

Augurzky/Karagiannidis (Hrsg.)

Die große Krankenhausreform 2025 (KHVVG)

Auswirkungen, Optionen und Handlungsempfehlungen

Leseprobe



Gesundheitswesen in der Praxis

Augurzky/Karagiannidis (Hrsg.)
Die große Krankenhausreform 2025 (KHVVG)

Die große Krankenhausreform 2025 (KHVVG)

Auswirkungen, Optionen und Handlungsempfehlungen

Herausgegeben von

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Mit Beiträgen von

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Andreas Beivers
Dr. Alice Doumit
Annika Emde
Prof. Dr. Bernd Halbe
Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke
Dr. Corinna Hentschker
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Marcel Koch
Franz Krause
Lena Kümmel
Prof. Dr. Dirk Lauscher

Dr. Michaela Lemm
Dr. Simon Loeser
Prof. Dr. Björn Maier
Julian Marx
Prof. Dr. Jörg Martin
Theresa Meier
Roman Prinz
Christoph Rieß
Dr. David Scheller-Kreinsen
Andrea Wolf
Johannes Wolff

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-98800-127-6

ISBN eBook: 978-3-98800-128-3

© 2025 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Alte Eppelheimer Str. 42/1

69115 Heidelberg

E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de

Web: www.medhochzwei-verlag.de

Informationen zur Produktsicherheit finden Sie unter www.medhochzwei-verlag.de/Produktsicherheit

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: ADverts printing house, Riga

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: #2267129699, Faber14/Shutterstock.com

A001

Vorwort

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, kurz Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), ist seit dem 1. Januar 2025 in Kraft. Noch im November 2024 war unklar, ob es in dieser Form kommen würde. Nach der Zustimmung zum Gesetz am 17. Oktober 2024 im Bundestag ging es noch am 22. November 2024 in den Bundesrat. Dort ging es um die Frage, ob es noch in einen Vermittlungsausschuss gehen müsse, was abgelehnt wurde. Der Ausgang dieser Abstimmung war aber bis zu diesem Tag völlig offen, blieb bis zuletzt spannend, und das Ergebnis war denkbar knapp. Dies zeigt, wie stark die Geister sich am KHVVG schieden.

Denn das Gesetz setzt auf eine umfassende Optimierung der Krankenhausstruktur in Deutschland. Es geht um die Bildung von Schwerpunkten durch die Bündelung von Leistungsgruppen an weniger Standorten als bisher. Dies hat das KHVVG gemein mit der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Dort wurde im Zuge der neuen Planung die Zahl der Standorte je Leistungsgruppe, besonders der spezialisierten Leistungsgruppen, zum Teil deutlich reduziert. Kapitel 5 berichtet davon. Das KHVVG geht hier jedoch weiter und strebt zudem die Zusammenlegung von Standorten an, um größere Krankenhäuser in Form von Zentralkliniken zu bilden. Wir haben in Deutschland viele kleine Standorte – inzwischen oft Level-1-Kliniken genannt. Der „Mittelbau“, sogenannte Level-2-Kliniken, ist dagegen schwach ausgeprägt. Es liegt also nahe, mehrere kleine Kliniken des Level 1 zu einer Level-2-Klinik oder in Einzelfällen sogar zu einer Level-3-Klinik (Maximalversorger) zusammenzulegen.

Für die Bevölkerung in solchen Regionen würde sich das Versorgungsangebot verbessern, wenn sie statt zwei oder drei kleinen Grundversorgern mit vereinzelt Spezialitäten, aber in der Regel nur mit Notfallstufe 1, ein größeres Krankenhaus mit Notfallstufe 2 oder sogar 3 bekämen – ein Haus, das viel mehr Disziplinen und Spezialitäten vor Ort vorhalten kann und damit eine breite medizinische Expertise und moderne Gerätschaften. Auch Personal dürfte einfacher für ein solches größeres Klinikum zu finden sein. Analysen des Kranken-

haus Rating Report zeigen darüber hinaus, dass ein Krankenhaus in der Größenordnung von 500 bis 900 Betten wirtschaftlicher arbeiten kann als ein kleines Haus – kein ganz unwichtiger Aspekt, wenn es um ein nachhaltiges Angebot geht. Zwei Fallbeispiele von Krankenhausträgern aus Baden-Württemberg stellen ihren Weg zur Optimierung der lokalen Krankenhausstrukturen vor. Das erste Beispiel geht auf eine bereits realisierte Optimierung mit all ihren Hürden ein (Kapitel 10), das zweite auf einen noch laufenden Prozess (Kapitel 11).

