

*Das **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**
und das **Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)***

Massiver Abbau droht Finanz-„Revolution“ fällt aus



Vernetzungstreffen Göttingen, 9.10.25

Dr. Thomas Böhm

Die Ankündigungen

O-Ton Lauterbach:

- „Überwindung DRGs“
- „Dramatische Entökonomisierung“
- „Revolution“
- „Wir schützen insbesondere die kleinen Krankenhäuser auf dem Land.“
(22.3. im Bundesrat)

Aber auch:

- „Wir werden alle Krankenhäuser retten, **die wir benötigen.**“ (6.4.24, Mainecho)
- „Es wird keine Entökonomisierung geben.“ (Parlamentarische Staatssekretär Franke)
- „Jeder Monat, in dem nicht fünf bis zehn Krankenhäuser vom Netz gehen, ist ein verlorener Monat“ (Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband am 21.3.24 beim DRG-Forum)

Exkurs: Ausgangssituation

Entwicklung Zahl der Krankenhäuser und Betten seit 1991

	1991	2023	Differenz
Allgemeine Krankenhäuser	2.164	1.505	-659
<i>öffentlich</i>	996	438	-558
<i>freigemeinnützig</i>	838	483	-355
<i>privat</i>	330	584	+255
Betten Allgemeine Krankenhäuser	598.073	414.711	-183.362
<i>öffentlich</i>	367.198	200.463	-166.735
<i>freigemeinnützig</i>	206.873	144.715	-62.158
<i>privat</i>	24.002	83.613	+58.751

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) - wesentliche Inhalte

- Leistungsgruppen
- Mindestvorhaltezahlen und Mindestzahlen für chirurgische Krebsbehandlung
- Sektorenübergreifende Versorger und ihre Vergütung
- Vorhaltevergütung („Abschaffung der DRGs“)
- Weitere Regelungen
- Neu: Änderungen durch KHAG-Referentenentwurf
- Neu: Änderungen durch KHAG-Kabinettsentwurf

Leistungsgruppen

Leistungsgruppen - 1

- **65 Leistungsgruppen** (jetzt 61)
- Land weist die LG den einzelnen Standorten zu
- **Ein eigener Standort liegt vor**, wenn mehr als 2 km entfernt
- Meldung an InEK erstmals bis 31.10.26 (jetzt 30.9.27), freiwillig auch 31.10.25 (30.12.25 und 31.12.26) für Berechnung der Vorhaltevergütung
- **Land kann für jede LG und jeden Standort Planfallzahlen festlegen**
- **Bundeseinheitliche Qualitätskriterien für jede LG**
 - Sachliche und personelle Ausstattung, sonstige Struktur- und Prozesskriterien
 - Verwandte Leistungsgruppen (dürfen nur gemeinsam erbracht werden)
 - Teilweise sind Kooperationen möglich
- **Bei Nichterfüllung keine Zuweisung der LG durch Land zulässig** (Ausnahmeregelungen s.u.)
- **Keine Behandlung von Patienten außerhalb der zugewiesenen LG** (außer Notfälle)

Beispiele Leistungsgruppen

- Allgemeine Innere
- Komplexe Gastroenterologie
- Leukämie und Lymphome
- Augenheilkunde
- Urologie

Neu:

Infektiologie

Notfallmedizin

spezielle Traumatologie

~~spezielle Kinder- und Jugendmedizin~~

~~spezielle Kinder- und Jugendchirurgie~~

Beispiele Qualitätskriterien

Komplexe Gastroenterologie:

- LG Intensivmedizin, LG Allg. Innere, LG Allg. Chirurgie (alles Standort)
- LG Palliativmedizin (Kooperation)
- Gastroskopie, Koloskopie, Sono, Endosono, CT 24/7 (Standort),
- FA Innere u. Gastro (2 VZÄ) und FA Innere (1 VZÄ)
- Mindestens Rufdienst (24/7)
- Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (gestrichen)

Exkurs: Qualitätsverbesserung ja - aber wie??

- *Schlechte Qualität muss verbessert werden*
- *Finanzielle Strafen, Entzug von LG oder Schließung bedarfsnotwendiger KH sind keine Lösung*
- *Konsequenz ist dann eine Verschlechterung der Versorgung*
- *Außerdem droht Schönung der Ergebnisse und Selektion „leichter“ Patienten*
- *Stattdessen notwendig: Überprüfung der Qualität, sachliche Vorgaben, Unterstützung (z.B. Peer-Review, Personalbemessung)*
- ***Lauterbach behauptet seine Reform fördere die Qualität, aber die schlechteste Qualität ist, wenn keine Versorgung mehr da ist***
- ***Hauptproblem für die Qualität ist die finanzielle Steuerung (DRGs)***

Leistungsgruppen - 2

- Geplant bis 31.3.25: Erlass einer Rechtsverordnung (RV) die LG und Q-Kriterien zu erweitern/verschärfen und Ausnahmeverbote zu erlassen (nicht mehr terminiert)
- Prüfung der Q-Kriterien durch Medizinischen Dienst (MD) alle 2 Jahre, danach alle 3 Jahre
- KH muss unverzüglich melden, wenn es die Q-Kriterien mehr als **einen Monat** nicht erfüllt. Konsequenz bei Nichtmeldung Abrechnungsverbot
- Land kann hier Ausnahmen für **6 Monate** genehmigen (danach Entzug der LG)
- Zuweisung von LG trotz Abweichen von Q-Kriterien **für maximal 3 Jahre (max. 6 Jahre) jetzt wieder 3 Jahre** möglich, wenn
 - nicht nach RV ausgeschlossen (gestrichen)
 - ~~Benennen~~ **Einvernehmen** mit Kassen
 - zur **Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung** zwingend erforderlich
 - Innere Medizin und Chirurgie: 30 Minuten Fahrtzeit
 - übrige Leistungsgruppen: 40 Minuten Fahrtzeit
- Ausnahmen bei Sicherstellungs-KH sind unbefristet möglich (121 Standorte)

