



Krankenhaus- reform

Vorhaltebudget, Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben -
Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Krankenhäuser

Martin Heumann, Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.



Deutscher Anwaltverein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht



**KRANKENHAUS
ZWECKVERBAND**
RHEINLAND

Copyright bitte beachten

- Dieser Vortrag ist ausschließlich und persönlich bestimmt für die Teilnehmenden an der 25. Frühjahrstagung der AG Medizinrecht am 28. März 2025 in Mannheim.
- Der Vortrag darf nicht ohne vorherige Absprache an Dritte weitergegeben werden.
- Auch das Herauskopieren von Teilen ist nicht bzw. nur nach vorheriger Abstimmung gestattet.
- Rechte an den Inhalten liegen beim Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.



Was ich für Sie vorbereitet habe:

- Wichtige Meilensteine in der Krankenhausfinanzierung
- Die Klinikreform – Big Points
 - Wichtige Gesetze im Blick behalten
 - Vorhaltefinanzierung
 - Leistungsgruppen und Qualitätskriterien
 - Mindestvorhaltezahlen
- Zusammenfassung und Ausblick





28

Köln
Stadt

48

Köln-Land/
Bonn

25

Nieder-
rhein

15

Bergisches
Land

10

Universitäts-
klinika

16

Aachen

21

Mittlerer
Niederrhein

11

Krefeld/
Viersen

16

Essen

9

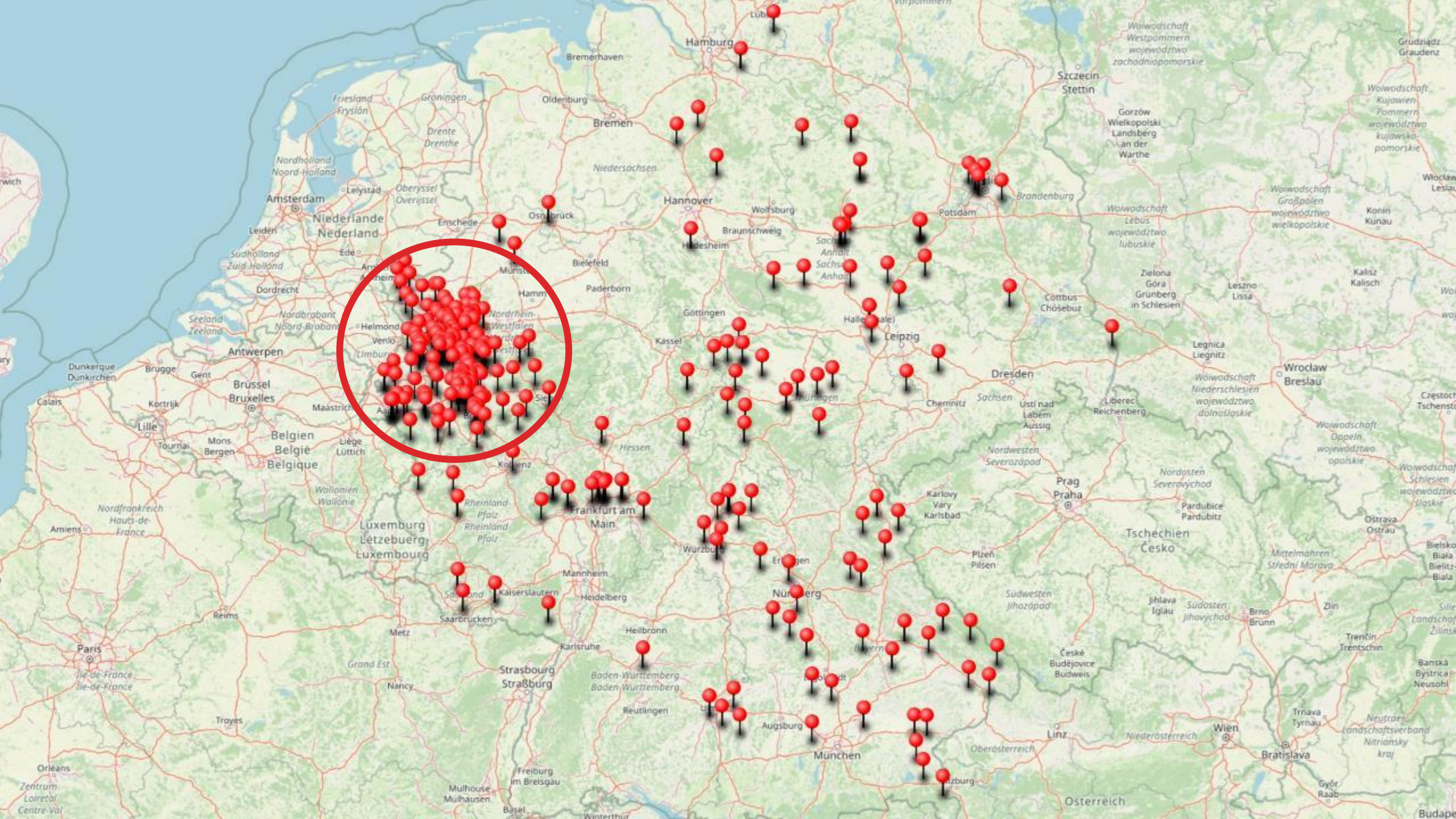
Sachsen-
Anhalt VKLK

43

Bayern
KKB

24

Mittel-
deutschland





Wir unterstützen unsere Mitglieder umfassend bei den Budget- und Entgeltverhandlungen



Wir stellen Benchmarking-Daten für viele Bereiche zur Verfügung

Also: Kein politischer Verband, sondern einer, der versucht den Häusern dabei zu helfen, die politischen Vorstellungen und Vorgaben in die Praxis umzusetzen.