Diese Beispiele zeigen, dass es auch ohne das KHVVG geht – und es gibt noch mehr Beispiele aus den vergangenen Jahren und Jahrzehnten. Die Veränderungsgeschwindigkeit muss jedoch angesichts der enormen vor uns stehenden Herausforderungen zunehmen. Kapitel 1 stellt die Gründe für die umfassende Reform dar. Das KHVVG wird allen Krankenhausträgern, die sich im Veränderungsprozess befinden oder ihn noch vor sich haben, diesen Weg erleichtern. In der Regel gibt es zwei große Hürden bei der Zusammenlegung von Standorten. Erstens kostet ein Neubau oder Anbau an einen bestehenden Standort eine Menge Geld. Die Investitionen betragen Hunderte Millionen Euro, die ein Bundesland im Rahmen seiner Fördermittel oft nicht allein schultern kann oder will. Meist ist auch der Krankenhausträger gefordert, einen Teil der Investitionen zu tragen. Viele überfordert dies, auch wenn sich anschließend die wirtschaftliche Lage ihres Krankenhausverbunds dadurch verbessern dürfte. Das KHVVG sieht deshalb einen mit 50 Milliarden Euro großzügig ausgestatteten Transformationsfonds vor, der genau solche Strukturveränderungen investiv begleiten soll. Kapitel 6 stellt den Transformationsfonds vor und illustriert ein für den Fonds passendes Beispiel aus Sachsen.

Zweitens führt die Zusammenlegung von Standorten regelmäßig zu der Frage, was dann mit den Altstandorten passieren solle. Gerade die Bevölkerung am Altstandort macht sich Sorgen, dass ihr die Krankenhausversorgung wegbreicht. Zwar sollte ein gut geplantes neues Zentralklinikum in der Region so verortet sein, dass der Anfahrtsweg dorthin für die Bevölkerung der Altstandorte medizinisch vertretbar ist. Allerdings wird die Anfahrt natürlich länger dauern als zum Altstandort. Für spezielle Angebote und für schwere Notfälle lohnt sich diese Anfahrt, weil am Zentralklinikum die Versorgungsqualität höher sein wird als am Altstandort – und vielfach nehmen die Menschen schon heute solch längere Anfahrtswege auf der Suche nach hoher Qualität in Kauf. Für einfachere Fälle, darunter auch einfache Notfälle, bietet es sich indessen an, an den Altstandorten eine solide ambulante und ggf. stationäre Basisversorgung aufrechtzuerhalten. Zu diesem Zweck hat das KHVVG die sogenannten Level-1i-Kliniken definiert. Die beiden Kapitel 7 und 8 beschäftigen sich mit diesen neuartigen Angeboten und leiten unter anderem den Bedarf an 1i-Kliniken in Deutschland ab.

Das KHVVG geht allerdings noch weiter. Seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 verändert es erstmals grundlegend die Vergütungslogik in der Krankenhausversorgung. Es führt eine Vorhaltefinanzierung ein, indem es einen

großen Teil des DRG-Erlösvolumens zu einer Finanzierung der Vorhaltung von Leistungsgruppen umwidmet. Bisher gab es für eine DRG eine Fallpauschale. Mit Einführung der Vorhaltefinanzierung in den kommenden Jahren wird es für die DRG eine geringere Fallpauschale geben. Hinzu kommt eine Vorhaltepauschale für eine Leistungsgruppe, die im Rahmen der Krankenhausplanung und gemäß der im KHVVG definierten Mindestanforderungen einem Standort zugeteilt wird. Auf die Funktionsweise der Vorhaltefinanzierung und ihre Vor- und Nachteile geht Kapitel 2 ein. Wie die Leistungsgruppen und der Leistungsgruppen-Groupier des Bundes funktionieren, bespricht Kapitel 3. Kapitel 4 widmet sich den Auswirkungen der neuen Regelungen auf das Krankenhauscontrolling. Schließlich beinhaltet das Kapitel 9 einen Exkurs zum Bundes-Klinik-Atlas, der aus dem Krankenhaustransparenzgesetz, einem Begleitgesetz zum KHVVG, hervorgegangen ist.

Auch wenn das vorliegende Buch zentrale Aspekte des KHVVG erläutert, hat es nicht den Anspruch, das Gesetz in allen seinen Facetten komplett zu erfassen. Manche Themen sind noch offen und müssen in Rechtsverordnungen konkretisiert werden. Auch sieht der Koalitionsvertrag der neuen Regierung aus CDU, CSU und SPD vom April 2025 noch Anpassungen am KHVVG vor. Angesprochen werden darin vor allem Ausnahmen von und Anpassungen an den Mindestanforderungen an die Leistungsgruppen sowie eine Verlängerung einzelner im KHVVG gesetzter Fristen. Hierbei ist der Spagat zwischen der Abschwächung der Strukturoptimierungen einerseits und der Adaption auf lokale Besonderheiten andererseits nicht einfach.

