von entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzten adäquat behandelt werden können (Tabelle 1).

So verzeichneten 2023 die Behandlung des Bluthochdrucks (minus 34,7 %) und von Rückenschmerzen (minus 33,9 %) die größten Rückgänge gegenüber dem Vergleichsjahr 2019, gefolgt von Diabetes (minus 18,7 %), der chronischen Lungenerkrankung COPD (minus 17,2 %) und Herzinsuffizienz (minus 11,7 %). Bei diesen Leistungsbereichen gab es schon in den ersten Pandemie-Jahren Rückgänge in vergleichbarer Größenordnung. Bei einzelnen Diagnosen dürfte angesichts der großen und anhaltenden Einbrüche auch der Abbau von Überversorgung eine Rolle spielen. Insgesamt legen verschiedene Studien nahe, dass das Ambulantisierungspotenzial noch nicht ausgeschöpft ist. Bspw. ließe sich das potenziell ambulantisierbare stationäre Fallvolumen durch eine Ausweitung des AOP-Katalogs nahezu verdoppeln (SVR 2024; Schreyögg et al. 2024)<sup>1</sup>.

Mit Blick auf eine weitergehende Ambulantisierung ist die mit dem KHVVG geplante Neueinrichtung von sektorenübergreifenden Versorgern zu begrüßen. Bei bedarfsge-

<sup>1</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/2.\\_\\_durchgesehene\\_Auflage\\_Gutachten\\_2024\\_Gesamt\\_bf\\_2.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf)

Schreyögg J, Milstein R, Messerle R, Kölle B, Busch C, Heber R et al. (2024) Ergebnisbericht: Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV). Förderkennzeichen: 01VSF19040. Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin

rechter Ausgestaltung bieten sie das Potenzial, eine Lösung für einige der Herausforderungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich darzustellen. So können Krankenhäuser als Gesundheitsstandort in der Region erhalten bleiben. Gleichzeitig werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen und eine verbesserte Versorgungssteuerung ermöglicht. Zudem kann die Fehlinanspruchnahme stationärer Notfallversorgung reduziert und eine stärkere Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen erreicht werden. Allerdings sollte eine stationäre Leistungserbringung konsequent ausgeschlossen werden, um zur Ambulantisierung beizutragen. Stationäre Angebote im Rahmen der sektorübergreifenden Versorger sind zudem weder mit Blick auf den Fachkräftemangel noch hinsichtlich der ökonomischen Parameter dauerhaft tragfähig. Eine ärztliche Versorgung 24/7 ist insbesondere in kleinen Einheiten nicht realisierbar. Eine regelhafte Beibehaltung der akutstationären Versorgung würde absehbar vor Ort dazu führen, dass bereits jetzt nicht haltbare und auch nicht bedarfsnotwendige Strukturen bestehen bleiben.

Um das Ambulantisierungspotenzial im stationären Fallspektrum zu realisieren, muss auch das Thema der Notfallversorgung adressiert werden (SVR 2024). Wesentlich ist dabei eine enge und verpflichtende Verzahnung des Rettungsdienstes mit der ambulanten und stationären Notfall- und Akutversorgung. Ohne diese Weichenstellung dürfte eine sinnvolle Patientensteuerung in ein künftig zwingend noch klarer gestuftes System von Notfallstrukturen kaum umsetzbar sein. Ein weiterer sinnvoller Baustein wäre die Umsetzung der ursprünglich vom SVR (2018)<sup>2</sup> vorgedachten Prämissen wirtschaftlich unabhängiger Integrierter Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhäusern. Diese könnten ebenfalls einen relevanten Beitrag dazu leisten, die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den jeweils indizierten akutstationären oder Notfallversorgungsebenen zu erreichen. Ferner können Vergütungsanreize an der ambulanten-stationären Schnittstelle besser ausbalanciert werden.

Ergänzend sollte der Versorgungsauftrag der Vertragsärztinnen und -ärzte näher bestimmt werden, um ausreichende Kapazitäten für die ambulante Akutversorgung zu erreichen.

#### **Strukturreform: Reduktion der Gelegenheitsversorgung und Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz zur Versorgungsqualität**

Angesichts der strukturellen Defizite und quantitativen Überversorgung ist der mit dem Gesetzentwurf des KHVVG intendierte Grundsatz, Leistungen zu konzentrieren, uneingeschränkt zu unterstützen.