KRANKENHAUS

Wichtige Meilensteine in der Krankenhausfinanzierung

1972 kam das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

- Mit ihm wurde die **duale Krankenhausfinanzierung** eingeführt, die es bis heute gibt.
- Bedeutet:
 - **Investitionskosten** (z. B. Neubauten oder neue Geräte) werden grundsätzlich von den **Bundesländern** getragen.
 - **Betriebskosten** (also alle Kosten, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen) werden von den **Krankenkassen** finanziert (damals zunächst nur über allgemeine Pflegesätze pro Tag finanziert).

Was passierte im Laufe der Zeit durch die duale Krankenhausfinanzierung?

- Die Bundesländer kamen aufgrund wirtschaftlicher Probleme in den Haushalten im weniger ihrer Verantwortung nach, den notwendigen Investitionsbedarf in ausreichendem Umfang zu refinanzieren.
- Statt eigentlich notwendiger 9% vom Betriebskosten-Budget finanzierten sie im Laufe der Zeit immer weniger, häufig sogar je nach Bundesland weniger als die Hälfte des tatsächlichen Bedarfs.
- So standen im Jahr 2021 einem ermittelten Investitionsbedarf von 6,7 Mrd. Euro lediglich etwa 3,3 Mrd. Euro an tatsächlichen Zahlungen gegenüber.

Was passierte im Laufe der Zeit durch die duale Krankenhausfinanzierung?

- Es resultierte eine erhebliche Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Investitionskostenbereich und damit ein riesiger Investitionsstau, der sich bis heute immer weiter vergrößert hat.
- Wer sein Krankenhaus in Schuss halten wollte, war gezwungen, eigene Mittel zu erwirtschaften, um den Investitionsbedarf zu decken.
- Sprich: Die Krankenhäuser waren gezwungen, auf breiter Front, nämlich bei den Betriebskosten zu sparen, um die Lücke bei den Investitionskosten zu schließen.
- Viele sparten vor allem bei größten Kostenblock: In der Pflege!

Bisherige Krankenhausfinanzierung und ihre Probleme

- Nach einem weiteren Zwischenschritt, während dessen die Betriebskosten für bestimmte Leistungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte und der Rest über Abteilungs- und Basispflegesätze finanziert wurde, kam in den Jahren 2003 und 2004 der nächste große Schritt:
- Die Einführung eines DRG-Systems. Das sind diagnosebezogene Fallpauschalen.
- Mehr oder weniger jeder Fall wurde anhand von Diagnosen und Prozeduren in eine DRG umgewandelt, die wiederum den durchschnittlichen kostenseitigen Aufwand für diesen Patienten widerspiegeln sollte.
- Damit wurde eine Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten etabliert, die deutlich leistungsgerechter war als die Finanzierung über Basis- und Abteilungspflegesätze, weil sie jeden Einzelfall (wenn auch pauschal) kostenseitig bewertete.

Bisherige Krankenhausfinanzierung und ihre Probleme

- Mehr und ausreichend Geld kam aber durch die Einführung der DRGs nicht ins System.
- Der Mangel wurde nur besser verwaltet.
- Wegen einer systemimmanenten gesetzlich vorgeschriebenen Unterfinanzierung der Betriebskosten kamen die Krankenhäuser wirtschaftlich von Jahr zu Jahr stärker unter Druck.
- Gleichzeitig verschärfte sich das Investitionskosten-Refinanzierungs-Problem ebenfalls weiter von Jahr zu Jahr.
- Die Folge war, dass die Krankenhäuser immer größeren Sparzwängen unterworfen waren.
- Das wiederum hatte zur Folge, dass mehr und mehr im Pflegedienst gespart wurde, was letztlich dazu führte, dass die Pflege in den Krankenhäusern als so schlecht eingestuft wurde, dass politischer Handlungsbedarf gesehen wurde.

Bisherige Krankenhausfinanzierung und ihre Probleme

- Daraufhin wurden im Jahr 2020 die Pflegekosten aus den Fallpauschalen/DRGs herauskalkuliert.
- Seitdem wird zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen jährlich pro Standort ein Pflegebudget auf der Basis von entstandenen Ist-Kosten verhandelt.
- Speziell für diesen Bereich wurde also das Prinzip der Selbstkostendeckung wieder eingeführt.
- Das ist – grob gesagt - bis heute der Stand der Dinge:

Bisherige und zukünftige Krankenhausfinanzierung

Vor 2020



2020-2026



Reform der Krankenhausversorgung

Lauterbach beruft Regierungskommission

02.05.2022, 15:46 Uhr



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat eine Regierungskommission zur Reform der Krankenhausversorgung berufen.

Besetzt ist das Gremium mit 15 Expertinnen und Experten aus Pflege und Medizin, Ökonomie, Rechtswissenschaften und einem an das Ressort angebundenen Koordinator, wie das Bundesgesundheitsministerium am Montag mitteilte.



Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe

Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung

Tagesbehandlung im Krankenhaus zur
Entlastung der Krankenhäuser und des Ge



Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Siebte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine mod- erne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Weiterentwicklung der Quali-
täts- und des klinischen Risikomanagement
(QS, QM und kRM)
Mehr Qualität – weniger Büro

Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Notfall- und Akut-
versorgung in
Deutschland
Notfallzentren und
stellen

Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhaus- versorgung

Verbesserung von Qualität und
Sicherheit der Gesundheitsversorgung
Potenzialanalyse anhand exemplarischer
Erkrankungen

Sechste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Empfehlungen der Regierungskommission
für eine kurz-, mittel- und langfristige
Reform der konservativen und operativen
Kinder- und Jugendmedizin

Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Notfall- und Akutversorgung:
Stand und Finanzierung

Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Überwindung der Sektorengrenzen des
deutschen Gesundheitssystems

Ziele des Gesetzgebers

- Die Behandlungsqualität soll gesteigert werden.
- Eine flächendeckende Versorgung soll gewährleistet werden
- Entbürokratisierung
- Auswahlentscheidungen sollen erleichtert und die Transparenz erhöht werden
- Weniger stationär, mehr ambulant
- Die Effizienz in der Krankenhausversorgung soll gesteigert werden
- „Überwindung“ der Fallpauschalen



Wie sollen die Ziele erreicht werden?

