



Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG

Referentenentwurf

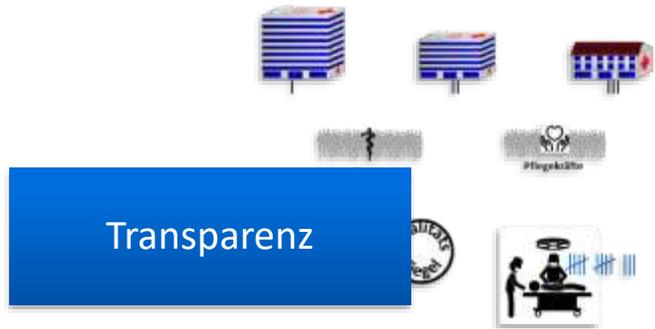
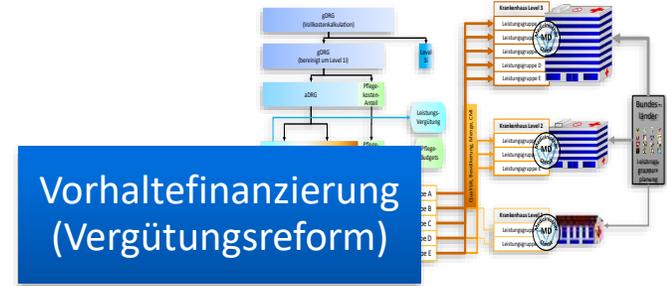
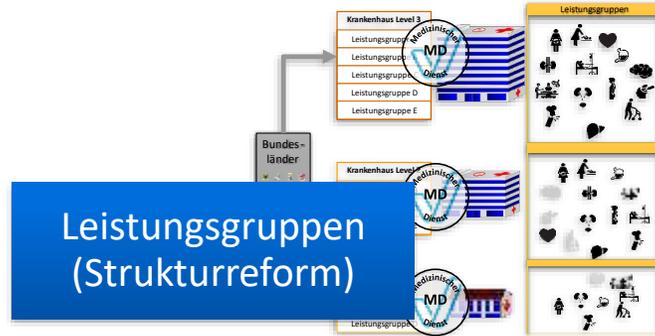
Stand 13.03.2024

Weiterverwendung bei
Quellenangabe möglich
(CC-BY-SA)



Worum es gehen sollte





Teil I

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

(bisher Level II)

Sektorübergreifende
Versorgungs-
einrichtungen



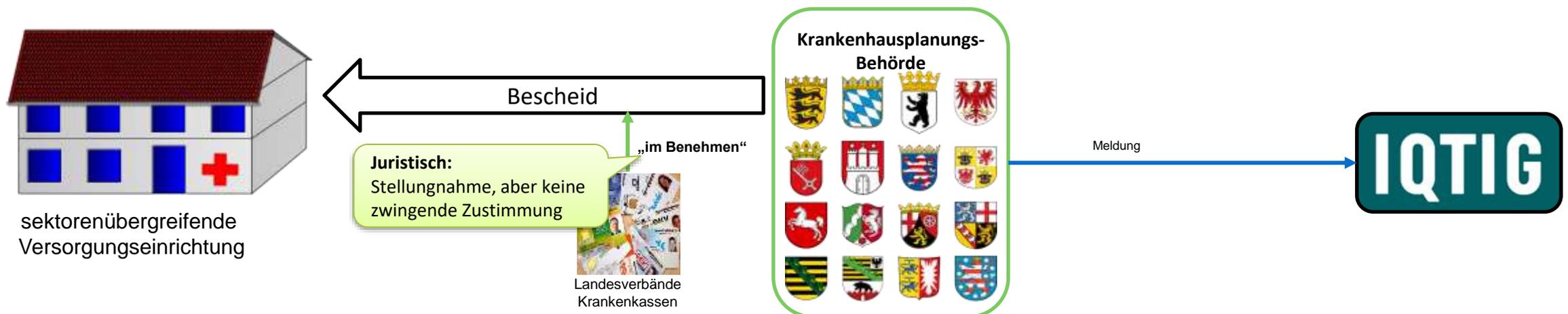
Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer § 6b KHG

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bestimmt die Krankenhäuser, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.