Vorteilhaft für die Planungssicherheit der Krankenhäuser ist die von der neuen Regierungskoalition vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln anstatt – wie im KHVVG vorgesehen – aus Mitteln des Gesundheitsfonds. Was allerdings unbedingt nötig ist, um die Transformation rechtzeitig zu schaffen, ist eine spürbare Beschleunigung des Bauens. Es dürfen nicht zehn Jahre und mehr ins Land gehen, bis ein Zentralklinikum betriebsbereit ist. Denn wer kann in dieser langen Phase die vermutlich hohen Defizite der Altstandorte tragen? Und wer kann der Bevölkerung die bessere Versorgungsqualität im Zentralklinikum so lange vorenthalten? Für den Umbau der Krankenhauslandschaft wird daher ein entsprechendes Beschleunigungsgesetz ähnlich wie für den Bau der LNG-Terminals nötig sein. Zudem sollten beim Neubau und Umbau auch Vorbereitungen für den NATO-Bündnisfall getroffen sowie Klimaneutralität angestrebt werden. Schließlich sollten das in der letzten Legislatur bereits fertig ausgearbeitete Notfallreformgesetz sowie das Pflegekompetenzgesetz unter anderem zur Begleitung der vom KHVVG intendierten Strukturoptimierung zügig verabschiedet werden.

Essen, im Mai 2025

Boris Augurzky

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| <i>Vorwort</i> | V |
| 1 Warum braucht es diese Reform? Kernbestandteile der Reform im Überblick (<i>Augurzky</i>) | 1 |
| 2 Die Vorhaltefinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform (<i>Halbe</i>) | 17 |
| 3 Die Grundsystematik der Leistungsgruppen (<i>Karagiannidis</i>) | 29 |
| 4 Veränderungen und Anpassungen des Controllings im Rahmen übergreifender Trends und des KHVVG (<i>Maier/Lauscher</i>) | 39 |
| 5 Reform der Krankenhausplanung in NRW: Umsetzungsprozess und Auswirkung (<i>Loeser/Hentschker/Scheller-Kreinsen</i>) | 53 |
| 6 Transformationsfonds im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (<i>Koch</i>) | 77 |
| 7 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (<i>Doumit/Meier/Krause/Wolff</i>) | 97 |
| 8 Sektorenübergreifende Versorger als „KHVVG-Wunderwaffe“ für die gewünschte Strukturreform in den Regionen? (<i>Beivers</i>) | 121 |
| 9 Exkurs: Der Bundes-Klinik-Atlas (<i>Marx/Prinz/Wolf/Heidecke</i>) | 139 |
| 10 Beispiel einer realisierten Umsetzung: Ludwigsburg (<i>Martin</i>) | 147 |
| 11 Das Zukunftskonzept der Kliniken Ostalb im Kontext der Krankenhausreform (<i>Rieß/Kümmel</i>) | 163 |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----|--|-----|
| 12 | Weichen stellen: Handlungsoptionen für das Krankenhaus der Zukunft (Emde/Lemm) | 177 |
| | <i>Stichwortverzeichnis</i> | 185 |
| | <i>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</i> | 189 |

Warum braucht es diese Reform?

Kernbestandteile der Reform im Überblick

Boris Augurzky

| | | |
|---|---|---------|
| 1 | Die Zeit war reif für eine tiefgreifende Reform | 1 – 12 |
| 2 | Welche Themen behandelt das KHVVG? | 13 – 27 |
| 3 | Was muss noch kommen? | 28 – 36 |
| | Literatur | |

Schlagwortübersicht

| | Rn. | | Rn. |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ambulante Versorgung | 2 | Pflegepersonal | 3 |
| Ambulantisierung | 35 | Planfallzahlen | 29 |
| Ärztliche Personal | 3 | Prävention | 35 |
| DRG-Fallpauschalen | 14, 17 f. | Regionalbudget | 34 |
| DRG-Vergütung | 14 | Regionale Gesundheitsversorgung | 24 |
| Gesundheitsversorgung | 5 f., 8 | Sektorenübergreifende | |
| Gesundheitswirtschaft | 4 | Versorgungseinrichtung | 25 |
| Interdisziplinarität | 9 | Systemeffizienz | 8 |
| KHVVG | 12 f., 17, 20, 22, 25, 28, 32 | Trägerbudget | 34 |
| Krankenhausplanung in NRW .. | 13, 17, 20 | Transformationsfonds | 26 |
| Leistungsgruppen | 12 f., 16 f. | Vorhaltebudgets | 16 – 18, 29 |
| Leistungsgruppen-Grouper | 17 | Vorhaltefinanzierung | 14, 29 f. |
| Level-1i-Kliniken | 25 | Vorhaltekosten | 16 |
| Personalkosten | 33 | Zentralisierung der Versorgung | 11 |
| Pflegebudget | 33 | | |

1 Die Zeit war reif für eine tiefgreifende Reform

- 1 Für das Jahr 2024 geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass wir 12,5 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheit ausgeben. Aufgrund der Corona-Pandemie waren es vorübergehend sogar mehr als 13 %. In den 1990er Jahren lagen die Ausgaben unter 10 % des BIP (Abb. 1). Sie sind also stärker gestiegen als die Wirtschaftskraft des Landes. Das muss nicht schlecht sein, schließlich ist uns Gesundheit viel wert und wir werden im Durchschnitt alle älter und brauchen daher mehr Gesundheitsleistungen. Zudem macht die Medizin Fortschritte und kann mehr bieten als vor 30 Jahren. Allerdings scheint die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland nicht unbedingt von den hohen Ausgaben zu profitieren. Die allermeisten anderen vergleichbaren Länder geben weniger Geld für ihr Gesundheitswesen aus und schneiden in dieser Hinsicht nicht schlechter ab.