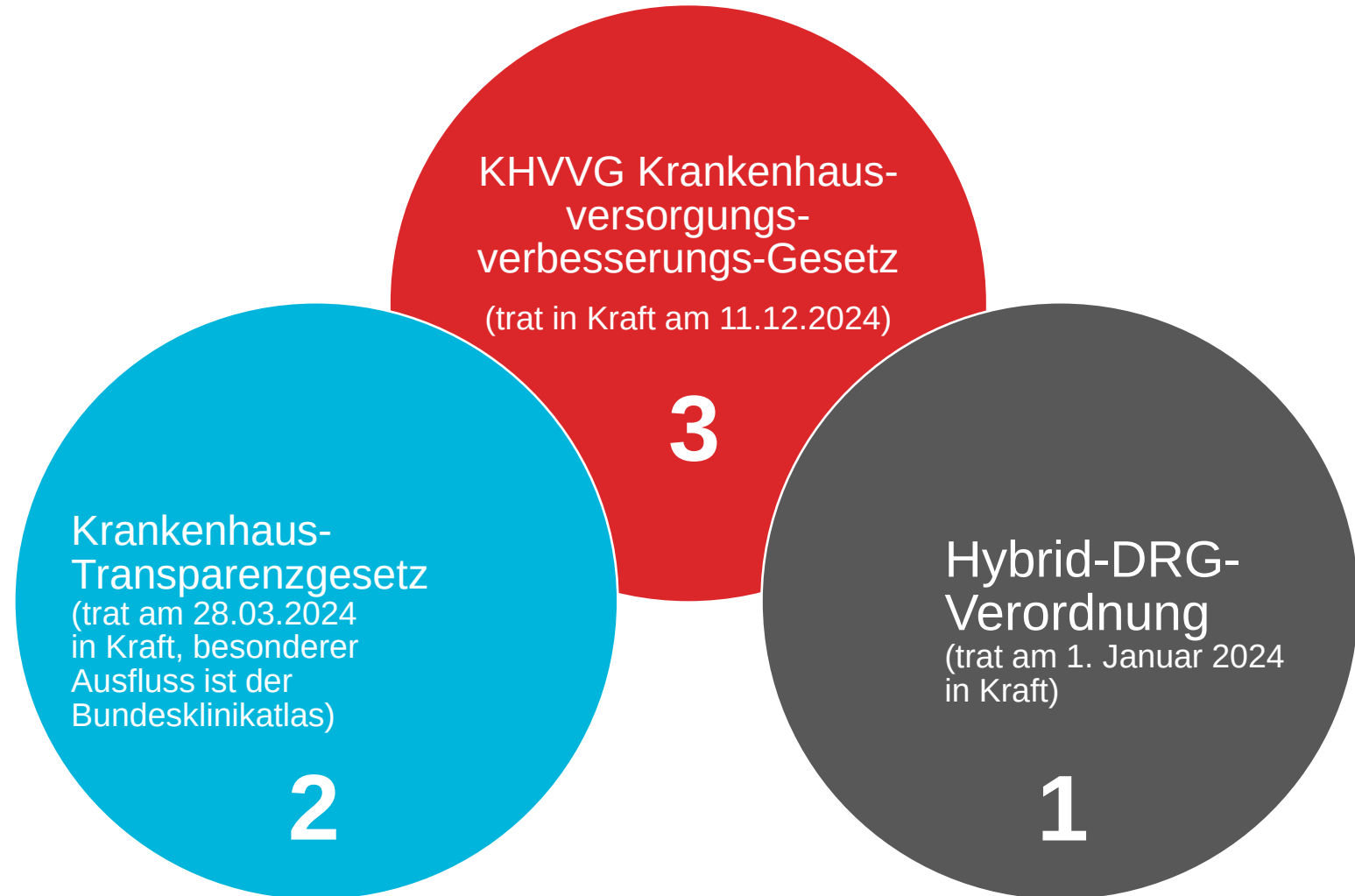
Wie sollen die Ziele erreicht werden?

- Leistungsangebote sollen konzentriert werden
- Krankenhausstandorte sollen reduziert werden
- Bisherige Finanzierung soll durch Einführung einer Vorhaltefinanzierung deutlich verändert werden