- Im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen
- Auch für erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommene (neue) Einrichtungen möglich
- Die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid

(2) Die Landesbehörde hat dem IQTIG unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mitzuteilen



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)



sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtung

Pflegerische Leitung möglich

selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind

können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist

- Neuer § 115g SGB V

(1) *Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen*

(2) *Sektorenübergreifende Leistungen sind insbesondere:*

1. *ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
 2. *ambulantes Operieren nach § 115b,*
 3. *medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,*
 4. *belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,*
 5. *Übergangspflege nach § 39e,*
 6. *Kurzzeitpflege nach § 39c,*
- *Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,*
 - *Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*

Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)



sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtung

Anmerkung:

Notwendig zur Abgrenzung der Finanzierung:
SGB XI (Pflegeversicherung) und
SGB V (Krankenversicherung)

Pflegerische Leitung möglich

selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind

können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist

• Neuer § 115g SGB V

- (1) *Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen*
- (2) *Sektorenübergreifende Leistungen sind insbesondere:*
 1. *ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
 2. *ambulantes Operieren nach § 115b,*
 3. *medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,*
 4. *belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,*
 5. *Übergangspflege nach § 39e,*
 6. *Kurzzeitpflege nach § 39c,*
 - *Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,*
 - *Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*

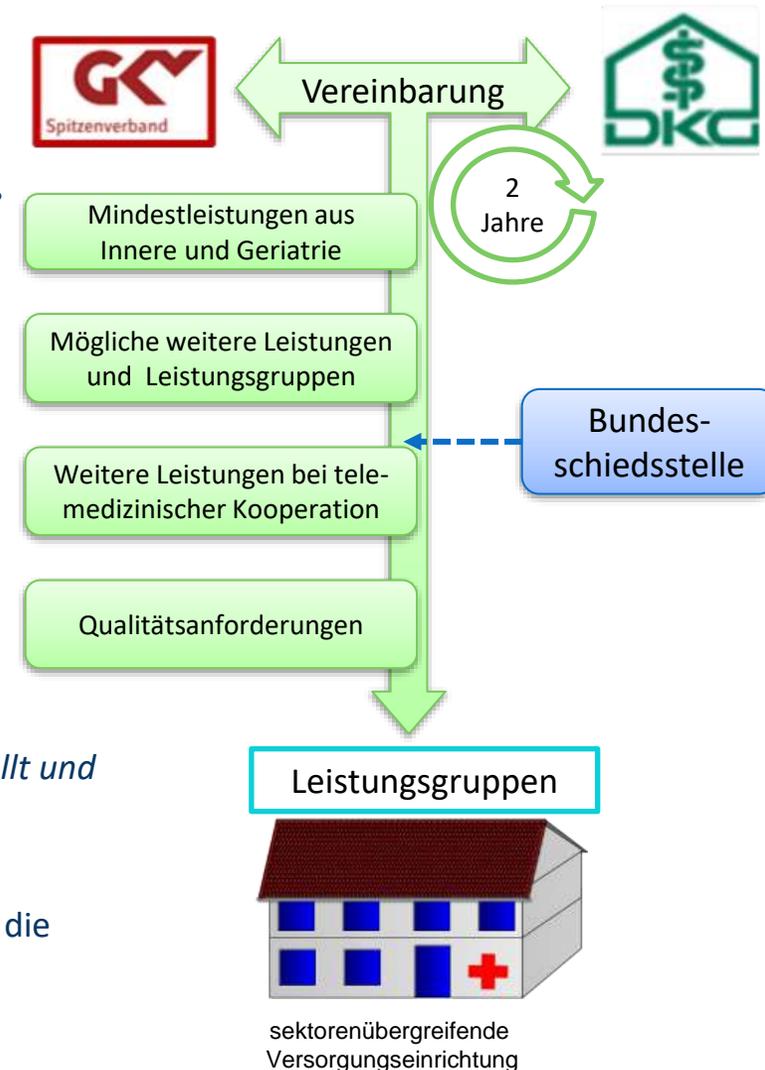
Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer § 115g SGB V