Allgemeine Bewertung Leistungsgruppen (1)

➤ *LG sind grundsätzlich richtig:*

- *Wenn man nicht finanziell steuern will, muss man planen. Zum Planen gehören Kriterien und Bedingungen*
- *Nähere Definition des Versorgungsauftrags verhindert, dass jedes KH/jede Abteilung alles macht, auch wenn es/sie von den Voraussetzungen her, dazu nicht geeignet ist*
- *Aber: **Gefahr**, dass solche Kriterien zum Bettenabbau und zu Krankenhausschließungen **missbraucht** werden*

Exkurs: Nicht jede Planung ist gut

- „Von der Versorgungsqualität würden sogar 400 Krankenhäuser ausreichen.“ (Prof. R. Busse 18.7.2019, Interview in "Die Debatte,,)
- „Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser, würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.“ (Bertelsmann-Stiftung 5.7.2019)
- „Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 ...“ (Leopoldina, Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Okt. 2016)
- „Insgesamt würden mit diesem Zielbild 1.165 Krankenhäuser mit knapp 320.000 Betten existieren.“ (Prof. C. Karagiannidis nach DÄ vom 11.5.2023)

➤ **Politischer Kampf um Planungsziele ist notwendig**

Allgemeine Bewertung Leistungsgruppen (2)

- *MD ist nicht neutral (bleibt trotz Namensänderung auch finanziell eine von den Krankenkassen dominierte Organisation)*
- *Weitere Einschränkung der Planungshoheit der Länder*
- *Möglichkeit für die Länder **Ausnahmegenehmigungen** zu erteilen, sind stark eingeschränkt*
- *Aber: Länder verfolgten in den letzten Jahren dieselben Schließungsziele. Jetzt Verweis auf die „bundesgesetzlichen“ Zwänge möglich*
- *Harte Regeln für Ausscheiden und Abrechnungsverbot sollen das ursprüngliche Ziel der Schließung möglichst vieler kleiner Krankenhäuser über Umweg durchsetzen.*

Exkurs: Auswirkungen auf Planung

- Länder müssen ggf. ihre Landeskrankenhausgesetze ändern
- Länder müssen neue Krankenhauspläne erstellen
- Bis spätestens 30.9.2025 (31.12.25) müssen die Länder die jeweiligen Leistungsgruppen den einzelnen Standorten (vorläufig) zugeordnet und den Medizinischen Diensten mit der Prüfung der Q-Kriterien beauftragt haben
- Bis spätestens 30.6.2026 (31.7.26) müssen die Medizinischen Dienste die Prüfung der Q-Kriterien für die Leistungsgruppen, abgeschlossen haben
- Abschluss des ganzen Verfahrens spätestens 1.11.26 (1.1.27)

Forderungen zur Planung in Leistungsgruppen

- Krankenhäuser müssen bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien unterstützt werden, damit sie diese in Zukunft zu erfüllen
- Leistungsgruppen und Qualitätskriterien müssen sachgerecht sein und kein Selektionsinstrument

Dies ist am ehesten erreichbar

- wenn Planung demokratisch ist (Beteiligung aller Betroffenen)
- Ortsnah in den Versorgungsregionen erfolgt

Mindestzahlen

Mindestvorhaltezahlen

- Festlegung einer „Mindestvorhaltezahl“ (MVHZ) für jede LG in Form eines prozentualen Anteils an der Gesamtzahl der Fälle
- In der Gesetzesbegründung: 20% aller Fälle der LG
- Die Standorte, deren Fälle zusammengezählt unter der festgelegten Grenze liegen, erhalten **keine Vorhaltevergütung**
- Ausnahmen möglich, bei Sicherstellungs-KH und wenn Land bei einer LG Ausnahme von MVZ erteilt
- Nähere Regelung durch RV **bis spätestens 31.12.25, Wirkung ab 2027 (31.12.26, kein Datum für Inkrafttreten)**

Bewertung: Mindestvorhaltezahl

- *Es gibt jetzt schon Mindestfallzahlen, aber*
 - *nur für einzelne Eingriffe*
 - *nur mit wissenschaftlichem Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Fallzahl und Qualität*
- *jetzt für ganze LG (hunderte bis tausende verschiedene Eingriffe)*
- *Damit kein wissenschaftlicher Nachweis, sondern Selektionsinstrument*
- *Keine Rechte der Länder, weil finanzielle Regelung*
- *Kellertreppeneffekt*
- *Setzt Anreiz zur Mengenausdehnung an der unteren Grenze*
- ***KH erfüllt zwar Q-Kriterien, aber nicht Mindestzahlen, dann Kürzung der Vergütung***
- ***Zwang zur Aufgabe der LG / Schließung***

Förderung der Spezialisierung in der Onkochirurgie

- Definition aller chirurgischen Leistungen bei Krebs-Diagnosen
- Zusammenfassung zu „Indikationsbereichen“ (IB)
- InEK ermittelt die Zahlen aller Standorte für diese Leistungen
- Alle Standorte, die gemeinsam weniger als 15% der gesamten Fälle eines IB behandeln, **erhalten nur die Vorhaltevergütung, keine Rest-DRG**
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) kann bei einzelnen Leistungsgruppe die Fallzahlen und damit die betroffenen Standorte auf unter 15% absenken, wenn dies zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung **zwingend** notwendig ist.