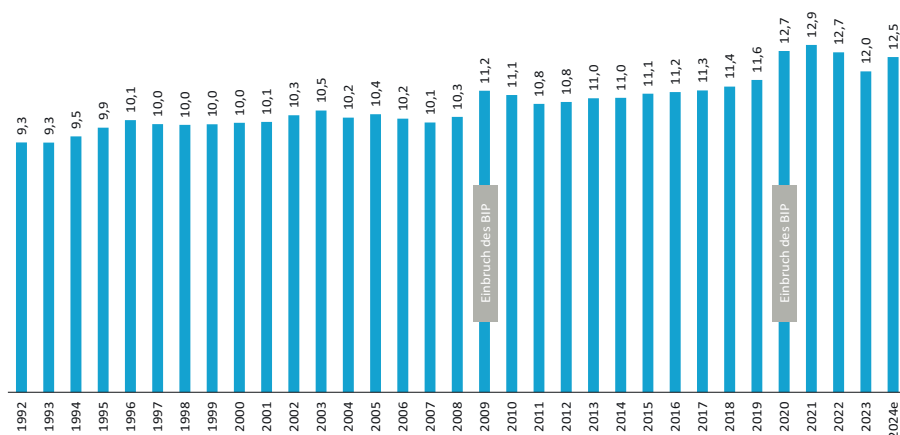


Abb. 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP

Quelle: Augurzky et al. (2025).

- 2 Schon lange wird man den Eindruck nicht los, dass das deutsche Gesundheitswesen nach dem Motto verfährt „viel hilft viel“. Wir haben die höchste Zahl an stationären Krankenhausfällen pro Kopf, aber auch eine äußerst hohe Zahl an Arztkontakten in der ambulanten Versorgung (Karagiannidis et al. 2025). Ein weiteres Rätsel in der Krankenhausversorgung ist, dass die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst laut Statistischem Bundesamt seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 bis zum Jahr 2023 um 50 % gestiegen ist (Abb. 2). Im medizinisch-technischen Dienst lag der Anstieg bei 33 % und im Funktionsdienst bei 31 %. Selbst im Pflegedienst nahm die Zahl der Vollkräfte um 26 % zu, vor allem in den 2010er Jahren und noch stärker in den 2020er Jahren. Dagegen lag die stationäre Fallzahl 2023 mit 17,2 Millionen nur um 2 % höher als damals im

Jahr 2004 und die Zahl der Belegungstage sogar um 16 % niedriger. Vor der Corona-Pandemie im Jahr 2019 war die Fallzahl mit 19,4 Millionen noch um 16 % höher als 2004 und die Belegungstage um 5 % niedriger. Also selbst vor Corona nahm die Personalmenge im Krankenhaus deutlich stärker zu als die Fallzahlen. Dafür gibt es gute Gründe. Zum Beispiel stieg auch die Fallschwere und neue Arbeitszeitgesetze erforderten mehr Personal, um eine Stelle im Krankenhaus rund um die Uhr besetzen zu können. Auch kann es sein, dass eine Vollkraft heute effektiv weniger Stunden pro Woche arbeitet als eine Vollkraft im Jahr 2004.

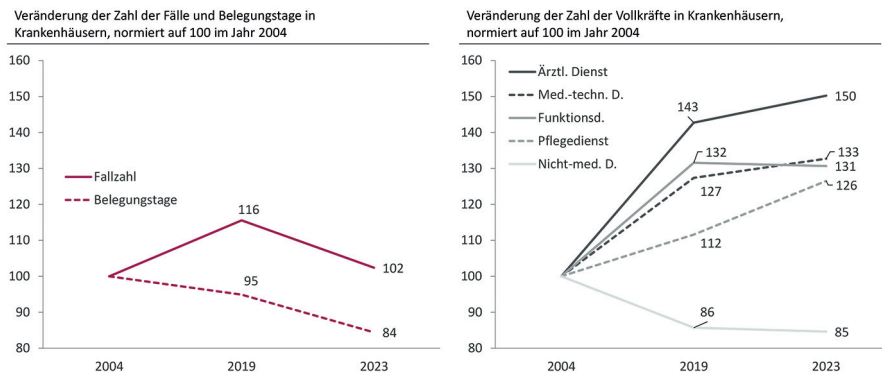


Abb. 2: Leistungsmenge und Personal in Krankenhäusern

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser.