(3) Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird,
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

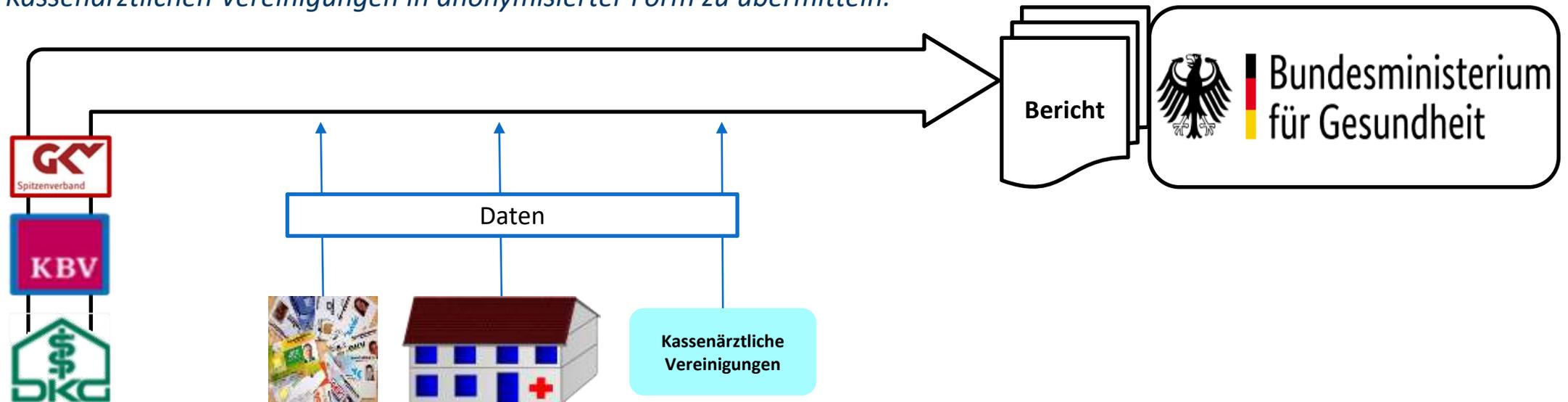
Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

(4) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals 60 Tage nach Verkündung des Gesetzes, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor.*

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer Leistungsbereich:

§ 115 h SGB V: Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

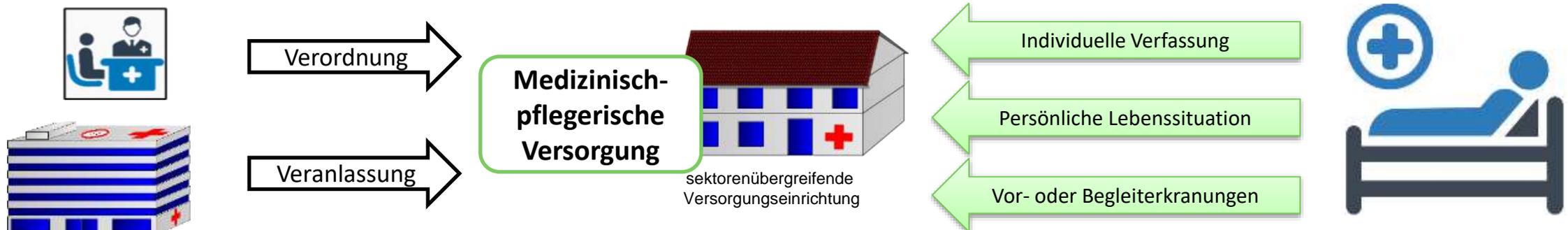
(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung

