

BKG-Stellungnahme
zum
Entwurf des IQWiG vom 15.09.2025
„Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen“

Das IQWiG veröffentlichte am 15.09.2025 ein Papier, in dem dargelegt wird, wie Mindestvorhaltezahlen nach dem KHVVG hergeleitet werden können (Entwurf für Version 1.0). Das Papier ist aus Sicht der BKG ein „Offenbarungseid“, mit dem sämtliche Kritikpunkte an den Mindestvorhaltezahlen bestätigt werden.

1. Enormer Zuwachs an Komplexität und Bürokratie ohne Mehrwerte.

Für Krankenhäuser in Deutschland existieren seit Jahren zahlreiche Qualitätssicherungsverfahren. Allein in den bundesweiten Verfahren werden über 400 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgewertet. Hinzu kommen Qualitätsverträge, Zertifikate und Qualitätssiegel sowie umfangreiche Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Mit dem KHVVG werden zu den bereits bestehenden Strukturrichtlinien weitere bundeseinheitliche Qualitätskriterien verpflichtend.

Statt die bestehenden Instrumente zu nutzen und weiterzuentwickeln, setzt der Gesetzgeber mit dem KHVVG zusätzlich auf ein weiteres neues, gänzlich unerprobtes Instrument. **Wie komplex und theoretisch das angestrebte Verfahren der Etablierung von Mindestvorhaltezahlen voraussichtlich sein wird, zeigt sich beim Blick auf das Papier des IQWiG (S. 6):**

Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen

Entwurf für Version 1.0 vom 15.09.2025

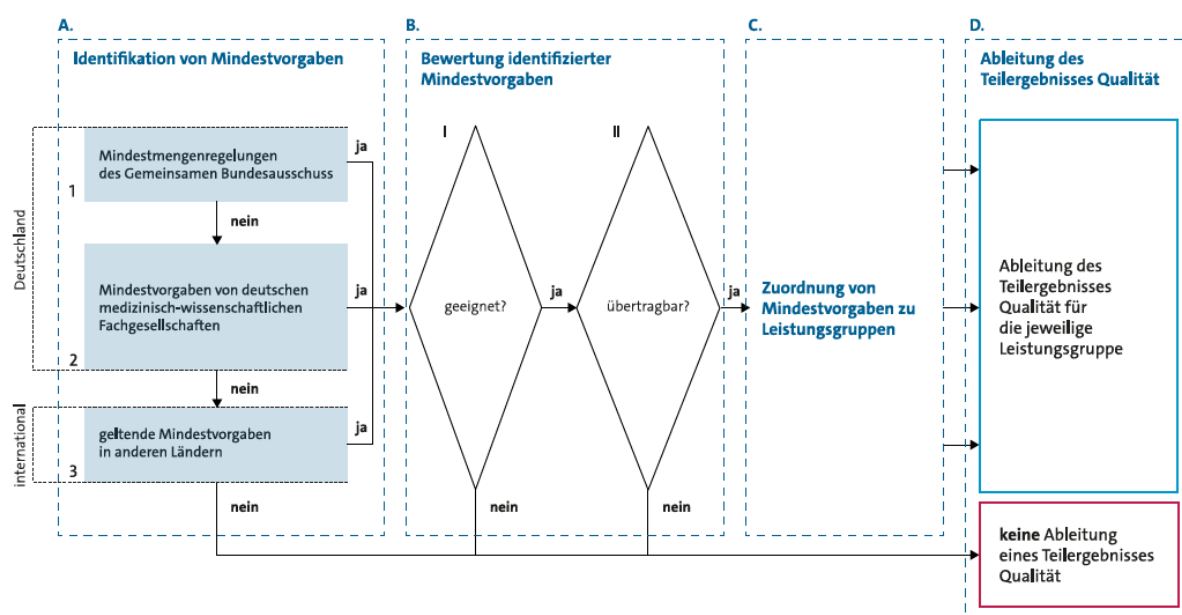


Abbildung 1: Vorgehen bei der Ermittlung der Mindestvorgaben zur Ableitung des Teilergebnisses aus der Qualitätsanalyse

Quelle: IQWiG, Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen, Entwurf für Version 1.0 vom 15.09.2025

2. Schaffung eines neuen, unerprobten Instrumentes, statt auf das etablierte System der Mindestmengen zu setzen.

G-BA-Mindestmengen werden vom IQWiG als Ausgangspunkt für die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gesehen. Mindestmengen existieren seit mehr als 20 Jahren für unterschiedliche medizinische Leistungen und wurden in den vergangenen Jahren stetig ausgebaut. Sie sind ein anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung.