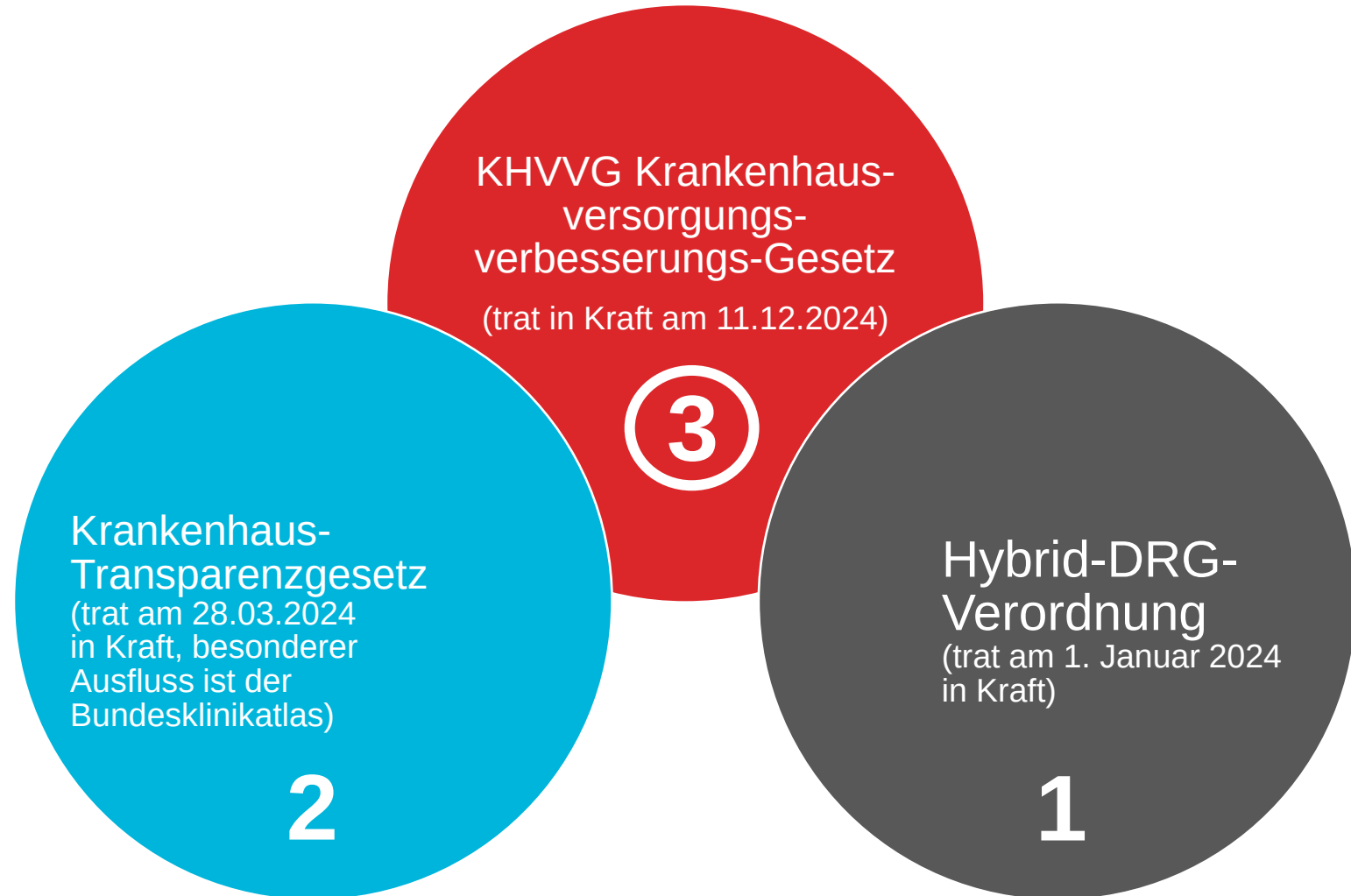
Drei Gesetze bzw. Verordnungen im Blick behalten

Es ist nicht ganz leicht, im Hinblick auf die Klinikreform den Überblick zu behalten.



Drei Gesetze bzw. Verordnungen im Blick behalten

Es ist nicht ganz leicht, im Hinblick auf die Klinikreform den Überblick zu behalten.



KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung kommt

(zunächst budgetneutral 2026/27, dann zweijährige Konvergenzphase 28-29)

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

(Level-1i-Häuser)

Option auf einen höheren Preis durch Berücksichtigung des **vollen Orientierungswerts**

Einführung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

als Planungsgrundlage statt Fachabteilungen und Betten



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024 Ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024 Nr. 400

Gesetz
zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom 5. Dezember 2024

Zusätzliche finanzielle Mittel über verschiedene Förderprogramme, denen aber auch zusätzliche Kosten entgegenstehen

Einführung einer vollständigen **Tarifikostenrefinanzierung** für alle Beschäftigten (unterjährig umsetzbar)

Einführung von sog. **Mindestvorhaltezahlen** je Leistungsgruppe (im Grunde Mindestmengen, die die Standorte machen müssen)

Ausschluss sog. Gelegenheitsversorger von onko-chirurgischen Leistungen

Neue Besondere Einrichtungen (Kinder, Menschen mit Behinderung) mit verbesserter Finanzierung durch Herausnahme aus dem DRG-System

Einrichtung eines **Transformationsfonds** zur Finanzierung notwendiger Umstrukturierungsprozesse (50 Milliarden € über 10 Jahre)

KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung

**Sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtungen**

Voller Orientierungswert

**Leistungsgruppen und
Qualitätskriterien**



**Zusätzliche finanzielle
Mittel über
Förderprogramme**

**Mindestvorhaltezahlen
je Leistungsgruppe**

**Tarifikostenrefinanzierung
für alle Beschäftigten**

**Ausschluss sog.
Gelegenheitsversorger**

**Neue Besondere
Einrichtungen
(Kinder, Menschen mit Behinderung)**

Transformationsfonds

KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung

**Sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtungen**

**Ausschluss
Gelegenheitsversorger**

**Leistungsgruppen und
Qualitätskriterien**



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024

Nr. 400

Gesetz
zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform
der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom 5. Dezember 2024

**Zusätzliche finanzielle
Mittel für Unis**

**Mindestvorhaltezahlen
je Leistungsgruppe**

**Tarifikostenrefinanzierung
für alle Beschäftigten**

**Voller Orientierungswert
beim LBFW**

**Neue Besondere
Einrichtungen**
(Kinder, Menschen mit Behinderung)

Transformationsfonds

Big Point: Vorhaltefinanzierung

- Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung soll laut Gesetzgeber dazu dienen, die Vorhaltung von Strukturen an Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung finanziell abzusichern.
- Als politisches Ziel wird angegeben, dass die Krankenhäuser zukünftig unabhängig von ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten eine Vorhaltevergütung erhalten sollen.
- So ein bisschen wie bei der Feuerwehr, die ja auch bezahlt wird, wenn es nicht brennt.



Big Point: Vorhaltefinanzierung

- Bei manchem ist das so angekommen, als ob die hausindividuellen Vorhaltekosten mit den Krankenkassen verhandelt und in einem hausindividuellen Vorhaltebudget gebündelt werden, das dann unabhängig von der hausindividuellen Leistungsentwicklung langfristig zur Verfügung steht.
- Andere denken, es würden tatsächlich auf Basis von Vorhaltekosten (was immer das genau ist) Vorhaltepauschalen kalkuliert, die dann unabhängig von der Erbringung von Leistungen zur Abrechnung kommen würden.
- Beides ist nicht der Fall.