- *auf Grund ihrer individuellen Verfassung,*
- *der persönlichen Lebenssituation oder*
- *wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist,*

weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht

(2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder andere Krankenhäuser veranlasst.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer Leistungsbereich:

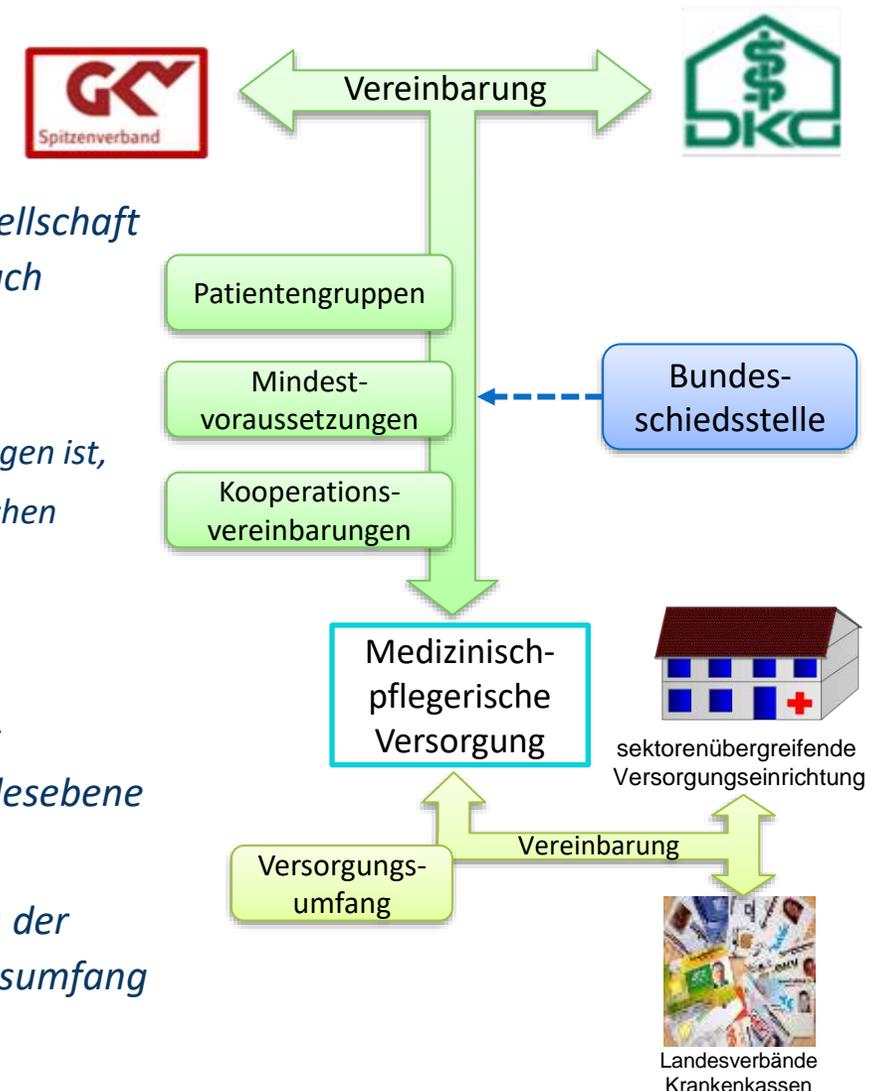
§ 115 h SGB V: Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren bis zum [ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

- 1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,*
- 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und*
- 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten sowie nichtärztlichen Fachkräften.*

