

Kurzbericht zum BMG-geförderten Forschungsvorhaben

Vorhabentitel	Folgenabschätzung der Auswirkungen der Krankenhausreform 2023
Schlüsselbegriffe	Krankenhausbehandlung, Krankenhausfinanzierung, Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, Krankenhausreform, Folgenabschätzung, Vorhaltevergütung
Vorhabendurchführung	Oberender AG, BinDoc GmbH
Vorhabenleitung	Prof. Dr. Andreas Schmid
Autor(en)/Autorin(nen)	Prof. Dr. Andreas Schmid, Maximilian Schmid, Philipp Leibinger und Markus Heider
Vorhabenbeginn	9. Mai 2023
Vorhabenende	November 2024

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Im Zuge der Erarbeitung des KHVVG wurden die Oberender AG (Auftragnehmer) und die BinDoc GmbH (Unterauftragnehmer) vom BMG (Auftraggeber) beauftragt, eine Abschätzung möglicher Reformfolgen durchzuführen. Die Auftragnehmer führen Simulationen nach dem vom Auftraggeber vorgegebenen Spezifikationen durch. Der Auftraggeber gibt die zeitliche Abfolge der Simulationen wie auch die anzuwendenden Definitionen und Operationalisierungen vor. Die initial starke Rolle von Leveln wurde durch das Eckpunktepapier von Bund und Ländern im Sommer 2023 deutlich eingeschränkt, dafür gab es in späteren Entwürfen des KHVVG (BR-Drs. 235/24; BT-Drs. 20/11854, BT-Drs. 20/13407) neue Instrumente wie das einer Mindestvorhaltezahl. Eine weitere Herausforderung lag in der Verfügbarkeit von geeigneten Daten als auch dem Vorliegen von Definitionen für relevante Parameter, was eine detaillierte Abstimmung mit dem Auftraggeber erforderte.

Das Vorhaben gliedert sich in zwei Phasen mit jeweils zwei Simulationen:

Phase 1: Die ersten zwei Simulationen beruhen auf dem Entwurf eines Basismodells (60 somatische NRW-Leistungsgruppen + 3 weitere). Ziel der ersten Simulation ist es, durch erste quantitative Ergebnisse die Grundüberlegungen zur Reform zu plausibilisieren, sukzessive Modifikationen aufzugreifen und diese in das Basismodell zu integrieren. Ziel der zweiten Simulation liegt in der

Auswertung verschiedener mit dem Auftraggeber abgestimmter Leitfragen mit Fokus auf die Erfüllung von Qualitätskriterien einzelner Leistungsgruppen.

Phase 2: Ziel ist die Implementierung einer interaktiven Form der Folgenabschätzung, die es erlaubt, verschiedene mögliche Ausprägungen konkreter Reformparameter zu testen und die Auswirkungen für das jeweilige Bundesland zu überprüfen (Versorgungsanalyse). Simulation 3 fokussiert die Folgen für die Versorgung der Bevölkerung unter Berücksichtigung von Bedarfen und Angeboten, Simulation 4 den Aspekt der Vorhaltevergütung.

2. Durchführung, Methodik

Phase 1: Datengrundlage bilden die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie das Grouping der Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2021 durch das InEK unter Einsatz eines durch den Auftragnehmer bereitgestellten Groupers. Die Auftragnehmer haben zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die originalen Abrechnungsdaten sondern erhalten nur die auf Standortebene aggregierten Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Für jeden Krankenhausstandort wird ein Leistungsprofil ermittelt, welches hinterlegt, in welchen Leistungsgruppen welcher Umfang an Leistungen erbracht wird.

Phase 2: Datengrundlage bilden die vom InEK bereitgestellten, auf Standortebene aggregierte Daten (Fallzahl, VCMi bzw. Vorhalte-Casemix-Index; je Leistungsgruppe) bzw. auf Ebene der PLZ-5-Regionen (Patienten je Leistungsgruppe). Ergänzt wurden Bevölkerungsdaten des statistischen Bundesamtes. Für geografische Analysen wurden Marktzellen erzeugt mit Information zur Wohnbevölkerung bzw. Patientenherkunft. Diese dienen zur Modellierung etwaiger Neuverteilung von Patienten auf Krankenhausstandorte (Gravitationsmodell).