Mindestmengen und Mindestvorhaltezahlen verfolgen dasselbe Ziel (Qualitätssteigerung und Vermeidung von Gelegenheitsversorgung), beziehen sich auf denselben Kontext (stationär) und legen eine bestimmte Leistungsmenge fest als Voraussetzung, diese weiterhin abrechnen zu können. Anders als Mindestmengen werden Mindestvorhaltezahlen deren Anspruch an Evidenz, Transparenz und Flexibilität jedoch nicht gerecht.

Warum der Gesetzgeber statt einer Weiterentwicklung der Mindestmengen Mindestvorhaltezahlen forciert, bleibt aus medizinischer und Versorgungssicht schleierhaft.

3. Unkalkulierbare Auswirkungen auf die Versorgung.

Das IQWiG wägt drei verschiedene Szenarien gegeneinander ab, wie Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang gebracht werden können. Deziert weist das IQWiG dabei auf die möglichen negativen Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung durch eine hohe Mindestvorhaltezahl hin:

„Eine sehr hohe Mindestvorhaltezahl und der damit einhergehende Zentralisierungseffekt bergen das Risiko temporärer Schwierigkeiten bei der Sicherstellung einer ausreichend wohnortnahen Versorgung, weil die verbleibenden Krankenhäuser im Umkreis ggf. nicht die Versorgung sämtlicher umzuverteilender Patientinnen und Patienten kurzfristig übernehmen können. Insbesondere stellen notwendige Anpassungsprozesse für den Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten und die Umverteilung von Gesundheitsfachpersonal eine Herausforderung dar. Die Auswirkungen bzw. mögliche Personalengpässe durch die Notwendigkeit der Umverteilung von Personal und somit ihr Einfluss auf die Dauer des Transformationsprozesses der Krankenhauslandschaft sind aktuell noch nicht absehbar, da sie von verschiedenen Aspekten, wie individuellen Präferenzen (z. B. Bereitschaft umzuziehen, Anforderungen an die Arbeitsstelle) und der Entfernung zu alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten abhängen.“ (S. 24)

Die genannten Faktoren gilt es unbedingt zu berücksichtigen, doch steht die Befürchtung im Raum, dass das theoretische und starre Konstrukt der Vorhaltezahlen die regionalen Gegebenheiten überhaupt nicht berücksichtigen kann. Die Versorgung droht unkalkulierbar auszu-dünnen.

4. Mindestvorhaltezahlen drohen an Versorgungsrealität vorbeizugehen.

„Holzschnittartig“ adressiert das IQWiG das Problem, dass sich bestehende Mindestvorgaben (G-BA-Mindestmengen und Mindestvorgaben von deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften) nicht 1:1 auf die Leistungsgruppen übertragen lassen. Bei einer sog. „Teilabdeckung“ soll die Teil-Leistungsmenge einer (komplexen) Leistung mit Mindestvorhaltezahl die gesamte Leistungsgruppe prägen können. Ob diese Vorgehensweise praktisch sinnvoll ist, erscheint fraglich. Insbesondere bei den beiden Leistungsgruppen 1 (Allgemeine Innere Medizin) und 14 (Allgemeine Chirurgie) können sich daraus praktische Probleme ergeben.

Hinzu kommt eine weitere Problematik: Sofern keine Mindestmengen für eine Leistung definiert sind, sollen Mindestvorgaben der Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Selbst Mindestvorgaben, die bisher planerisch von den Ländern angewendet werden, sollen dahinter zurückstehen (siehe Abbildung). Die medizinischen Fachgesellschaften könnten in kurzer Zeit weitere Empfehlungen erstellen, gänzlich ohne Blick auf Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) bzw. praktische personelle Verfügbarkeit. Als Mindestvorgabe soll die niedrigste Zertifizierungsstufe ausreichen.

Mindestvorhaltezahlen sind ein theoretisches Konstrukt, das nicht die politische Zielvorstellung einer flächendeckenden Versorgung berücksichtigt.