Neben dem Vorantreiben der Ambulantisierung (vgl. oben) ist es naheliegend, im Rahmen der anzustrebenden Strukturreform zunächst den Fokus auf den Abbau von Gelegenheitsversorgung – d. h. Klinikstandorte mit sehr kleinen Fallzahlen in einem Leistungsbereich – zu legen, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.

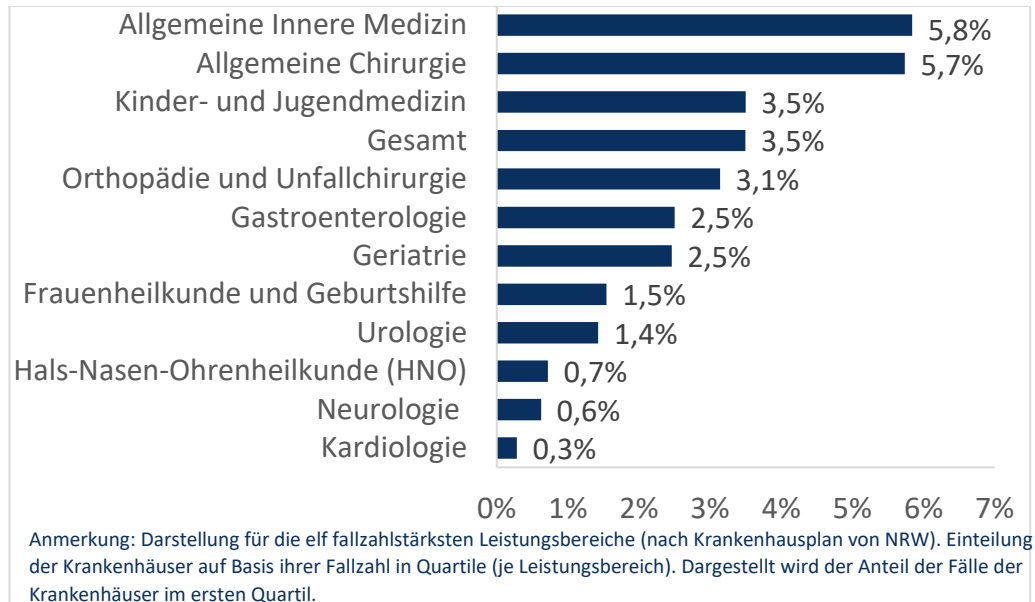
Dabei können durch die Neuordnung der Versorgungsaufträge von Kliniken deutliche Effekte erzielt werden, ohne dass massiv Behandlungsfälle verlagert werden müssen.

Legt man die im Krankenhausplan von NRW definierten Leistungsbereiche und -gruppen zugrunde, zeigt sich, dass bei Ausschluss der 25 % kleinsten Krankenhausstandorte je Leistungsbereich insgesamt nur 3,5 % der Fälle umverteilt werden müssten, soweit

<sup>2</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf)

ein konstantes Fallzahlvolumen unterstellt wird (Basis: AOK-Fallzahlen 2019, d. h. vor der Covid-19-Pandemie).

**Abbildung 2: Fallzahlanteile der 25 % kleinsten Krankenhäuser je Leistungsbereich, in %**



Quelle: WIdO

© WIdO 2024

Großen Raum nimmt in der öffentlichen Debatte die Frage ein, welche Herausforderungen sich bei einer Konzentration für den Zugang bzw. die Erreichbarkeit ergeben. Analysen der Auswirkung einer Strukturreform verdeutlichen jedoch, dass eine deutliche Konzentration von spezialisierten Leistungen möglich ist, ohne dass sich substantiell negative Folgen für die Erreichbarkeit ergeben (u. a. Geissler et al 2024)<sup>3</sup>. Dem stehen ein deutlicher Nutzen durch eine verbesserte Versorgungsqualität (Volume-Outcome-Zusammenhang und die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen, vgl. u. a. Nimptsch und Mansky 2017)<sup>4</sup> sowie wirtschaftliche Vorteile durch einen zielgerichteteren Einsatz des medizinischen und pflegerischen Personals gegenüber (SVR 2024)<sup>5</sup>.