Big Point: Vorhaltefinanzierung

- Und zusätzliche finanzielle Mittel sind im Zuge der Einführung der Vorhaltefinanzierung schon mal gar nicht vorgesehen.
- Stattdessen werden die Mittel für die Vorhaltevergütung durch Absenkung der bestehenden Fallpauschalen generiert.
- Die so generierten Gelder werden auf Landesebene zusammengezogen und dann auf die Krankenhäuser im Bundesland zurückverteilt.



Big Point: Vorhaltefinanzierung

- Die Idee ist also nicht, mehr Geld für die Vorhaltung von Leistung ins System zu geben.
- Sondern einen bestimmten Anteil des Geldes, das derzeit an die Krankenhäuser fließt, zukünftig anders auf die Krankenhäuser zu verteilen.
- Nämlich nur noch an die Krankenhäuser, denen bestimmte Leistungsgruppen vom Land zugewiesen wurden.



Big Point: Vorhaltefinanzierung

- Also reden wir über eine Umverteilung von riesigen Geldmengen.
- Tendenziell weg von kleinen Häusern hin zu großen Krankenhäusern, weil große Häuser von der geplanten Umverteilung von Leistungen profitieren und auf diesem Weg auch mehr von dem „Vorhaltekuchen“ auf Landesebene abbekommen werden.



- Wieviel Vorhaltebudget jeder Standort vom gesamten landesweiten Vorhaltebudget bekommt, wie groß also das hausindividuelle Stück am Gesamt-Vorhaltekuchen ist, das hängt von zweierlei ab:
 - Von der Fallzahl, die der Standort in bestimmten Jahren erbringt.
 - Und von der Fallzahl, die insgesamt im Bundesland erbracht wird.
- Wer zukünftig wieviel Vorhaltebudget bekommt, kann heute noch niemand seriös sagen.
- Tendenziell dürften aber große Häuser eher profitieren, kleine eher nicht.



Vorhaltefinanzierung – Kompliziert, aber ohne die gewünschte Wirkung?

- Eigentlich soll ja die Vorhaltefinanzierung den wirtschaftlichen Druck von den Häusern nehmen und die Anreize reduzieren, aus wirtschaftlichen Gründen „in die Menge zu gehen“.
- Das Gegenteil ist der Fall.
- Denn: Die Einnahmen eines Standortes hängen trotz der geplanten Vorhaltefinanzierung weiterhin stark davon ab, wie sich seine Fallzahlen entwickeln, oder alternativ, in welcher Höhe Plan-Fallzahlen je Leistungsgruppe diesem Standort zugewiesen werden...
- ...so dass der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Erlösen zwar komplizierter geworden ist und sich teilweise zeitlich verschoben hat.
- Aber der Zusammenhang ist weiterhin da, so dass eine „Entökonomisierung“ nicht zu erkennen ist.



Vorhaltefinanzierung – Kommt sie so wie geplant? § 6b KHEntgG

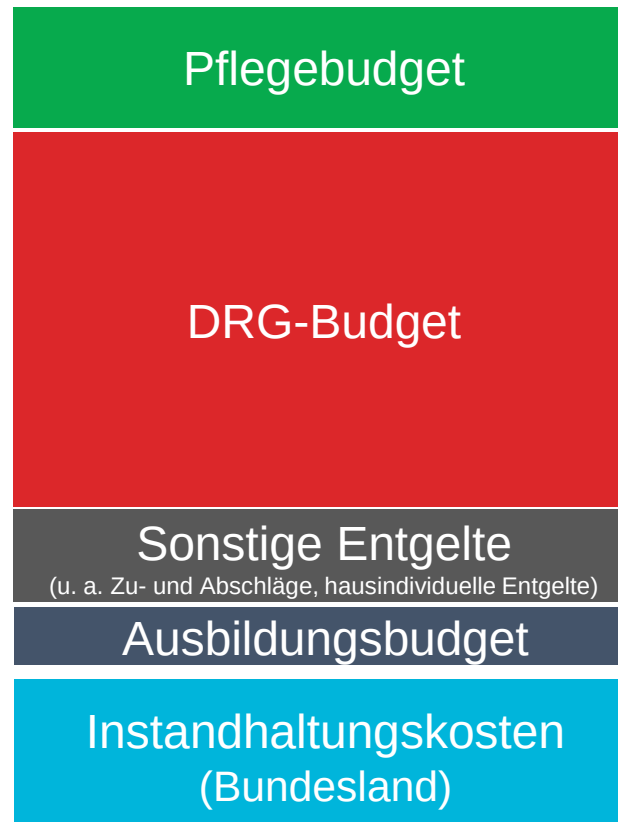
- Viele sind bis zu den aktuellen Koalitionsgesprächen davon ausgegangen, dass die Vorhaltefinanzierung, wie sie bislang im Gesetz steht, nicht umgesetzt wird.
 - Weil sie einerseits sehr kompliziert geregelt ist.
 - Aber auch und insbesondere, weil wegen der nach wie vor hohen Bedeutung der Leistungsmenge bei der Verteilung des Geldes das eigentliche Ziel verfehlt wird (nämlich, dass ein Krankenhaus, ähnlich wie die Feuerwehr, zu einem gewissen Teil auch dann finanzielle Mittel erhält wird, wenn gar keine Leistung erbracht wird, einfach nur deshalb, damit es im Bedarfsfall einsatzbereit ist).
- Aber: Bislang gibt es keine Zeichen aus den Koalitionsgesprächen, dass die Vorhaltefinanzierung, so wie sie zurzeit im Gesetz vorgesehen ist, noch einmal grundlegend überarbeitet werden soll.
- Von daher müssen wir nun bis auf Weiteres davon ausgehen, dass sich die Krankenhausfinanzierung mit dem KHVVG maßgeblich ändern wird.