Zudem kann man festhalten, dass die Ärztedichte in Deutschland, ambulant und stationär, mit die höchste weltweit ist (Statista 2024). Gleiches gilt auch für die Zahl der Pflegekräfte pro Einwohner. So nahm Deutschland im Jahr 2018 im Report „Health at a Glance: Europe 2020“ Rang zwei hinsichtlich der Zahl der Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner ein, nur Finnland verfügte über mehr Pflegepersonal; das ärztliche Personal lag auf Rang 4 (OECD 2020). Wenn es nicht so wäre, wäre es auch verwunderlich. Denn der hohe Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP bedeutet letztlich, dass die Gesundheitswirtschaft sehr groß ist, also viele Menschen in diesem Sektor arbeiten.

Nun stehen wir im Jahr 2025 jedoch erst am Anfang einer Alterung der Gesellschaft, die deutlich schneller voranschreitet als in den vergangenen 25 Jahren. Dies ist der besonderen Altersstruktur der Bevölkerung geschuldet. Wir werden daher in den kommenden 20 bis 30 Jahren nochmals deutlich mehr Gesundheits- und Pflegebedarfe haben als bislang schon. Insofern ist mit einem weiteren Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP zu rechnen. Hinzu kommt, dass die deutsche Volkswirtschaft seit einigen Jahren nicht mehr wächst und dass es nicht absehbar ist, ob ein Wachstum in relevanter Höhe wieder erreicht werden kann. Es ist daher zu befürchten, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben nicht nur

aufgrund der Alterung, sondern auch aufgrund der Stagnation des BIP stark zunehmen wird. In der Folge werden die Sozialabgaben überproportional stark steigen. Im Jahr 2025 liegt die Summe der Beitragssätze aller Sozialversicherungen bei rund 42 %. Hochrechnungen verschiedener renommierter Institutionen kommen zu dem Ergebnis, dass sie bis zum Jahr 2035 die 50%-Marke erreicht – wenn wir den Status quo fortschreiben (Abb. 3). Damit bremsen wir die Wirtschaft weiter aus – und damit das Fundament, auf dem die Gesundheitswirtschaft steht. Nur eine starke Volkswirtschaft kann sich ein umfangreiches und großzügiges Gesundheitswesen leisten.

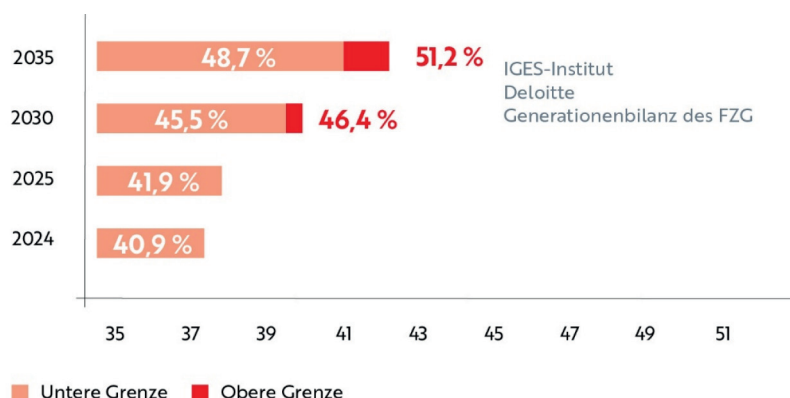


Abb. 3: Sozialabgaben (GKV, Soziale Pflegeversicherung, Gesetz, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung) in % der beitragspflichtigen Einkommen

Quelle: Karagiannidis et al. (2025).

- 5 Wirtschaftswachstum ist also ein wesentlicher Faktor, um die Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau weiterhin finanzieren zu können. Er wird aber wahrscheinlich nicht ausreichen. Er hat auch in der Vergangenheit in den wirtschaftlich guten Jahren nicht ausgereicht. Und es wird schwierig werden, diese früheren Wachstumsraten in den kommenden Jahren überhaupt wieder zu erreichen, weil auch die Zahl der Fachkräfte in der gesamten Volkswirtschaft zurückgehen wird. Derzeit treten die *geburtenschwächsten* Jahrgänge aus den 2000er Jahren langsam in den Arbeitsmarkt ein und können die sich in die Rente verabschiedenden *geburtensstärksten* Jahrgänge zahlenmäßig nicht ersetzen. Schon heute ist spürbar, dass viele personalintensive Angebote mangels Personals nicht mehr so gut funktionieren wie vor 20 Jahren und zudem deutlich teurer geworden sind.

Die Vorhaltefinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform

Funktion, Auswirkung und Ausblick

Bernd Halbe

| | | |
|----------|---|----------------|
| 1 | Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen. | 1, 2 |
| 2 | Einführung der Vorhaltefinanzierung. | 3 – 14 |
| 2.1 | Ziele der Vorhaltefinanzierung. | 3 |
| 2.2 | Grundlagen und Funktionsweise. | 4 – 14 |
| 3 | Auswirkungen der Vorteilsfinanzierung. | 15 – 23 |
| 3.1 | Vorteile und Potenzial. | 15 – 18 |
| 3.2 | Herausforderungen und Kritik. | 19 – 23 |
| 4 | Juristische Bewertung. | 24 – 26 |
| 4.1 | Fragwürdige Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. | 25 |
| 4.2 | Verfassungswidrigkeit des Transformationsfonds. | 26 |
| | Literatur | |