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

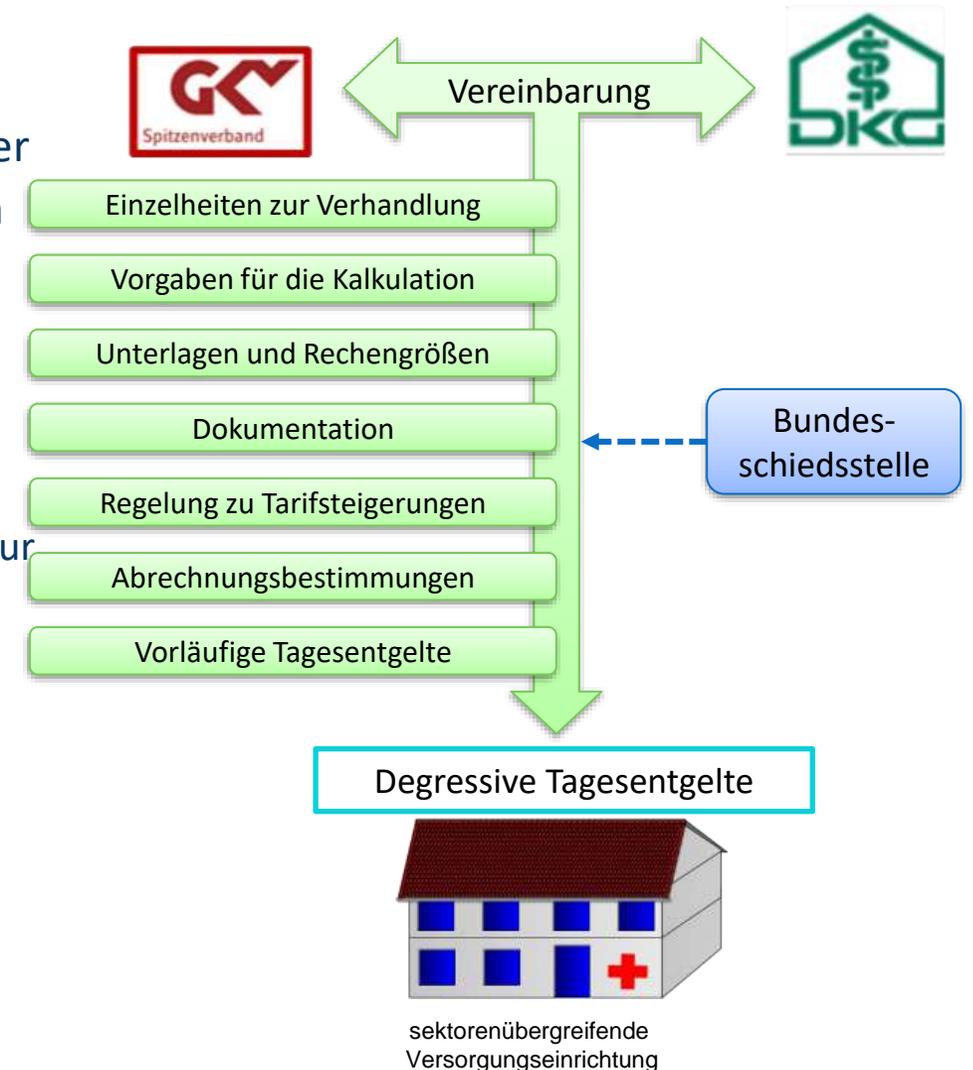
(4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 9 Abs. 1 Nr. 10 KHEntgG
Vereinbarung auf Bundesebene innerhalb von 3 Monaten nach der Vereinbarung zu Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 115g Abs. 3 SGB V)
 - Einzelheiten zu Verhandlungen des Gesamtvolumens
 - der sachgerechten Ermittlung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, einschließlich deren Degression
 - den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der Kosten einschließlich der Zu- und Abschläge,
 - eine einheitliche Form der Dokumentation sowie
 - Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,
 - Abrechnungsbestimmungen für die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und
 - vorläufige Tagesentgelte sowie deren Degression.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(1) Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG über ein Gesamtvolumen