Bisherige und zukünftige Krankenhausfinanzierung

Vor 2020



2020-2026



Ab 2027



KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung

Sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtungen

Ausschluss
Gelegenheitsversorger

Leistungsgruppen und
Qualitätskriterien



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024

Nr. 400

Gesetz
zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform
der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom 5. Dezember 2024

Zusätzliche finanzielle
Mittel für Unis

Mindestvorhaltezahlen
je Leistungsgruppe

Tarifikostenrefinanzierung
für alle Beschäftigten

Voller Orientierungswert
beim LBFW

Neue Besondere
Einrichtungen
(Kinder, Menschen mit Behinderung)

Transformationsfonds

Bedeutung der vom Land zugewiesenen Leistungsgruppen

Wichtig vorab, warum die Leistungsgruppen so wichtig sind:

- Die insgesamt 65 definieren zukünftig den Versorgungsauftrag des Krankenhauses.
- Es wird ab 2027 nicht zulässig sein, Entgelte außerhalb des Versorgungsauftrags abzurechnen, also Entgelte für Leistungen, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe zugeordnet wurde (außer Notfälle).
- Außerdem erhalten Krankenhäuser nur für diejenigen Leistungsgruppen ein Vorhaltebudget,
 - ...die ihnen durch die jeweilige Planungsbehörde des Landes zugewiesen wurden,
 - ...was wiederum in der Regel nur dann geschieht, wenn der Standort die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe nachweislich erfüllt.
- Auch wichtig: Ein Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht, auch nicht, wenn die Qualitätskriterien erfüllt werden.

Leistungsgruppen

13 Internistische Leistungsgruppen

Könnte gemäß Koalitionspapier wieder gestrichen werden

Abweichend von NRW
nur im Bund

Allgemeine
Leistungsgruppe

1 Allgemeine Innere Medizin	2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	3 Infektiologie Im Vergleich zum NRW- System zusätzlich	4 Komplexe Gastroenterologie	5 Komplexe Nephrologie
6 Komplexe Pneumologie	7 Komplexe Rheumatologie	8 Stammzelltrans- plantation	9 Leukämie und Lymphome	10 EPU/Ablation
11 Interventionelle Kardiologie	12 Kardiale Devices	13 Minimalinvasive Herzklappeninter- vention		

*Allgemeine Leistungsgruppen werden unter anderem „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definiert. Spezifische Leistungsgruppen, wie z.B. die Leistungsgruppe LG 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention, werden überwiegend über Prozeduren (OPS) und/oder Diagnosen (ICD-10) definiert;

Leistungsgruppen

21 Chirurgische Leistungsgruppen

14
Allgemeine Chirurgie

15
Kinder- und Jugend-
chirurgie

16
Spezielle Kinder- und
Jugendchirurgie

17
Plastische und
Rekonstruktive
Chirurgie

18
Baucharotten-
aneurysma

19
Carotis operativ/
interventionell

20
Komplexe periphere
arterielle Gefäße

21
Herzchirurgie

22
Herzchirurgie –
Kinder und
Jugendliche

23
Endoprothetik Hüfte

24
Endoprothetik Knie

25
Revision
Hüftendoprothese

26
Revision
Knieendoprothese

27
Spezielle
Traumatologie

28
Wirbelsäuleneingriffe

29
Thoraxchirurgie

30
Bariatrische Chirurgie

31
Lebereingriffe

32
Ösophaguseingriffe

33
Pankreaseingriffe

34
Tiefe Rektumeingriffe

Leistungsgruppen

31 Weitere Leistungsgruppen

Abweichend von NRW
nur im Bund

Allgemeine
Leistungsgruppe

35 Augenheilkunde	36 Haut- und Geschlechtskrank- heiten	37 MKG	38 Urologie	39 Allgemeine Frauen- heilkunde
40 Ovarial-CA	41 Senologie	42 Geburten	43 Perinataler Schwerpunkt	44 Perinatalzentrum Level 1
45 Perinatalzentrum Level 2	46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	48 Kinder-Hämatologie, -Onkologie, -Stammzellentrans.	49 Kinder-Hämatologie, -Onkologie, -Leukämie -Lymphome

Leistungsgruppen

31 Weitere Leistungsgruppen

Abweichend von NRW
nur im Bund

Änderungen bei den
Q-Kriterien beachten

50
HNO

51
Cochleaimplantate

52
Neurochirurgie

53
Allgemeine Neurologie

54
Stroke Unit

55
Neuro-Frühreha
(NNF, Phase B)

56
Geriatric

57
Palliativmedizin

58
Darmtransplantation

59
Herztransplantation

60
Lebertransplantation

61
Lungentransplantation

62
Nierentransplantation

63
Pankreastransplan-
tation

64
Intensivmedizin

65
Notfallmedizin

Leistungsgruppenausschuss wird eingerichtet

Leistungsgruppenausschuss wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet

Donnerstag, 9. Januar 2025



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/Curioso.Photography, stock.adobe.com

- Sowohl die Leistungsgruppen als auch die Qualitätskriterien sollen zukünftig
 - durch das BMG
 - im Anschluss an ein ziemlich komplexes, vierstufiges Verfahren
 - durch Rechtsverordnung festgelegt und weiterentwickelt werden (§ 135e SGB V).
- Das könnte sich aber noch ziehen. Der erste dafür vorgesehene Termin ist der 31.03.2025. Und der wird definitiv nicht gehalten.
- Bis dahin gelten die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien aus der Anlage 1 zum KHVVG (in Anlehnung an die Krankenhausplanung NRW).

Beispiel: Qualitätskriterien der LG 11

Drucksache 20

Welche verwandten LG müssen noch vorhanden sein?

Welche sachliche Ausstattung muss vorhanden sein?

20. Welche personelle Ausstattung muss vorhanden sein?

Welche sonstigen Struktur- und Prozesskriterien müssen vorhanden sein?