Schlagwortübersicht

| | Rn. | Rn. |
|--------------------------------------|------------------|---|
| a-DRG (ausgegliederte DRG) | 6 f. | r-DRG (residual DRG) 8, 18, 21 f. |
| Auswirkungsanalyse | 19, 22 f. | Sachkosten 7 |
| DRG-System | | Toleranzregelung 14 |
| (Diagnosis Related Groups) | 6, 18, 22 | Transformationsfonds 26 |
| Institut für das Entgeltsystem im | | Vorhaltebewertungsrelationen 9 |
| Krankenhaus (InEK) | 4, 19 | Vorhaltebudget 2, 5, 7, 23 |
| Krankenhausfinanzierungs- | | Vorhaltefinanzierung 3, 14, 24 |
| gesetz (KHG) | 4, 9, 11, 14 | Vorhaltepauschale 12, 21 |
| Landesbudget | 11, 14, 23 | Vorhaltevergütung 2 f., 19, 21 – 23 |
| Leistungsgruppe | 5, 10, 21, 24 f. | |



2 Einführung der Vorhaltefinanzierung

2.1 Ziele der Vorhaltefinanzierung

Die fallzahlenunabhängige Finanzierung soll den Krankenhäusern Planungssicherheit geben. Durch die Entkopplung der Vergütung von den Fallzahlen eines Krankenhauses soll primär der wirtschaftliche Druck reduziert werden, wodurch es zu einer Stabilisierung der finanziellen Lage der Krankenhäuser kommen soll. Durch die Vorhaltefinanzierung soll eine ausreichende Finanzierung von bedarfsnotwendigen Angeboten bei geringen Fallzahlen sichergestellt werden. So sollen insbesondere Standorte in dünn besiedelten Regionen, die im aktuellen System aufgrund geringer Fallzahlen Schwierigkeiten haben, sich zu refinanzieren, gesichert werden. Die Vorhaltevergütung soll so insbesondere zu einer Sicherung des Erhalts von Kliniken in strukturschwächeren Regionen beitragen und damit die flächendeckende Versorgung sichern.⁶ 3

2.2 Grundlagen und Funktionsweise

Die im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelte Vorhaltefinanzierung sieht dabei eine pauschale Vergütung vor, welche gemäß § 37 KHG vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt wird. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser sollen diese unabhängig davon erhalten, ob eine Leistung tatsächlich erbracht wurde – die Vergütung soll vielmehr schon dafür erfolgen, dass sie das Angebot und die dafür vorgesehenen Strukturen bereit halten. Dabei sollen nach der Ankündigung des BMG 60 % des bisherigen Fallpauschalen-Honorars nun über die Vorhaltevergütung gesichert werden; die restlichen 40 % müssen über Behandlungsfälle erwirtschaftet werden.⁷ 4

Die Zahlung der Vorhaltevergütung ist im Wesentlichen von der dem jeweiligen Krankenhaus zugeordneten Leistungsgruppe abhängig. Nur wenn das Krankenhaus die Qualitätskriterien der zugeteilten Leistungsgruppe erfüllt, besteht auch ein Anspruch auf die Auszahlung des Vorhaltebudgets. Zuständig für die Zuweisung sind dabei die Länder, wobei der Bund hier Mindestfallzahlen für die Zuordnung vorgibt und auch andere Strukturvorgaben macht. 5

Wie wird das Vorhaltebudget berechnet?

Aktuell werden die Behandlungsfälle der Krankenhäuser über das DRG-System (Diagnosis Related Groups) abgerechnet und mit Fallpauschalen vergütet. Aus dieser Vergütung wurde im Jahr 2020 der sogenannte Pflegeanteil herausgerech- 6

6 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Krankenhausfinanzierung. 2024. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> [abgerufen am 4.2.2025].

7 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Krankenhausfinanzierung. 2024. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> [abgerufen am 4.2.2025].

net, welcher abhängig von dem pflegerischen Aufwand im Rahmen einer Behandlung variiert. Übrig blieb sodann die sogenannte „a-DRG“ (ausgegliederte DRG).

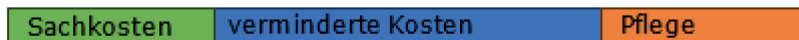
Vor 2020



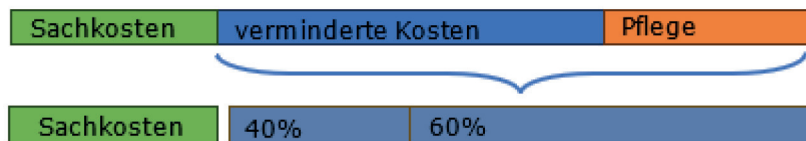
Ab 2020



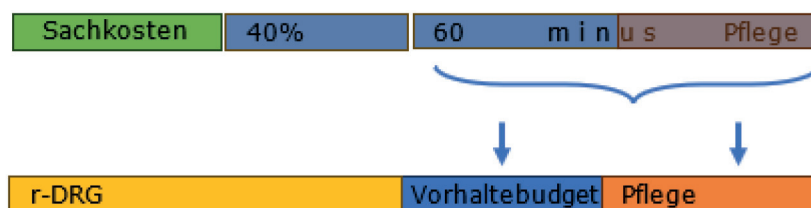
- 7 Nach § 17b Abs. 4b KHG wird für die Berechnung des Vorhaltebudgets der Anteil der Sachkosten der Behandlung aus der a-DRG herausgerechnet.