Bewertung onkochirurgische Mindestzahlen

- *Wie bei Mindestzahlen kein Bezug auf einzelne Maßnahmen, sondern Pauschalierung über große Indikationsbereiche, damit keine Evidenz und keine Qualitätsförderung*
- *Keine Rechte der Länder, weil finanzielle Regelung*
- *Einmalige Anwendung (??), deshalb keine Ausweitung der betroffenen Standorte*
- *Nochmalige massive Intervention zur Leistungskonzentration*
- *Ohne 40-50% der Vergütung bleibt nur die Aufgabe der Leistung*

Sektorenübergreifende Versorger (SüV) (ehemals Level II)

SüV - 1

- SüV werden vom Land bestimmt
- KH kann Antrag auf Umwandlung stellen
- SüV dürfen
 - ambulant behandeln
 - Übergangspflege und Kurzzeitpflege anbieten
 - eingeschränkt stationär behandeln
 - „in der Regel keine Notfallmedizin“
- DKG und Kassen vereinbaren (bis 31.12.25)
 - welche stationären Leistungen sie anbieten müssen und dürfen
 - welche Anforderungen an die Qualität sie erfüllen müssen
- Anwendung ab 2027

Bewertung SüV

- *Mischung aus Kurzzeitpflegeheim, **Kleinst**krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen, integrierbar in die Versorgungsmodelle einzelner Länder (Primärversorgungszentren, usw.)*
- *Weiterhin erklärtes Ziel: Nutzung dieser neuen Konstrukte zur Schließung von Grundversorgungskrankenhäuser auf dem Land*
- *Nicht auf Notfallversorgung ausgerichtet (z.B. keine Überwachungsbetten).*
- *Lücke zwischen dem Hausarztbereich (soweit es diesen überhaupt noch gibt) und dem nächstgelegenen größeren Krankenhaus bleibt (insbesondere in ländlichen Gegenden)*
- *Überwindung der sektoralen Trennung nur wenn Krankenhäuser das Recht bekommen, ambulant zu behandeln und **ambulante Versorgungszentren** zu betreiben*

Exkurs: ambulante Versorgungszentren der KHs

- Einrichtungen der Krankenhäuser
- gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt
- Erste Anlaufstellen für die Notfallversorgung
- Überwachungsbetten und Eingriffsräume sowie alle notwendigen diagnostischen Einrichtungen
- wichtige medizinischen Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden
- Über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden
- turnusmäßig mit Beschäftigten der Krankenhäuser betrieben
- Eigentlich notwendig: Recht der KHs, ambulant behandeln zu dürfen
- Zusätzlich: Ausbau der Notarztstandorte (incl. Hubschrauber)
- **Forderung: Keine Schließungen, solange es solche alternativen Strukturen nicht gibt**

Vergütung SÜV (KHEntgG § 6c)

- **Stat. Leistungen: Tagespauschalen mit Degression**
- **Weitere Leistungen:** nach den entsprechenden, geltenden Bestimmungen im niedergelassenen Bereich

Bewertung Vergütung SÜV

- **Tagespauschalen sind auch finanzielle Steuerung**
- **Lediglich Tausch der finanziellen Anreizsysteme mit (teilweise) anderer Zielrichtung**
 - *Starkes Interesse an Kostendumping und an einer möglichst billigen Versorgung der Patienten*
 - *Anreiz, Verweildauer zu verlängern – zumindest, bis die Kosten den degressiven Tagessatz überschreiten - danach zu verkürzen.*
- **Folge: Sachfremde Entscheidung („es lohnt sich noch/nicht mehr“) statt einer bedarfsgerechten („kann der Patient aus medizinischer und pflegerischer Sicht entlassen werden“)**
- **Ambulanter Bereich:**
 - *Mischung aus Einzelleistungsvergütung und Budgetierung (im Facharztbereich)*
 - *Anreize: Kostendumping, Fallzahlausweitung und Leistungsausweitung*
 - *am Ende des Quartals und wenn Budget ausgereizt: Leistungsverweigerung*

Zusammenfassende Bewertung Strukturregelungen

- *Auch bei dieser Reform steht alles Kopf: Zuerst das Geld, dann der Bedarf als abhängige Variable*
- *Statt: Feststellung des Bedarfs einer Versorgungsregion. Planung und Schaffung der notwendigen Einrichtungen zur Befriedigung dieses Bedarfs, Bereitstellung der notwendigen Mittel*
- *Meilenweit entfernt von einer intersektoralen Versorgungsplanung - demokratisch (unter Einbeziehung Aller) und in den einzelnen Versorgungsregionen*
- *Voraussetzung hierzu wäre, dass der Sicherstellungsauftrag für die gesamte Versorgung (incl. der ambulanten Versorgung durch Niedergelassene) wieder bei den Ländern (konkret den Versorgungsregionen) liegt*

Vorhaltevergütung

Exkurs: „Duale Finanzierung“

- Länder: Investitionskosten
 - *Unterfinanzierung ca. 50%*
 - *Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge*
- Kassen: laufende Kosten (über DRGs)
 - *Unterfinanzierung und massive Fehlanreize*