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche	Katheterlabor, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen gemäß § 28 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß § 13ff oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallstufe gemäß §§ 18ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde

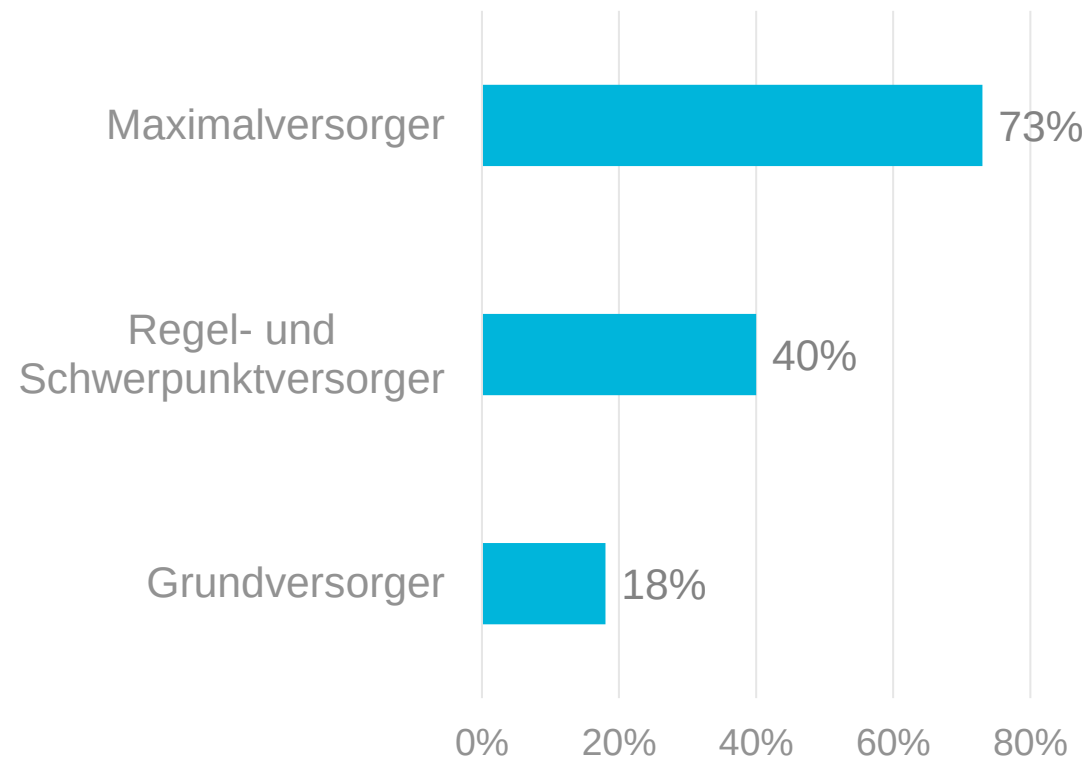
Wird auf Sicht ggf. alles überarbeitet, ergänzt und ersetzt durch eine Rechtsverordnung

- Der MD wird zukünftig regelmäßig überprüfen, ob die Standorte die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten, die ihnen zugewiesen wurden.
- Nach der Prüfung wird ein MD-Gutachten erstellt, mit dem dann nachgewiesen wird, dass die Qualitätskriterien am Standort erfüllt werden.

- Wichtig: Bei negativem MD-Gutachten ist die Leistungsgruppe i. d. R. futsch! 
- Es ist wichtig, dass man sich das sehr klar macht: Wenn der MD zu der Erkenntnis kommt, dass ein gefordertes Qualitätsmerkmal nicht erfüllt wird, dann kann bzw. darf das Land die Leistungsgruppe i. d. R. nicht zuweisen.
- Damit geht die Krankenhausplanung ein Stück weit vom Land auf den MD über, dem so mancher aufgrund seiner ursprünglichen Verankerung im Kassenlager die Neutralität abspricht, die er eigentlich haben sollte.
- Auch wenn es Ausnahmen gibt, die zu beachten sind und die gemäß den Ergebnissen der Koalitionsgespräche mit Blick auf die Grundversorgung vor allem in ländlichen Regionen erweitert werden sollen!

Wie sieht der Erfüllungsgrad bei den Q-Kriterien zur Zeit aus?

Wir können die Qualitätskriterien
der Leistungsgruppen erfüllen



Mehrheit der Kliniken kann Leistungsgruppen nicht erfüllen

Montag, 18. November 2024



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



/upixa, stock.adobe.com

Berlin – Die Mehrheit der kleinen und mittleren Krankenhäuser in Deutschland können die geplanten Personalvorgaben der Leistungsgruppen, die im Rahmen der Krankenhausreform eingeführt werden sollen, im Status Quo nicht erfüllen. Das zeigt eine aktuelle Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI).

KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung

Sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtungen

Ausschluss
Gelegenheitsversorger

Leistungsgruppen und
Qualitätskriterien



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024

Nr. 400

Gesetz
zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform
der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom 5. Dezember 2024

Zusätzliche finanzielle
Mittel für Unis

Mindestvorhaltezahlen
je Leistungsgruppe

Tarifikostenrefinanzierung
für alle Beschäftigten

Voller Orientierungswert
beim LBFW

Neue Besondere
Einrichtungen
(Kinder, Menschen mit Behinderung)

Transformationsfonds

- Für jede Leistungsgruppe gilt zukünftig eine sog. Mindestvorhaltezahl.
- Unter einer Mindestvorhaltezahl versteht der Gesetzgeber eine Mindestzahl an vom jeweiligen Krankenhausstandort erbrachten Behandlungen.
- Ohne Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen durch den jeweiligen Standort gibt's keine Vorhaltevergütung für diese Leistungsgruppe. Das gilt bereits ab 2027!!

- Das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) soll zukünftig wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen zu erarbeiten.
- Ein nationales oder internationales Vorbild gibt es dafür nicht.
- Dabei soll die Empfehlung in Form eines Perzentils der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe erfolgen.
- In der Begründung wird beispielhaft vom 20. Perzentil gesprochen.
- Das 20. Perzentil ist ein statistischer Wert, der angibt, dass 20 % der betrachteten Werte unterhalb dieses Werts liegen – und entsprechend 80 % darüber.