- 8 Dieser verminderte DRG-Anteil wird sodann wieder mit dem herausgerechneten Pflegeanteil zusammengezogen und im Verhältnis von 60 % zu 40 % geteilt. Diese 40 % bilden zusammen mit dem Anteil der herausgerechneten Sachkosten die sogenannte „r-DRG“ (residual DRG). Diese kann von einem Krankenhaus erwirtschaftet werden, wenn die Leistung tatsächlich erbracht wird.



- 9 Von den 60 % wird wiederum der Pflegeanteil erneut herausgerechnet – der übrigbleibende Betrag bildet dann das Vorhaltebudget. Nach § 17b Abs. 4b Satz 6 KHG werden die ermittelten Vorhaltebewertungsrelationen erstmals im Jahr 2026 in dem Entgeltkatalog ausgewiesen.



Den Anteil des Vorhaltebudgets bekommt das Krankenhaus sodann pauschal, 10
soweit die Zuordnung der Leistungsgruppe erfolgt ist.

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass gemäß § 37 Abs. 1, Satz 3 KHG das Vor- 11
haltebudget unter anderem an dem Budget des jeweiligen Landes orientiert ist.
Konkret wird geschaut wie viele Behandlungsfälle einer Leistungsgruppe in dem
Bundesland des Krankenhausstandorts erfolgt sind. Hieraus ergibt sich ein Lan-
desbudget. Von diesem Landesbudget wird dem einzelnen Krankenhaus je ein
Anteil zugewiesen. Dieser Anteil ergibt dann das Vorhaltebudget. Damit kann der
einzelne Standort aber nicht mehr nur für sich rechnen, sondern ist von dem
Landesbudget abhängig.

Im Übrigen hängt der Erlösanteil letztendlich stark davon ab, wie pflege- und 12
sachkostenintensiv eine Behandlung ist: Je mehr Anteile herausgerechnet werden,
desto geringer fällt auch das Vorhaltebudget aus. Dies führt dazu, dass der Erlös-
anteil der Vorhaltepauschale in den Leistungsgruppen zwischen 9 % und 47 %
schwankt, im Schnitt liegt der Erlösanteil bei 35 % (nach Analysen des Daten-
analyseunternehmens Mediqon in Zusammenarbeit mit der Allianz Kommunalen
Großkrankenhäuser (AKG))⁸. Damit liegt der Erlösanteil der Vorhaltepauschale
weit unter den versprochenen 60 %.

Dieses Ergebnis zieht sich zwar durch alle Fachrichtungen, fällt aber unterschied- 13
lich ins Gewicht. Bei einer Fachabteilung, deren Behandlungsfälle in der Regel mit
hohen Sachkosten verbunden sind, wie beispielsweise der Kardiologie, ist der
Anteil der Vorhaltevergütung stets geringer als bei einer Fachabteilung, deren
Behandlungsfälle weniger sachkostenintensiv sind, wie zum Beispiel in der Frau-
enheilkunde.

Im Rahmen der Vorhaltefinanzierung ist zudem ein 20 %-Korridor angedacht. 14
Dieser soll als Toleranzregelung dienen, falls ein Krankenhaus Fallzahlschwan-
kungen von plus oder minus 20 % zu den zugewiesenen Fallzahlen hat. Sofern ein

⁸ MEDIQON: Leistungsgruppen und Erlösanteile im MEDIQON-Benchmark. 2024. Online: www.go.mediqon.de/#/site/demo/views/VorhaltevergutungimBenchmark/leistungsgruppen?diid=1; [nach Login] oder Webinar Vorhaltevergütung MEDIQON und AKG unter: www.youtube.com/watch?v=ixeV_vDojxM&t=3228 s [abgerufen am 4.2.2025].

Krankenhaus sich in diesem Korridor bewegt, wird das zugewiesene Vorhaltebudget nicht angepasst. Dadurch soll eine gewisse Planungssicherheit für die Krankenhäuser gewährleistet werden und zudem verhindert werden, dass Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen Behandlungen unternehmen, die nicht angezeigt sind. Dabei wird zwar das Landesbudget jährlich neu berechnet, die Anteile der einzelnen Krankenhäuser sollen hingegen nur alle drei Jahre angepasst werden, § 37 Abs. 2 Satz 6 KHG. Ursprünglich war geplant, die Referenzjahre für die Berechnung des Vorhaltebudgets in die Zukunft zu legen. Dies stieß jedoch auf Kritik, da befürchtet wurde, dass Krankenhäuser in diesen Jahren ihre Fallzahlen künstlich erhöhen könnten, um ein höheres Vorhaltebudget zu erzielen.⁹ Als Reaktion darauf wurde im Gesetz festgelegt, stattdessen die Fallzahlen der Jahre 2023 und 2024 als Grundlage heranzuziehen, § 37 Abs. 1 Satz 6 KHG.