Exkurs: DRGs

- DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen
 - einheitlicher Preis (Fallpauschale) für eine bestimmte Behandlung einer bestimmten Diagnose
 - 2023: 1292 DRGs
 - Jede DRG hat ein Relativgewicht (RG) (z.B. komplizierte Blinddarmentfernung: RG 2, Lebertransplantation: RG 30)
 - Relativgewicht x Landesbasisfallwert (ca. 4400 €) = Vergütung
- *DRGs sind Festpreise*
- *Damit Gewinne/Verluste möglich, keine Zweckbindung*
- *Anreiz zu Leistungsausdehnung, Kostendumping und Selektion*

Exkurs Fehlanreize DRGs

- *(Personal-)Kostendumping*
- *Mengenausweitung (unnötige Behandlungen)*
- *Verweildauerverkürzung („blutige Entlassung“)*
- *„Upcoding“ (Patienten kränker machen als sie sind)*
- *Selektion (Risikovermeidung, „lukrative“ Patienten)*
- *Gewinn/Verluste möglich (DRGs sind Festpreise)*
- *Keine Zweckbindung*
- *Missbräuchliche Verwendung/Gewinnabfuhr*
- *Über- und Unterversorgung gleichzeitig*

Vorhaltevergütung - 1

- **Ausgangspunkt: Relativgewicht (RG) einer DRG (*Beispiel: RG = 2,4*)**
- Vorhaltevergütung wird auch in Relativgewichten („Vorhaltebewertungsrelationen“) für jede einzelne DRG dargestellt
- **Abzug variable Sachkosten (Beispiel 16,6%) = *RG 0,4 verbleibt: RG 2,0***
- **60% davon Vorhaltevergütung (incl. Pflegebudget) = *RG 1,2 – davon Pflegebudget ca. 0,5***
- **„Rest-DRG“ (40% plus variable Sachkosten) *RG 0,8 + 0,4 variable Sachkosten = RG 1,2***
- **Berechnung:**
 - Ermittlung der Summe der VHBR je Bundesland
 - Aufteilung auf die einzelnen Leistungsgruppen
 - Berechnung des Anteils der einzelnen Standorte (Prozentzahl)
 - Wenn das Land Planfallzahlen festgelegt hat, werden diese, statt der tatsächlichen Werte, verwendet

Vorhaltevergütung - 2

- 2026 (und 2027) budgetneutrale Einführung
 - Konvergenzregelung: 2027 (2028) nur 33% und 2028 (2029) nur 66% wirksam, 2029 (2030) voll wirksam
 - Neuberechnung des Anteils eines Standortes zunächst nach 2 Jahren und dann jeweils nach 3 Jahren
 - Änderung der Vorhaltevergütung des einzelnen Hauses nur, wenn mehr als 20% Änderung der Fallzahl
 - Änderungen der Fallschwere werden bei jeder Neuberechnung berücksichtigt
- *Relativ komplizierte Berechnungsweise*
 - *DRG-Logik und Berechnung bleiben erhalten*
 - *Eigentlich Aufspaltung der DRGs in 2 Teile, wobei der „Vorhalte-Teil“ sich höchstens alle 3 Jahre verändert*
 - *Planfallzahlen: Bei Überschreitungen (egal aus welchen Gründen) bleibt die Vorhaltevergütung gleich = Unterfinanzierung*

Gesamtbewertung Vorhaltevergütung (1)

- *Es bleibt im Wesentlichen bei der Gesamtsumme der Vergütung und damit auch bei der Unterfinanzierung und Finanznot.*
- *DRG werden nicht überwunden. Weiterhin mehr als 40%! (variable Kosten)*
- *Anreiz zur Mengenausdehnung bleibt, bzw. wird noch größer (nur DRG-Teil ist noch gestaltbar, schärferer Konkurrenzkampf um das reduzierte Volumen)*
- *Vorhaltevergütung selbst ist **nicht mengenunabhängig***
 - *Bisherige Mengensteigerungen führen zu einem Vorteil bei der Erstverteilung*
 - *Gesamtsteigerungen (auch Fallschwere) bundesweit wirken sich erhöhend aus*
 - *Belohnung, wenn Steigerung der Fallzahlen innerhalb von 3 Jahren um jährlich 7%.*
- *Wenn die Fallzahlen sich in 3 Jahre „nur“ um 19.9% erhöhen, bleibt die Vergütung gleich, obwohl die Kosten deutlich steigen*
- *„Upcoding“ (Patienten kränker machen, als sie sind) wird in jedem Fall **belohnt***
- *Personalkostendumping ist weiterhin lukrativ (Kostensenkung erhöht auch bei Vorhaltebudget die Gewinne)*
- *Vorhaltevergütung ist nicht zweckgebunden (Dividende an Kapitaleigner)*

Gesamtbewertung Vorhaltevergütung (2)

- Lauterbach hat zum Ziel seiner Reform auch eine „**Entbürokratisierung**“ erklärt
 - *Was droht ist eine deutliche **Ausweitung der Bürokratie** im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen (Nachweis, dass man die jeweiligen Bedingungen erfüllt, Kontrollen durch den Medizinischen Dienst, Streitigkeiten um die Erfüllung der Bedingungen)*
 - *In Bezug auf den DRG-Bereich ändert sich in Hinblick auf die Bürokratie natürlich überhaupt nichts*

Gesamtbewertung Vorhaltevergütung (3)

- *Keine „Revolution“ und keine „Überwindung der DRGs“, sondern ein Etikettenschwindel*
- *Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird unvermindert weitergehen, mit allen negativen Folgen für die Patienten und die Beschäftigten*
- **Letztlich kann man die DRGs nur überwinden, wenn man sie völlig abschafft und durch die Selbstkostendeckung (1:1 Refinanzierung aller notwendigen Kosten eines Krankenhauses) ersetzt**

