

POLICY BRIEF

— Methode zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen (Entwurf zur Stellungnahme)

15.09.2025

HINTERGRUND

Gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) kann das Bundesgesundheitsministerium (BMG) das IQWiG damit beauftragen, auf Grundlage des aktuellen Wissensstands medizinisch wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung und die regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen in der Krankenhausversorgung zu erstellen. Im Anschluss an die Empfehlung des IQWiG erfolgt eine Analyse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu Auswirkungen der jeweiligen Mindestvorhaltezahl auf die Anzahl und die geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Auf Basis dieser Analysen legt das BMG Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe fest – per Rechtsverordnung, der der Bundesrat dann noch zustimmen muss.

ÜBERSICHT

Dieses Dokument beschreibt den Entwurf der Methoden zur Ableitung der Mindestvorhaltezahlen:

1. Die Ableitung erfolgt auf Basis von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien. Dazu werden im ersten Schritt separat eine Qualitäts- sowie eine Wirtschaftlichkeitsanalyse durchgeführt.
2. Die Teilergebnisse aus der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanalyse werden anschließend zusammengeführt. Das Ergebnis ist eine Mindestvorhaltezahl (MVHZ).

QUALITÄTSANALYSE

Die nachstehende Abbildung stellt das Vorgehen zur Ableitung des Teilergebnisses „Qualität“ schematisch dar.

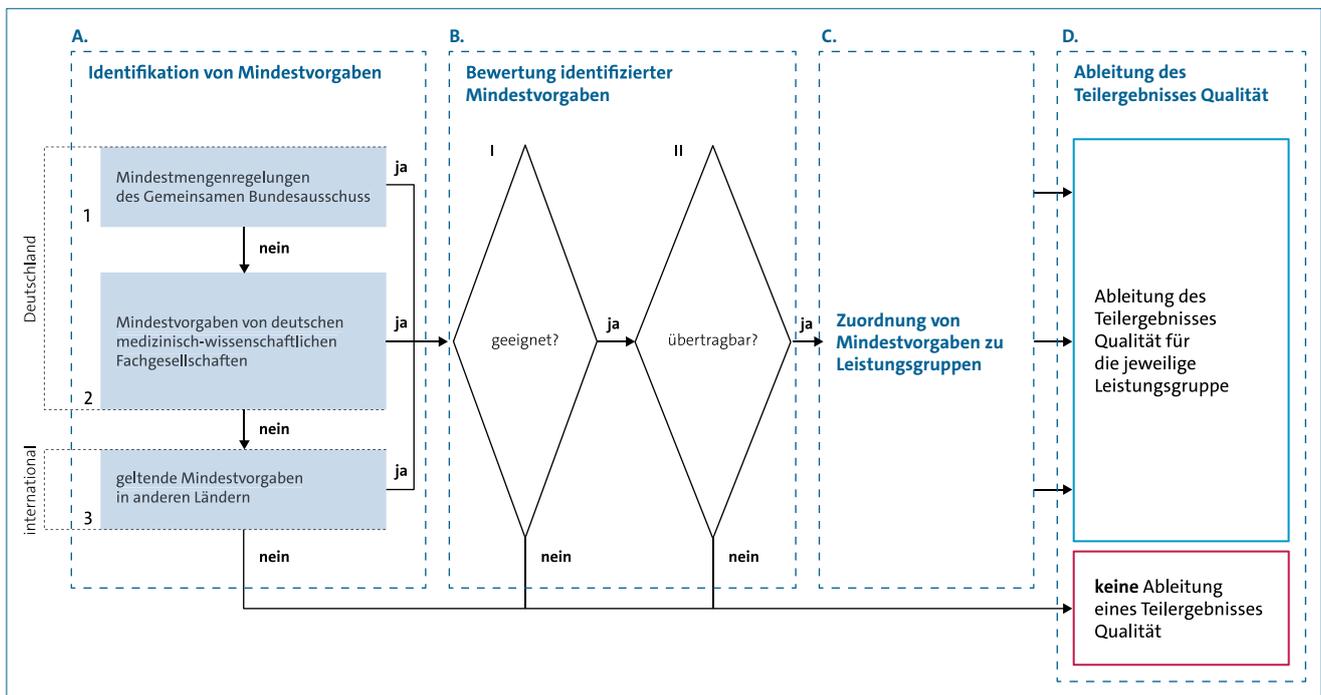


Abbildung 1: Qualitätsanalyse als erster Teilschritt zur Ableitung einer MVHZ

Das Vorgehen gliedert sich in die folgenden 4 Schritte (A bis D):