Die Erstellung einer Versorgungsanalyse ist interaktiv durch den Nutzer oder die Nutzerin vorzunehmen. Ausgehend der Filterdefinitionen (Grenzwert für Mindestvorhaltezah; Bundesland; Leistungsgruppe) werden verschiedene Auswertungen in Form von Karten und Tabellen erzeugt: Im **IST-Zustand** zeigt eine Karte geovisualisiert die Anzahl und Verteilung von Fallzahlen in Abhängigkeit zu den Filterbedingungen. Die Bedarfsabdeckung liefert eine Information zur **Bedarfsnotwendigkeit** im Sinne der Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten in PKW-Fahrzeitminuten. Diverse Kennzahlen zur Versorgungsbedeutung von Krankenhausstandorten können leistungsgruppenspezifisch erzeugt werden. Verschiedene **SOLL-Simulationen** ermöglichen die Anwendung von Mindestvorhaltezahlen oder planerische Eingriffe.

3. Gender Mainstreaming

War in diesem Projekt nicht einschlägig.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Phase 1: Von den 16.233.728 eingeschlossenen vollstationären Krankenhausfällen konnten 16.098.171 Fälle (99,16%) eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. 1.719

Krankenhausstandorte wurden in die Analyse eingeschlossen. Mit 136 Standorten entfällt die kleinste Zahl auf das Level 3. Level 2 und Level 1n liegen mit jeweils über 400 Standorten deutlich darüber. Dazwischen sortieren sich Fachkliniken (325 Standorte) und potentielle Level 1i Kliniken (358 Standorte) ein. Eine Fülle von Leitfragen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien einzelner Leistungsgruppen konnte ausgewertet werden. Hinsichtlich der Leitfragen zeigen die Auswertungen zusammenfassend sowohl das Versorgungspotential, welches durch die Level-Logik eröffnet wird, sowie die Wirkung des Qualitätskriteriums „Verwandte Leistungsgruppen“.

Phase 2: Die Simulationen 3 und 4 sind interaktiv ausgestaltet und können sich auf ein sehr breites Spektrum an Fragestellungen und Auswertungskonstellationen beziehen. Nachfolgend werden exemplarisch einige Auswertungsmöglichkeiten illustriert. Mithin wurden 16.622.485 Fälle berücksichtigt, die an 1.678 Krankenhausstandorten, verteilt auf insg. 28.243 Standort-Leistungsgruppen-Kombinationen, erbracht wurden. Auswertbar ist etwa das Instrument der Mindestvorhaltezah. Gezeigt werden kann, welcher absolute Wert für die Mindestvorhaltezah in Abhängigkeit des jeweils hinterlegten kumulativen Grenzwertes resultiert und in welchem Umfang Krankenhausstandorte Leistungsgruppen auf Basis dieses Instruments bei Anwendung eines 5%-Grenzwertes abgeben müssten als auch die Anzahl der davon betroffenen, d.h. auf andere Standorte umzuverteilenden Patienten.

5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Die Ergebnisse der Simulationen spielten und spielen eine wesentliche Rolle in Entscheidungsprozessen der Länder im Zusammenhang mit der Umsetzung der Krankenhausreform. Dank der Durchführung der Simulationen konnten die zu erwartenden Auswirkungen der Reform in verschiedenen Stadien des Verfahrens (Vorbereitung des Gesetzes, Gesetzgebungsverfahren) aufgezeigt werden.

6. Verwendete Literatur

BMG (2023): Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Bundesregierung (2024): Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). BR-Drs. 235/24.

Regierungskommission (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. BMG. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf, zuletzt geprüft am 10.12.2024.

Schmitt, Jochen; Sundmacher, Leonie; Augurzky, Boris; Busse, Reinhard; Karagiannidis, Christian; Krause, Franz et al. (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung. In: MVF 2024 (03), S. 37–50. DOI: 10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606.