Schlussfolgerungen:

- *In der Daseinsvorsorge hat finanzielle Steuerung nichts verloren*
- *Sachsteuerung statt finanzieller Steuerung*
- *Trennung Vergütung der Leistungserbringer von der Leistungserbringung*
- **Forderung: Selbstkostendeckung 2.0 und**
- **Gewinnverbot**

Exkurs Selbstkostendeckung

- Galt in Deutschland zwischen 1972 und 1984
- Alle wirtschaftlich entstandenen Kosten mussten von den Kassen refinanziert werden
- Unterjährig erfolgte die Vergütung der Krankenhäuser über tagesgleiche Pflegesätze
- Am Jahresende wurde „spitz“ abgerechnet: Überzahlungen im Verhältnis zu den entstandenen Kosten mussten zurückgezahlt werden, Unterzahlungen mussten von den Kassen nachfinanziert werden
- Kassen hatten das Recht die Wirtschaftlichkeit zu prüfen
- Gewinne waren damit verboten
- Damit keine Anreize zu unnötiger Leistungsausdehnung, zu (Personal-) Kostendumping und auch nicht zu Verweildauerverlängerung

Weitere Regelungen (Auszug)

Förderung einzelne Bereiche

Ab 2027 (2028), zusätzlich vergütet

- **Pädiatrie (332 Standorte): 288 Mio. Euro**
 - 2025 und 2026 (und 2027) gilt bisheriger Zuschlag von 300 Mio. weiter
- **Geburtshilfe (611 Standorte): 120 Mio. Euro (davon 20 Mio. für Standorte mit hebammengeführten Kreissälen)**
 - 2025 und 2026 (und 2027) gilt bisheriger Zuschlag von 120 Mio. weiter
- **Stroke Unit (335 Standorte): 35 Mio. Euro**
- **Spezielle Traumatologie (650 Standorte): 65 Mio. Euro**
- **Intensivmedizin (1300 Standorte): 30 Mio. Euro**

➤ *Beträge viel zu niedrig, um wirklich eine Verbesserung der Versorgung zu erzielen*

Förderung Koordinierung und Vernetzung und spezielle Vorhaltung Uni-Kliniken

- **125 Mio. für Koordinierung und Vernetzung (36 Standorte plus x)**
 - können auch Nicht-Uni-Kliniken sein, wenn es das Land will
- Geltung ab 2027 (2028)
- **75 Mio. speziell für Uni-Kliniken (36 Standorte)**
- Geltung ab 2027 (2028)

➤ Deutliche Stärkung der Uni-Kliniken, die eh schon besser gestellt sind

Transformationsfonds

- **2026 bis 2035: 5 Mrd. pro Jahr**
- Mögliche Maßnahmen sind: standortübergreifende Konzentration wg. Q-Kriterien oder Mindestzahlen, SüV, Schließungen, Verbünde, Zentren, telemedizinische Netzwerke, integrierte Notfallstrukturen, zusätzliche Ausbildungskapazitäten
- Finanzierung des Bundesanteils (2,5 Mrd.) aus Gesundheitsfonds
- *Absolut falsch: Finanzierung aus Geldern der Kassenmitglieder. Sicherstellung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist Aufgabe des Staates. Privat Versicherte werden geschont*
- **Bund übernimmt die Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds**
- **2026 bis 2029 Bund 3,5 Mrd., Länder 1,5 Mrd., danach je 2,5 Mrd.**
- Bedingung: Länder finanzieren 50% (**anfangs 30%, dann 50%**) der jeweiligen Maßnahmen
- Der Anteil der Länder an den Förderkosten muss von den Ländern und den Trägern **zusammen** erbracht werden – davon Trägeranteil bis zu 50% möglich
- *Das verstößt klar gegen die gesetzliche Vorgabe (KHG § 4), dass die Länder die vollständigen Investitionskosten zu tragen haben*
- *Im Prinzip Fortsetzung Strukturfonds („Abwrackprämie“)*
- **Öffnung auch für Maßnahmen bei Unikliniken**

Berücksichtigung von Preis- und Tarifsteigerungen

- Grundsätzlich gilt: Ausgaben der Kassen für KHs dürfen nur so stark steigen, wie die Einnahmen der Krankenkassen („Veränderungsrate“)
 - Ab 2025: Preissteigerungen der Krankenhäuser werden in voller Höhe bei der Festlegung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt, wenn sie über der Veränderungsrate liegen
 - Liegen die Steigerungen der Tariflöhne noch über diesem Wert, werden sie ebenfalls zu 100% berücksichtigt
- *Verbesserung im Vergleich zum Ist, aber keine volle Refinanzierung der Personalkosten, weil Fehlbetrag der früheren Jahre nicht ausgeglichen*
- *Weiteres Problem: Häuser die untertariflich zahlen, werden belohnt*

Hybrid-DRGs

- Spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär bzw. vom Krankenhaus oder von Niedergelassenen erbracht wird
- Steigerung der Leistungen für die Hybrid-DRGs abgerechnet werden:
 - Ab 2026 mindestens 1 Mio. Fälle
 - Ab 2028 mindestens 1,5 Mio. Fälle
 - Ab 2030 mindestens 2 Mio. Fälle
- Jährliche Neukalkulation und Absenkung der Vergütung auf die Vergütung bei ambulanten Operationen bis 2030