- A. **Identifikation einer externen Mindestvorgabe.** 3 Arten von Informationsquellen für bestehende nationale oder internationale Mindestvorgaben werden in hierarchischer Reihenfolge geprüft: die Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Mindestvorgaben deutscher medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie in anderen Ländern geltende Mindestvorgaben. Die zuerst passende Quelle wird herangezogen.
- B. **Bewertung der Mindestvorgabe** auf Eignung und Übertragbarkeit: Die Leistungen, auf die sich die Mindestvorgabe bezieht, sollten so detailliert wie möglich (anhand von Diagnose- und Prozeduren-Codes) beschrieben sein, damit die spätere Zuordnung zu einer Leistungsgruppe sichergestellt werden kann. Zudem sollte die Mindestvorgabe auf den deutschen stationären Versorgungskontext übertragbar sein.
- C. **Zuordnung der Mindestvorgabe** zur beauftragten Leistungsgruppe: Die Leistungsdefinitionen der Mindestvorgabe werden denjenigen der Leistungsgruppe gegenübergestellt und verglichen.
- D. **Ableitung eines leistungsgruppenspezifischen Teilergebnisses** auf Basis der Qualität.

Die Mindestvorgaben anderer Länder werden dabei nur berücksichtigt, wenn sie neben den oben genannten Kriterien, insbesondere Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext, konsistent zwischen mehreren Ländern und evidenzbasiert sind. Grund ist, dass unterschiedliche Versorgungsstandards und -pfade Mindestvorgaben beeinflussen können und daher die Übertragbarkeit einer Mindestvorgabe aus einem einzelnen Land in der Regel fraglich ist.

WIRTSCHAFTLICHKEITSANALYSE

Wirtschaftlichkeit wird hier wie folgt definiert: Ein Krankenhaus arbeitet wirtschaftlich innerhalb einer Leistungsgruppe, wenn die Erlöse aus den behandelten Fällen die zuordenbaren Kosten decken. Diese entstehen vor allem durch die Vorhaltung von Personal, Betriebsmitteln in Form notwendiger Infrastruktur und Sachmitteln.

Um die Behandlungsfallzahl zu ermitteln, ab der Wirtschaftlichkeit erreicht wird, werden statistische Analysen genutzt. Dabei werden 3 Ansätze verfolgt. Denn die Leistungsgruppen und Versorgungssituationen sind sehr heterogen und stellen deshalb sehr unterschiedliche Anforderungen an die Methode bzw. an die zugrunde lie-

genden Daten. Es werden regelhaft alle 3 genannten Ansätze berechnet. Durch den Abgleich der Modelle können Rückschlüsse auf die Robustheit der Ergebnisse und ggf. mögliche Einflussfaktoren für heterogene Kosten (z. B. Einfluss von Sachkosten) gezogen werden. Im Fall von Abweichungen werden mögliche Quellen der Heterogenität exploriert und mögliche Unsicherheiten für die Ableitung der Empfehlung der Mindestvorhaltezahldargestellt. Zudem beruhen die Ansätze auf unterschiedlichen Daten. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass bei mitunter eingeschränkter Datenverfügbarkeit für einen der Ansätze in jedem Fall ein Teilergebnis für die Wirtschaftlichkeit vorliegt.

Für den **Ansatz A** werden jeweils eine Gerade für Kosten- und Erlösverläufe je Leistungsgruppe in Abhängigkeit der Behandlungsfallzahlen berechnet, wie in Abbildung 2 dargestellt. Die Kosten werden auf Basis der Durchschnittskosten pro Fall ermittelt. Hieraus ergeben sich lineare Kostenverläufe.