Die im KHVVG vorgesehene Einführung von Mindestvorhaltezahlen greift den Grundgedanken eines Abbaus von Gelegenheitsversorgung auf und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Um sicherzustellen, dass Planung und Finanzierung kompatible Anreize setzen, sollten jedoch die Mindestvorhaltezahlen auf dem planerisch ausgewiesenen Versorgungsauftrag aufsetzen (und sich nicht wie im Gesetzentwurf vorgesehen aus den IST-Fallzahlen eines Vorjahres ableiten). Durch die Koppelung an den Versorgungsauftrag würde sich auch die Planungssicherheit für die Kliniken verbessern und es könnten Fehlanreize mit Blick auf eine mögliche Mengenausweitung vermieden werden.

<sup>3</sup> Geissler A, Krause F, Leber WD (2024) Neugestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (eds) Krankenhaus-Report 2024. Springer, Berlin Heidelberg, S. 81–105. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5_5)

<sup>4</sup> Nimptsch U, Mansky T (2017) Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open* 7:e016184. doi:10.1136/bmjopen-2017-016184

<sup>5</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen; [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2024/2.\\_\\_durchgesehene\\_Auflage\\_Gutachten\\_2024\\_Gesamt\\_bf\\_2.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf)

Angesichts des hohen Handlungsdrucks scheint es zielführend und vertretbar, für die Bestimmung von Mindestvorhaltezahlen zunächst einen rechnerischen Ansatz, wie den im Gesetzentwurf vorgesehenen Perzentilansatz, als Startpunkt zu verwenden. Begleitend sollten ein systematisches Versorgungsmonitoring sowie eine evidenzbasierte Fortschreibung implementiert werden, um mögliche Fehlentwicklungen frühzeitig zu identifizieren und die Regelungen weiterzuentwickeln.

Soweit wissenschaftliche Evidenz für Versorgungsstrukturen mit einer überlegenen Behandlungsqualität vorliegt, sollten Mindestvoraussetzungen für Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung nicht nur auf Fallzahlen, sondern auch auf Struktur- und Prozessparametern aufsetzen. Für zentrale onkologische Bereiche konnte dieser Nachweis in der vom Innovationsfonds geförderten WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) im Zusammenhang mit einer Zertifizierung der Krebszentren erbracht werden (u. a. Schmitt et al. 2023)<sup>6</sup>. Für alle in der Studie betrachteten Krebsarten wurden statistisch signifikante Überlebensvorteile von Patienten festgestellt werden, die in zertifizierten Krebszentren behandelt wurden. Nach Analyse der Krebsregisterdaten zeigen sich besonders große Überlebensvorteile bei Gebärmutterhalskrebs (minus 25,9 % Sterblichkeit), neuroonkologischen Tumoren (minus 15,8 %), Lungenkrebs (minus 15,0 %) und Brustkrebs (minus 11,7 %) (Schoffer et al. 2022)<sup>7</sup>. Demnach sollten hier die Kriterien, die der Zertifizierung zugrunde liegen, als Mindestvoraussetzung für einen entsprechenden Versorgungsauftrag definiert werden, um den möglichen Morbiditäts- und Mortalitätsnutzen für die Patientinnen und Patienten zu realisieren.<sup>8</sup> Ein analoges Vorgehen ist für andere Leistungsbereichen naheliegend, soweit erprobte Zertifizierungsverfahren vorliegen, deren positive Wirkung auf die Behandlungsqualität wissenschaftlich belegt ist (z. B. Revisionsendoprothetik, Traumatologie, Herzchirurgie).