- *Statt Einschränkung der Wirkung der DRGs - weitere Ausdehnung auf ambulanten Bereich*
- *Zunehmender Zwang zur ambulanten Behandlung ohne Berücksichtigung der individuellen Situation der Betroffenen*
- *Durch Anpassung der Vergütung nach unten entstehen den KH erhebliche Verluste, die die Finanznot verschärfen. **Gewinner sind die Niedergelassenen***
- *Die Investitionskosten für die Errichtung/Erweiterungen von ambulanten Einrichtungen sind nicht gedeckt (zu geringe/keine Landesförderung, keine Förderung durch Transformationsfonds)*

Weitere Regelungen

- Weiterbildung Ärzte: Finanzierung über Zu- und Abschläge
- Ärztliche Personalbemessung: Erarbeitung eines Konzeptes (Basis: Modell der Bundesärztekammer) und **Möglichkeit** einer Rechtsverordnung
- Einrichtung einer Kommission für Personalbemessung bei anderen Gesundheitsberufen (soll BMG ein Konzept vorlegen)

➤ Wäre ein Fortschritt, aber relativ unverbindlich

Kartellrechtliche Regelungen

(Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen § 187 Abs. 9 u. 10)

- Ab 12.12.24 bis 31.12.30: Zusammenschlüsse auch ohne Finanzierung durch Fonds (s.u.) sind kartellrechtlich zulässig, wenn der Zusammenschluss zu einer Konzentration von Häusern und Fachrichtungen führt und das Land die Notwendigkeit bestätigt
- Ab 1.1.31 bis 31.12.38 Zusammenschlüsse sind unter denselben Bedingungen wie oben zulässig, wenn zusätzlich eine Finanzierung nach Strukturfonds oder Transformationsfonds vorliegt

- *Richtige (leider zeitlich begrenzte) Regelung*
- *Krankenhäuser sollen kooperieren und nicht konkurrieren*
- *Das Problem der Dominanz privater Klinikbetreiber ist besser durch ein Gewinnerzielungsverbot zu erzielen als durch Kartellrecht*

Soforttransformationskosten

- Die im Koalitionsvertrag festgelegte Übernahme der sog. „Sofort-Transformationskosten“ der Jahre 2023 und 2023 ist im **Haushaltsbegleitgesetz 2025** geregelt:
 - Ab November 2025 können die Krankenhäuser bei jeder voll- und teilstationären Behandlung einen Zuschlag von 3,45% abrechnen
 - Laut der o.g. Drucksache macht das in 2025 1,5 Mill. Euro und im Jahr 2026 2,5 Mill. Euro aus, die den Krankenhäusern zusätzlich zufließen
 - Die Kosten trägt der Bund

Bewertung:

- *Dies ist ein zwingend notwendiger, wenn auch nicht ausreichender Schritt, um die Finanznot der Krankenhäuser zumindest abzumildern*
- *Laut dem Gesetzentwurf bekommen alle Krankenhäuser die Zuschläge*
- *Es gibt die Forderung aus verschiedenen Richtungen, die Zahl der Häuser auf „bedarfsnotwendige“ einzuschränken*
- *Es bleibt abzuwarten, ob der Entwurf des Haushaltsbegleitgesetz im Bundestag nicht in diese Richtung geändert wird.*

KHAG (Kabinettssentwurf)

Wesentliche Inhalte

- Finanzierung Transformationsfonds neu geregelt
- Streichung von 4 LG und kleine Änderungen bei den Qualitätskriterien
- Verschiebung der Termine zur Einführung der LG und der Vorhaltevergütung um 1 Jahr
- **Streichung PPUGV als Qualitätskriterium**
- **Ausnahmegenehmigungen neu geregelt**
- **„Soforttransformationskosten“**

Ausnahmegenehmigungen

- Die Fahrtzeitgrenzen (30 Minuten für die LG Allgemeine Innere und die LG Allgemeine Chirurgie und 40 Minuten für alle anderen Leistungsgruppen), ab denen nur solche Ausnahmegenehmigungen erteilt werden durften, entfallen.
- Es genügt, dass das Land feststellt, dass der Standort „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.“
- Möglichkeit durch RV bei bestimmten LG Ausnahmen grundsätzlich zu verbieten, entfällt
- Dafür wird das Einvernehmen mit den Kassen eingeführt
- Möglichkeit auf 6 Jahre zu verlängern, entfällt ganz

Bewertung *Ausnahmegenehmigungen*

- *Die Ausnahmeregelungen wurde nicht wirklich verbessert*
- *Lediglich Austausch der Einschränkungen*
- *Kassen erhalten Zugriff auf Landesplanung*

Leistungsgruppen

- Streichung von 4 Leistungsgruppen (LG 3 - Infektiologie, LG 16 - Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), LG 47 - Spezielle Kinder- und Jugendmedizin), LG 65 - Notfallmedizin).
- Es handelt sich hierbei um die zusätzlichen Leistungsgruppen, die über die 60 NRW-Leistungsgruppen hinausgehen
- Lediglich die LG 27 – spezielle Traumatologie bleibt zusätzlich erhalten.