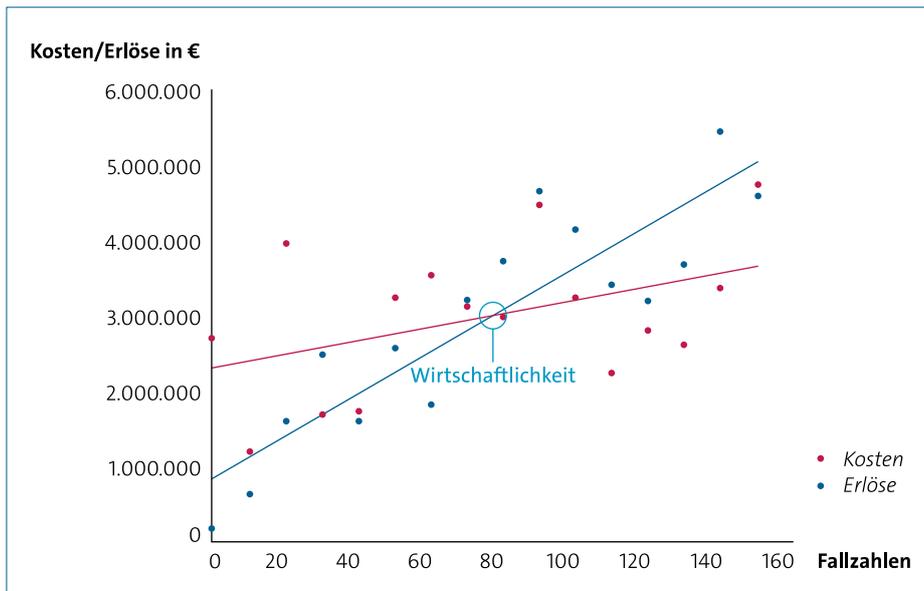


Abbildung 2: Wirtschaftlichkeitsanalyse als zweiter Teilschritt zur Ableitung einer MVHZ (jeder Punkt symbolisiert ein Krankenhaus)

Ansatz B berücksichtigt zusätzliche unechte Fixkosten. Für diese „unechten“ Fixkosten ist indirekt eine Fallzahlabhängigkeit in dem Sinne vorhanden, dass mit steigender Fallzahl beispielsweise mehr Personal benötigt wird, um die Behandlung der Fälle sinnvoll durchführen zu können. Im Gegensatz zu einem linearen Verlauf der Kosten (blaue Kurve in Abbildung 2) ergibt sich hier ein treppenförmiger Verlauf, wobei die Stufen jeweils an der Stelle beginnen, ab der z. B. zusätzlicher Personalbedarf besteht.

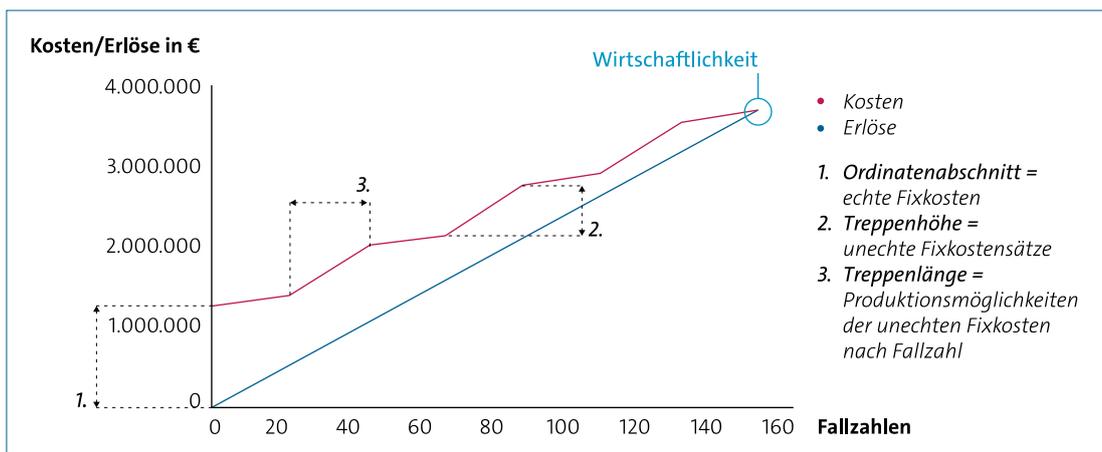


Abbildung 3: Differenzierte Betrachtung der Kosten

Ansatz C beruht auf den gesetzlichen Mindestvorgaben zur personellen Ausstattung je Leistungsgruppe. Hier werden für jede Leistungsgruppe zunächst die Vorgaben zur personellen Ausstattung für die jeweilige Leistungsgruppe als Minimalanforderung herangezogen. Die Kosten für das mindestens vorzuhaltende ärztliche Personal werden dann durch die durchschnittlichen Erlöse pro Fall geteilt.