#### **Vorhaltekostenfinanzierung, Mengenanreiz und Bedarfsorientierung**

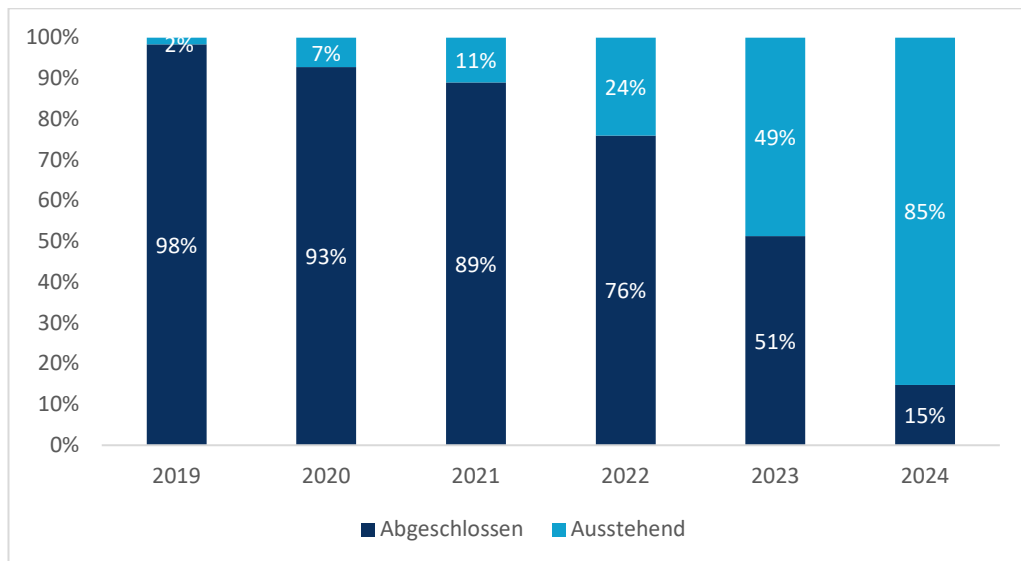
Vorhaltekosten von Krankenhäusern werden bislang als Teil der Betriebskostenfinanzierung in den DRGs abgebildet (bzw. seit der Pflegeausgliederung teilweise durch das Pflegebudget). Explizit adressiert werden Vorhaltekosten in der bisherigen Finanzierungssystematik im Rahmen der bekannten Mehr- bzw. Mindererlössystematik sowie implizit u. a. im Rahmen des Sicherstellungszuschlags. Zu berücksichtigen ist, dass Minder- und Mehrerlöse nur bei einer prospektiven Budgetverhandlung Wirkung entfalten können. Prospektivität konnte in den letzten Jahren jedoch selten erreicht werden und wird auch absehbar – trotz einiger gesetzlicher Nachschärfungen – nicht eintreten. So zeigen aktuelle Auswertungen der AEB-Datenbank des WiDO, dass für das Budgetjahr 2022 rund ein Viertel der Budgets, für das Budgetjahr 2023 rund die Hälfte und für 2024 85 % der Budgets noch nicht vereinbart wurden (vgl. Abbildung 3).

<sup>6</sup> Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M, Bierbaum V, Gerken M, Bobeth C, Rößler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Schoffer O (2023) Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern – Ergebnisse der vergleichenden Kohortenstudie WiZen. *Dtsch Arztebl Int* 120: 647–54; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169

<sup>7</sup> Schoffer O, Klinkhammer-Schalke M, Schmitt J (2022b) WiZen-Studie: Überlebensvorteile bei Behandlung in zertifizierten Krebszentren. *G+G Wissenschaft* 22(4):7–15. [https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/assets/gg-wissenschaft/pdf/ggw\\_0422.pdf](https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/assets/gg-wissenschaft/pdf/ggw_0422.pdf). Zugegriffen: 23. Jan. 2023

<sup>8</sup> Malzahn J, Schmitt J (2024) Was bringt die Krankenhausreform für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebs? Eine Auswirkungsanalyse zur Umsetzung der WiZen-Studie mittels des im Kabinettsentwurf zum KHVVG vorgesehenen §40 KHG (neu). In: *Monitor Versorgungsforschung* (Online First zu MVF 04/24), S. 45–50. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2634>

Abbildung 3: Stand der Budgetvereinbarungen Sept. 2024, Anteil in %



Quelle: WIdO

© WIdO 2024

Darüber hinaus zeigen viele Studien, dass die starke Leistungsorientierung der DRG-Vergütung neben positiven Effekten, u. a. Effizienz- und Transparenzsteigerung, auch zu einem sehr hohen Fallzahlniveau in Deutschland beigetragen hat (Messerle und Schreyögg 2024<sup>9</sup>, SVR 2024). Überdies hat die DRG-Vergütung kaum Anreize für eine strukturelle Modernisierung gesetzt.