Bewertung:

- *Die Streichung ist absolut notwendig, weil schon jetzt absehbar war, dass eine eindeutige und korrekte Zuordnung vieler Diagnosen und Therapien insbesondere zu den neuen Leistungsgruppen nicht möglich ist.*
- *Da die Leistungsgruppen durch das KHVVG ja nicht nur als Planungsinstrument eingeführt wurden (was sinnvoll ist), sondern über einen wesentlichen Teil der Vergütung entscheiden, sind damit Fehlallokationen bei der Vergütung, falsche Anreize und finanzielle „Optimierungsversuche“ der Krankenhäuser vorprogrammiert*
- **Dieses Problem besteht grundsätzlich bei der Verknüpfung der Leistungsgruppen (auch der NRW-LG) und lässt sich nur durch eine Trennung der Vergütung und der Leistungsgruppenplanung ausräumen.**

Vorhaltevergütung

- Die Fristen für die Einführung der Vorhaltevergütung werden um ein Jahr nach hinten geschoben
 - budgetneutral 2026 und 2027, Konvergenz 2028 und 2029, volle Wirksamkeit 2030
- Dies führt auch dazu, dass die Förderbeträge für Pädiatrie (288 Mio.), Geburtshilfe (120 Mio.), Stroke Unit (35 Mio.), Spezielle Traumatologie (65 Mio.), Intensivmedizin (30 Mio.) um 1 Jahr auf 2028 verschoben werden
- Gleiches gilt auch für die Erhöhung der Zuschläge für die Notfallversorgung, die zusätzliche Vergütung für Koordinierungsaufgaben (125 Mio.) und für Hochschulen (75 Mio.), die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlag und der Mindererlösausgleiche, und die Abschaffung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in der Pädiatrie

Bewertung:

- *Besser als die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, wäre eine wirkliche und leistungsunabhängige Vorhaltevergütung, in Form der vollständigen Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten*
- *Inakzeptabel ist, dass die - zwar geringen, aber dringend benötigten - Verbesserungen bei der Vergütung ebenfalls um ein Jahr verschoben werden*
- *Das verstärkt die Finanznot der Krankenhäuser und wird zu weiteren Schließungen führen*

➤ **Notwendig ist die sofortige Auszahlung der Vergütungsverbesserungen ab 2026.**

Mindestzahlen

- Die **Mindestvorhaltezahlen** bleiben bestehen und werden nur um 1 Jahr verschoben.
- Die **onkochirurgischen Mindestzahlen** bleiben ebenfalls im Kern bestehen.
- Es wird lediglich ermöglicht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bei einzelnen Leistungsgruppe die Fallzahlen und damit die betroffenen Standorte auf unter 15% absenkt.
- ***Bewertung:** Die beiden Mindestzahlen sind ein reines finanzielles Selektionsinstrument, die nichts mit Qualitätssicherung zu tun haben, weil sie ohne jede wissenschaftliche Evidenz über große Bereiche (hunderte bis tausende von Eingriffen in einer Leistungsgruppe bzw. einem Indikationsbereich) aufgespannt sind.*

➤ **Abschaffung!!**

Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV)

- Die PPUGV als einzuhaltendes Qualitätskriterium wird gestrichen
- Die Einhaltung muss auch nicht mehr durch Wirtschaftsprüfer testiert werden

Bewertung:

Auch wenn die PPUGV in keiner Weise den notwendigen Bedarf an Pflegekräften festlegt, sondern nur Mindestdurchschnittszahlen, stellt die Streichung einen Angriff auf die Notwendigkeit einer Personalbedarfsbemessung in Krankenhäusern dar.

Sie reiht sich ein in die Versuche die PPR 2.0 (Somatik) und die PPP-RL (Psychiatrie) zu entschärfen (immer unpräzisere Erfassung und Auswertung der Personalbesetzung in den Bereichen, keine Konsequenzen bei Unterschreitung)

➤ **Notwendig ist die sofortige Scharfschaltung der entsprechenden Regelungen ohne Abstriche und ihre Wiederaufnahme als Qualitätskriterium.**

Qualitätskriterien

- Das Verzeichnis der Leistungsgruppen, der verwandten LG, die nur gemeinsam (am Standort oder in Kooperation) betrieben werden dürfen und der Qualitätskriterien wurde in vielen Details aber inhaltlich nur geringfügig geändert
- Im Wesentlichen führen die Änderungen zu einer Reduzierung der vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen, zu einer Absenkung der sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung, zu einer Reduzierung der Anforderungen an das Vorhandensein spezieller Facharztweiterbildungen
- Auch die Stundenzahl bei Ärzten, die ein Vollzeitäquivalent darstellt, wird von 40 auf 38,5 Stunden gesenkt

Bewertung:

- *Unter dem Aspekt eine weitere Schließung von Krankenhäusern über die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zu erschweren, ist diese Reduzierung der Anforderungen zu begrüßen*
- *Entscheidend für die Frage ob ein Krankenhaus bedarfsnotwendig ist oder nicht, sollten weder finanzielle Restriktionen noch formale Pauschalvorgaben sein*
- *Die jeweilige konkrete Entscheidung muss demokratisch und dezentral in den Versorgungsregionen erfolgen*

Transformationsfonds

- Die Finanzierung des Bundesanteils am Transformationsfonds übernimmt der Bund und nicht wie bisher geplant die Kassen
- In den ersten 4 Jahren zahlt der Bund 3,5 Mrd. und die Länder nur 1,5 Mrd., danach hälftig.