3 Auswirkungen der Vorteilsfinanzierung

3.1 Vorteile und Potenzial

- 15 Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Finanzierung der Krankenhäuser ändern muss. Dabei muss sowohl auf die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser als auch auf die gesundheitlichen Interessen der Patientinnen und Patienten geachtet werden. Eine finanzielle Sicherung von Krankenhäusern, weitestgehend unabhängig von der Leistungserbringung, erscheint ein guter Schritt zu sein.
- 16 Ein Vorteil der finanziellen Sicherung von bestimmten Qualitätskriterien konnte in der Corona-Pandemie gesehen werden. In der Pandemie wurde deutlich, dass in deutschen Krankenhäusern nicht genügend Beatmungsplätze bereitstanden, da diese teuer sind, um in Ausnahmesituationen problemlos die Bevölkerung zu versorgen.
- 17 Eine garantierte Finanzierung, die ein Krankenhaus allein für das Vorhalten von Qualität (personell und materiell) erhält, scheint dieses Problem in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig gerät das Krankenhaus nicht in die Situation, diese vorhandenen Ressourcen nutzen zu müssen. So wird auch verhindert, dass nicht notwendige Behandlungen vorgenommen werden.
- 18 Zudem kann ein Krankenhaus aufgrund des sicheren Vorhaltebudgets mit einer gewissen finanziellen Sicherheit planen. In dem neuen System der Vorhaltefinanzierung werden moderate Fallzahlrückgänge eines Krankenhauses finanziell abgedeckt. Dies steht im Gegensatz zu dem aktuellen DRG-System, bei dem jeder nicht behandelte Fall direkt zu Erlöseinbußen führt. Solange die Fallzahlverluste

9 Deutsches Ärzteblatt online: Analyse: Vorhaltefinanzierung dämpft Verluste bei Fallzahlschwankungen, sorgt aber nicht für Mittelzuwachs. 2024. Online: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148638/Analyse-Vorhaltefinanzierung-daempft-Verluste-bei-Fallzahlschwankungen-sorgt-aber-nicht-fuer-Mittelzuwachs> [abgerufen am 4.2.2025].

Dieses Buch bietet eine umfassende Orientierung zur großen Krankenhausreform 2025 und gibt praktische Antworten auf zentrale Fragen rund um Vorhaltefinanzierung, Leistungsgruppen, den Transformationsfonds und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Die große Krankenhausreform, über die zwei Jahre lang intensiv und kontrovers diskutiert wurde, trat am 1. Januar 2025 in Kraft – unter dem Namen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Sie ist die erste große Reform seit Einführung der DRG-Fallpauschalen vor rund 20 Jahren. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung bringt tiefgreifende Veränderungen bei der Vergütung von Krankenhausleistungen mit sich. Sie ist gekoppelt an Leistungsgruppen, wie sie bereits aus der neuen Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens bekannt sind, und zielt besonders darauf ab, Schwerpunktbildung und Konzentration zu fördern. Dazu ist ein üppig ausgestatteter Transformationsfonds und die Möglichkeit zur Umwandlung von kleinen Grundversorgungskrankenhäusern zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) vorgesehen.

Einiges wird sich daher in den kommenden Jahren ändern und viele Fragen stellen sich derzeit den Akteuren des Gesundheitswesens. Wie wird die Vorhaltefinanzierung genau funktionieren? Was ist bei den Leistungsgruppen zu beachten? Welche Erfahrungen gibt es dazu bereits aus Nordrhein-Westfalen? Auf welche Weise wird der Transformationsfonds Konzentrationsbemühungen in den Regionen unterstützen? Und wie kann ich die neuen SÜV nutzen? Welche Erfahrungen haben Krankenhausträger bei der Umwandlung von Klinikstandorten in der Vergangenheit gemacht und welche Empfehlungen können schon mitgegeben werden? Diese und weitere Fragen werden im vorliegenden Buch ausführlich behandelt.

Die Herausgeber:



Prof. Dr. Boris Augurzky ist Geschäftsführer der hcb GmbH, Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung, gesundheitspolitischer Sprecher am RWI und einer der Autoren des jährlich erscheinenden Krankenhaus Rating Reports.



Prof. Dr. Christian Karagiannidis ist Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin und Professor für Extrakorporale Lungenersatzverfahren der Universität Witten/Herdecke sowie Medizinisch-Wissenschaftlicher Leiter des DIVI-Intensivregisters. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN).

www.medhochzwei-verlag.de

 medhochzwei

Leseprobe

ISBN 978-3-98800-127-6



9

7 8 3 9 8 8 0 0 1 2 7 6

€ 79,00 (D)