20. Perzentil: 50 von 234 Leistungserbringern verlieren „die Lizenz“

Fallzahl in LG

"LG027 - Spezielle Traumatologie"



- Die Mindestvorhaltezahlen sollen ab dem Jahr 2027 gelten und könnten erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft haben.
- Die DKG in einer Stellungnahme:
„Die Mindestvorhaltezahlen und der zu deren Bestimmung vorgesehene fragwürdige Perzentilansatz greifen weit über den NRW-Ansatz hinaus tief in die Krankenhausstrukturen ein und werden dazu führen, dass eine nennenswerte Anzahl Krankenhäuser aufgrund willkürlicher normativer Vorgaben aus einzelnen Versorgungsbereichen ausscheiden wird“

KHVVG: Die wichtigsten Inhalte im Überblick

Vorhaltevergütung

**Sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtungen**

**Ausschluss
Gelegenheitsversorger**

**Leistungsgruppen und
Qualitätskriterien**

Es gäbe noch viel zu
sagen, aber die Uhr
tickt!

**Zusätzliche finanzielle
Mittel für Unis**

**Mindestvorhaltezahlen
je Leistungsgruppe**

Tarifkostenrefinanzierung
für alle Beschäftigten

**Voller Orientierungswert
beim LBFW**

**Neue Besondere
Einrichtungen**
(Kinder, Menschen mit Behinderung)

Transformationsfonds

Zusammenfassung und Ausblick



- Auch wenn die konkreten Folgen durch das komplexe Zusammenspiel von Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen nur schwer absehbar sind:
- Viele, vor allem kleinere Krankenhäuser werden voraussichtlich in Bezug auf die Art der Leistungen, die sie zukünftig noch erbringen, vereinbaren und abrechnen dürfen, deutlich eingeschränkt.
- Wie in NRW ist auch in anderen Bundesländern mit einer Vielzahl von Klagen zu rechnen, weil es für viele Krankenhäuser um nicht weniger als ihre Existenz gehen wird..
- Damit dürfte eine reduzierte Auslastung und damit eine erhebliche finanzielle Schwächung dieser Krankenhäuser einhergehen.
- Das kommt zu der ohnehin wirtschaftlich extrem angespannten Situation in den Krankenhäusern noch hinzu.

- Eine prognostizierte durchschnittliche operative Umsatzrendite von -5% lässt grüßen.
- Das geht nicht lange gut und wird dazu führen, dass viele Krankenhäuser zukünftig aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr in der Lage sein werden, an der Versorgung teilzunehmen (kalter Strukturwandel).
- Wenn kleinere Krankenhäuser vom Markt gehen, müssten größere Krankenhäuser die entsprechenden Fälle übernehmen, aber haben die die notwendigen personellen, räumlichen und apparativen Kapazitäten?
- Kommt es vielleicht deshalb zu längeren Wartezeiten, Versorgungslücken oder Leistungseinschränkungen?
- Aber eins ist auch klar: Ganz unbewusst werden diese realistischen Risiken nicht in Kauf genommen!
- Denn das politische Ziel besteht ja in einer Konzentration insbesondere medizinisch komplexerer Leistungen an deutlich weniger Standorten als bislang.

Zusammenfassung Klinikreform

- Zukünftig werden in Deutschland voraussichtlich weniger, dafür aber größere Krankenhäuser vorgehalten werden.
- Wenn alles so läuft wie geplant, könnte dadurch die Krankenhauslandschaft in Deutschland wirtschaftlicher, effizienter und am langen Ende auch kostengünstiger werden.
- Zumindest aber tritt man mit einer Konzentration der Krankenhauslandschaft dem drohenden Fachkräftemangel entgegen.
- Ob auch zukünftig eine gute Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auch mit deutlich weniger Krankenhäusern möglich sein wird, wird sich erst noch herausstellen.
- Ebenso, ob mit der Klinikreform letztlich wirklich eine Steigerung der Behandlungsqualität einhergeht.

Zusammenfassung Klinikreform

- Die Folgen der neuen Vorhalte-Finanzierung bleibt unklar.
- Es gibt keine Auswirkungsanalyse, niemand weiß so recht, wie das neue Finanzierungsmodell wirken wird.
- Mehr Geld kommt dadurch jedenfalls nicht ins System.
- Tendenziell dürften aber auch hier die größeren Krankenhäuser zu den Gewinnern zählen, denn sie bekommen die Leistungsgruppen vom Land eher zugewiesen als die kleinen Krankenhäuser, weil sie aufgrund ihrer Größe eher in der Lage sind, die geforderten Qualitätskriterien zu erfüllen.

Zusammenfassung Klinikreform

- Die Abkehr bei der Planung weg von Fachabteilungen und Betten hin zu Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist dem Grundsatz nach vernünftig.
- Wichtig ist natürlich, hier zugunsten von Versorgungssicherheit das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten.
- Das heißt, man kann nur hoffen, dass sich die Länder ihrer Verantwortung bewusst sind und die Umsetzung der neuen Art der Krankenhausplanung so gestalten, dass die Menschen in unserem Land weiterhin gut versorgt werden mit den notwendigen Krankenhausleistungen.



- Im Laufe des Jahres 2025 müsste es drei wichtige und zustimmungspflichtige Verordnungen geben, ohne die das KHVVG nicht fliegen kann:
 - Mindestvorhaltezahlen (bis 31.12.2025)
 - Weiterentwicklung der Leistungsgruppen nebst Strukturqualitätsmerkmalen (eigentlich bis 31.03.2025)
 - Umsetzung des Transformationsfonds (bis 01.01.2026)
- Wer wird neuer Bundesgesundheitsminister bzw. neue Gesundheitsministerin? Bärbel Bas? Klaus Holetschek? Karl-Josef Laumann? Oder bleibt Karl Lauterbach?
- Nach den Koalitionsgesprächen ist bereits klar: Auch wenn es noch einige Änderungen und Verzögerungen geben wird, die Klinikreform in ihren Grundzügen wird nicht mehr aufzuhalten sein.
- Unter welchem Minister oder unter welcher Ministerin auch immer.



Obrigado

감사합니다

Gracias

Merci

Thank you

Danke

شكرا لك

شكرا لك

謝謝

Evxax