In allen 3 Ansätzen markiert der Schnittpunkt von Kosten- und Erlöskurve, wie oben definiert, das Teilergebnis auf Basis der Wirtschaftlichkeit.

Die drei genannten Ansätze benötigen eine unterschiedliche Datengrundlage zur Ermittlung der Kosten, während die Erlöse jeweils aus §21-KHEntgG-Daten ermittelt werden können. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die für die Berechnung verwendeten Datensätze für die Kosten und Erlöse. Voraussetzung für die Kostenschätzung in Ansatz A und B stellt die Verfügbarkeit von Auswertungen aus den Kalkulationsdaten des InEK dar.

Ansatz	Datengrundlage	
	Kosten	Erlöse
A	Kalkulationsdatensatz des InEK	§21 KHEntgG-Daten des InEK
B	Krankenhausstatistik Kalkulationsdatensatz des InEK	§21 KHEntgG- Daten des InEK
C	Vergütungstabelle Marburger Bund	§21 KHEntgG- Daten des InEK

ZUSAMMENFÜHRUNG DER TEILERGEBNISSE DER QUALITÄTS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSANALYSE

Für die Empfehlung der Mindestvorhaltezah wird vorrangig das Teilergebnis „Qualität“ zugrunde gelegt. Daraus ergeben sich die zwei Konstellationen:

1. Das Teilergebnis „Qualität“ (z. B. Fallzahl=30) liegt unter dem Teilergebnis „Wirtschaftlichkeit“ (Fallzahl=40)
→MVHZ = Teilergebnis „Qualität“; das Teilergebnis-Wirtschaftlichkeit wird zusätzlich ausgewiesen
2. Das Teilergebnis „Qualität“ (z. B. Fallzahl=50) übersteigt das Teilergebnis „Wirtschaftlichkeit“ (Fallzahl=40)
→MVHZ = Teilergebnis „Qualität“; das Teilergebnis „Wirtschaftlichkeit“ wird automatisch erreicht.

Für die resultierende absolute Zahl wird das entsprechende Perzentil der Krankenhäuser und somit der Anteil an Krankenhäusern, die diese erfüllen bzw. nicht erfüllen, ermittelt.

Liegt die aus diesem Vorgehen abgeleitete Mindestvorhaltezah sehr hoch (z. B. mehr als 50 % der Krankenhäuser erreichen diese bislang nicht), könnte eine Versorgungslücke entstehen. Denn die verbleibenden Krankenhäuser könnten im Falle einer Festlegung dieser Mindestvorhaltezah dies nicht kurzfristig durch entsprechende Mengenausweitung ausgleichen. In diesem Fall können zusätzlich niedrigere Perzentile (z. B. 5 %, 10 %, 20 %) ausgewiesen werden. Diese könnten für Übergangsregeln dienen. Die Auswahl erfolgt unter Abwägung der beiden Aspekte „Vermeidung von Gelegenheitsversorgung“ und „Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung“.

LIMITATIONEN

Aktuell ist noch unklar, welcher der Ansätze A, B oder C sich wann am besten eignet.

Darüber hinaus können die Auswirkungen von Unschärfen und Heterogenität der Daten noch nicht eingeschätzt werden. Vor allem die bundesweit uneinheitlichen Gruppierungen, wie die Zuordnung von Fachabteilungsschlüsseln, könnten einen Einfluss auf die Analysen haben. Denn für die Leistungsgruppen- Zuordnung ist bei heterogener Kodierung eine manuelle Anpassung erforderlich. Dies gilt unabhängig vom verwendeten Grouper (z.B. InEK-Grouper oder NRW-Grouper).