Bewertung:

- *Dies Korrektur war überfällig. Es ist absolut indiskutabel, dass die Kassen diesen Teil der Investitionskosten übernehmen sollten und die Privatversicherten bei dieser Finanzierung außen vor bleiben sollten*
- *Die Vergütung der **vollständigen** Investitionskosten ist eigentlich Ländersache. Es spricht nichts dagegen, dass der Bund die Länder hierbei unterstützt, nicht aber die Kassenmitglieder*
- *Die Übernahme von 3,5 Mrd. in den ersten Jahren soll vermutlich die Länder gnädig stimmen*
- *Gestrichen werden müsste auch die Regelung im KHVVG, dass der Anteil, den die Länder an den Förderkosten übernehmen müssen, um die Bundesförderung zu erhalten, von den **Ländern und den Trägern zusammen** erbracht werden kann und dass die Länder ihre Förderung zu Lasten der Krankenhäuser auf bis zu 50% reduzieren können*
- *Das verstößt klar gegen die gesetzliche Vorgabe (KHG § 4), dass die Länder die vollständigen Investitionskosten zu tragen haben*

Zusammenfassende Bewertung KHAG

- *Die Änderungen werden den Anforderungen an eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung, nicht gerecht*
- **Wesentliche Teile des KHVVG werden nicht verändert:**
 - *die **Vorhaltevergütung**, die weiterhin leistungsabhängig ist und keine wirkliche Vergütung der Vorhaltung darstellt*
 - *die **Fortexistenz der DRGs** und ihrer massiven Fehlanreize*
 - *die **Mindestvorhaltezahlen und die Mindestzahlen bei onkochirurgischen Eingriffen**. Die Reduzierung der Vergütung der betroffenen Häuser um ca. 50% bedeutet im Kern, dass die Leistungen nicht mehr ausgeführt werden können. Sie dienen nicht der Qualitätsförderung. Sondern der Selektion über finanzielle Strafen*
 - *Ebenfalls keine Änderung erfolgte im Bezug auf die **Planfallzahlen**, die als verbindliche Obergrenzen ausgestaltet werden können und zu Unterversorgung führen*

Weiterführende Literatur

*als pdf kostenlos herunterladbar
bei*

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

<https://www.rosalux.de/>

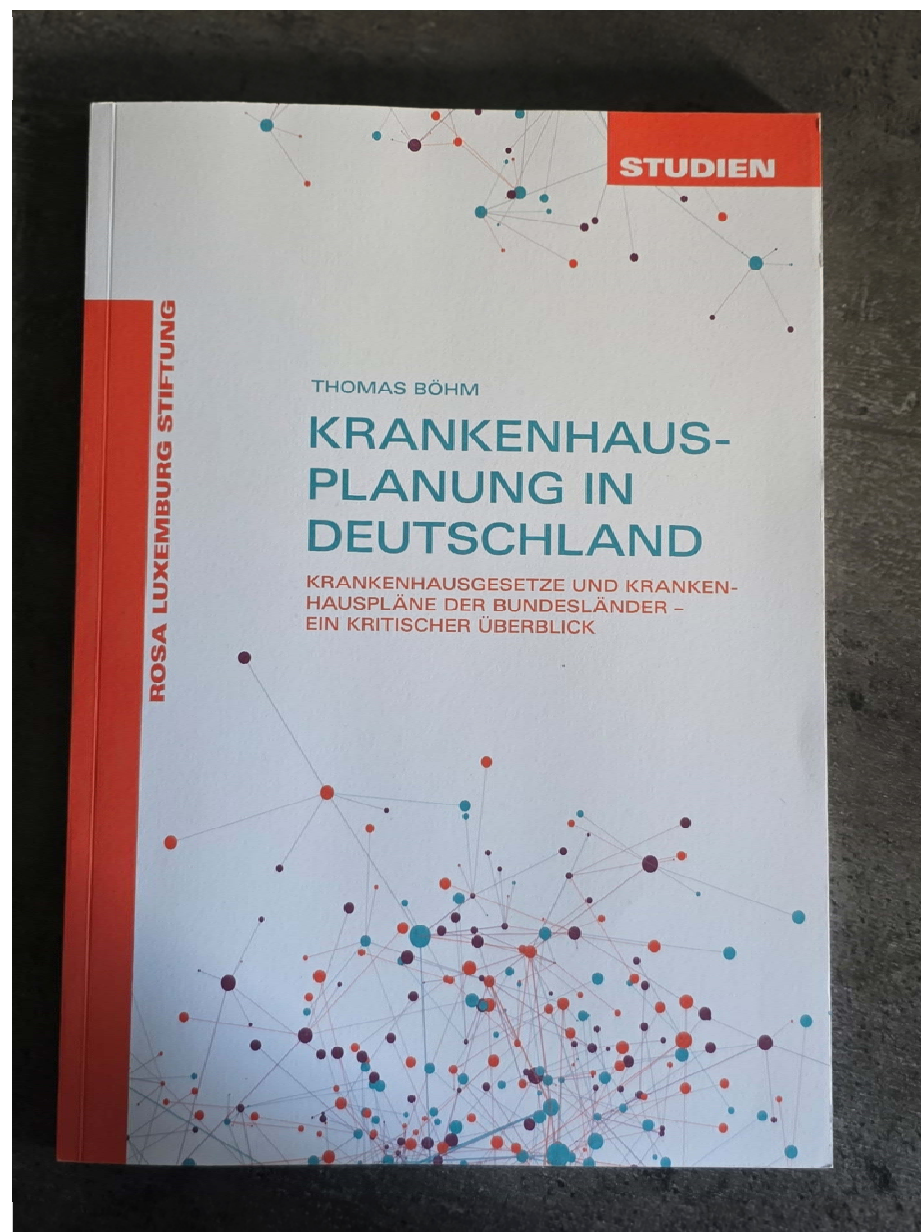
erweiterte und komplett
überarbeitete
Neuaufgabe



KRANKEN_{HAUS} STATT FABRIK

bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Das Fallpauschalensystem und die
Ökonomisierung der Krankenhäuser –
Kritik und Alternativen



ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege

Thomas Böhm
Katrin Gerlof
Stephan Kaufmann
Sigrun Matthiesen

20 Jahre DRGs
und Profite
mit Kranken

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