Aufgrund der Defizite des aktuellen Vergütungssystems, wie der Anreiz zur Leistungssteigerung, kaum erreichbare Prospektivität, fehlende Qualitätsorientierung und mangelnde Impulse für eine Strukturreform sowie die nur bedingt adäquate Finanzierung von Vorhalteaufwendungen, ist die mit dem KHVVG geplante Einführung einer Vorhaltefinanzierung grundsätzlich zu begrüßen. Ob es gelingt, die genannten Defizite zu adressieren, wird jedoch stark von deren geplanter Ausgestaltung abhängen.

Mit Blick auf den vorgelegten Gesetzentwurf für das KHVVG ist unter Anreizgesichtspunkten besonders problematisch, dass sich sowohl das Ausgangsniveau der Vorhaltevergütung als auch der Fallzahlkorridor für künftige Anpassungen des Vorhaltebudgets aus der Fallzahl ableiten, die Kliniken jetzt oder in einem künftigen Indexjahr erreichen. Entgegen der eigentlichen Intention entsteht damit für die Kliniken ein großer wirtschaftlicher Anreiz, möglichst hohe IST-Fallzahlen in unterschiedlichen Leistungsbereichen zu erbringen. Die notwendige Strukturreform wird so konterkariert.

Jüngste Fallzahlauswertungen aller Kassenarten zeigen, dass schon in den zurückliegenden Monaten erneut Mengensteigerungen zu verzeichnen waren. So betrug der Fallzahlanstieg bei den AOK-Versicherten in der erste Jahreshälfte 2024 über 2 %, nachdem es schon 2023 in einigen mengensensitiven Bereichen Fallzahlanstiege gab. Angestiegen sind 2023 u. a. die OP-Zahlen bei den planbaren Hüftgelenksimplantationen (plus 7,4 % im Vergleich zu 2019). Auch die Zahl der Mandeloperationen stieg im Vergleich zum Referenzjahr um 3,8 % – im Vergleich zum Vorjahr 2022 gab es sogar ein Plus von 51,7 %.

Statt die Vorhaltepauschalen auf Basis von IST-Fallzahlen zu bemessen und über den Fallzahlkorridor auch für die Folgejahre fortzuschreiben, wäre es zielführender, die

<sup>9</sup> Messerle R, Schreyögg J (2024) Ausgestaltung der Vorhalte- und Leistungsvergütung. In: Klauer J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (eds) Krankenhaus-Report 2024. Springer, Berlin Heidelberg, S. 160–176. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-68792-5_8)



Vorhaltevergütung grundsätzlich auf Basis der Planfallzahlen – nach dem Versorgungsauftrag einer Leistungsgruppe – zu bemessen. Anker könnte dabei ein (zurückliegendes, also nicht mehr durch Leistungsausweitung beeinflussbares) historisches Leistungsniveau sein. Perspektivisch sollte sich die Bemessung der Vorhaltekostenfinanzierung jedoch von der historischen Inanspruchnahme lösen. Es braucht dafür eine wissenschaftlich fundierte Bedarfsermittlungssystematik, die Bevölkerungsprognosen, Erreichbarkeitsaspekte sowie Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung berücksichtigt. Die Entwicklung einer solchen Systematik sollte jetzt unmittelbar mit dem Gesetz beauftragt werden. Erste Schritte für eine Bedarfssystematik sind schon vorgedacht worden. Unter anderem haben Schmitt et al. (2024)<sup>10</sup> ein „Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung“ veröffentlicht, auf dem aufgesetzt werden könnte. Angesichts der personellen, finanziellen und strukturellen Herausforderungen des Gesundheitswesens müssen parallel die Grundlagen dafür erarbeitet werden, dass langfristig ambulante (inkl. der Vertragsärzte) und stationäre Kapazitäten zusammen betrachtet und geplant werden können.

<sup>10</sup> Schmitt J, Sundmacher L, Augurzky B et al. (2024) Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung. In: Monitor Versorgungsforschung (Online First und MVF 03/24), S. 37–50. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606>

Kontakt:  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
im AOK-Bundesverband GbR  
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Tel.: 030 34646-2393  
E-Mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)  
Internet: <http://www.wido.de>