- für voll- und teilstationäre Leistungen sowie die medizinisch-pflegerische Versorgung
- unter Beachtung des Versorgungsauftrags sowie der Vereinbarung auf Bundesebene
 1. ein Tagesentgelt inclusive ärztlicher Leistungen durch Krankenhausärzte sowie dessen Degression
 2. ein verringertes Tagesentgelt bei ärztlicher Leistung durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte sowie dessen Degression
 3. soweit erforderlich weitere Tagesentgelte mit Degression



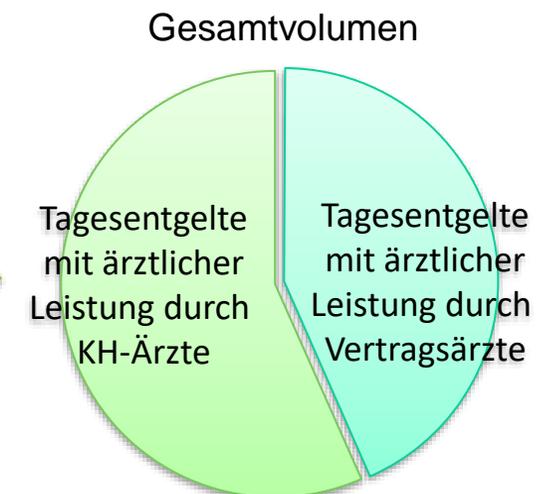
Landesverbände
Krankenkassen



sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtung

Tagesentgelt incl. ärztlicher Leistung

Tagesentgelt excl. ärztlicher Leistung



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

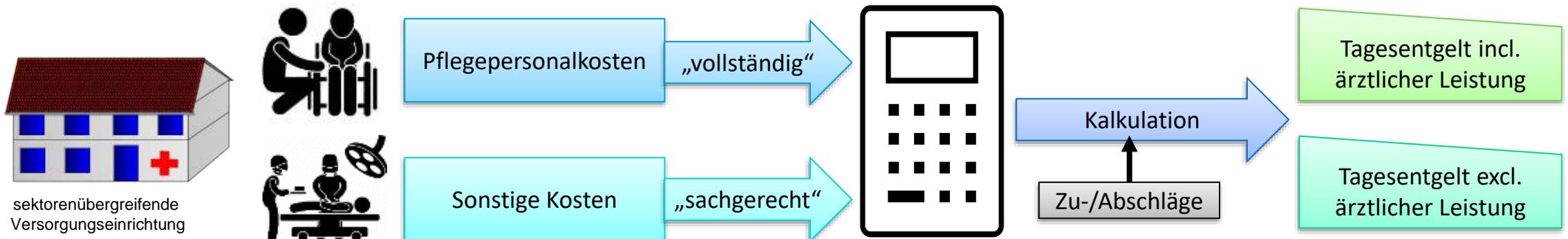
Vergütung über krankenhausespezifische degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(2) Sachgerechte Kalkulation der Tagesentgelte mit

- Berücksichtigung des Leistungsumfanges
- Abgrenzung anderer Leistungsbereiche
- Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung auf Bundesebene
- Vollständige Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Dabei sind die für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition und Abgrenzung der Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2 Satz 1 maßgeblich.
- Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen gemäß den Vorgaben der Vereinbarung auf Bundesebene
- Vollständiger Mehr-/Mindererlösausgleich bei abweichenden tatsächlichen Pflegepersonalkosten



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(3) Steigerungen und Abgrenzung des Gesamtvolumens

- Tagesgenaue Abgrenzung der Jahresüberlieger
- Steigerung gegenüber Vorjahr über den Veränderungswert hinaus nur aufgrund von
 - Pflegepersonalkosten
 - oder durch Veränderung von Art bzw. Menge der Leistungen
- Tarifraten wird berücksichtigt

(4) Voll- und teilstationäre Leistungen sowie medizinisch-pflegerischen Versorgung der Einrichtungen nach § 115g SGB V werden ausschließlich über die Tagesentgelte abgerechnet, für diese Leistungen dürfen keine anderen Entgelte berechnet werden.

Die Tagesentgelte dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

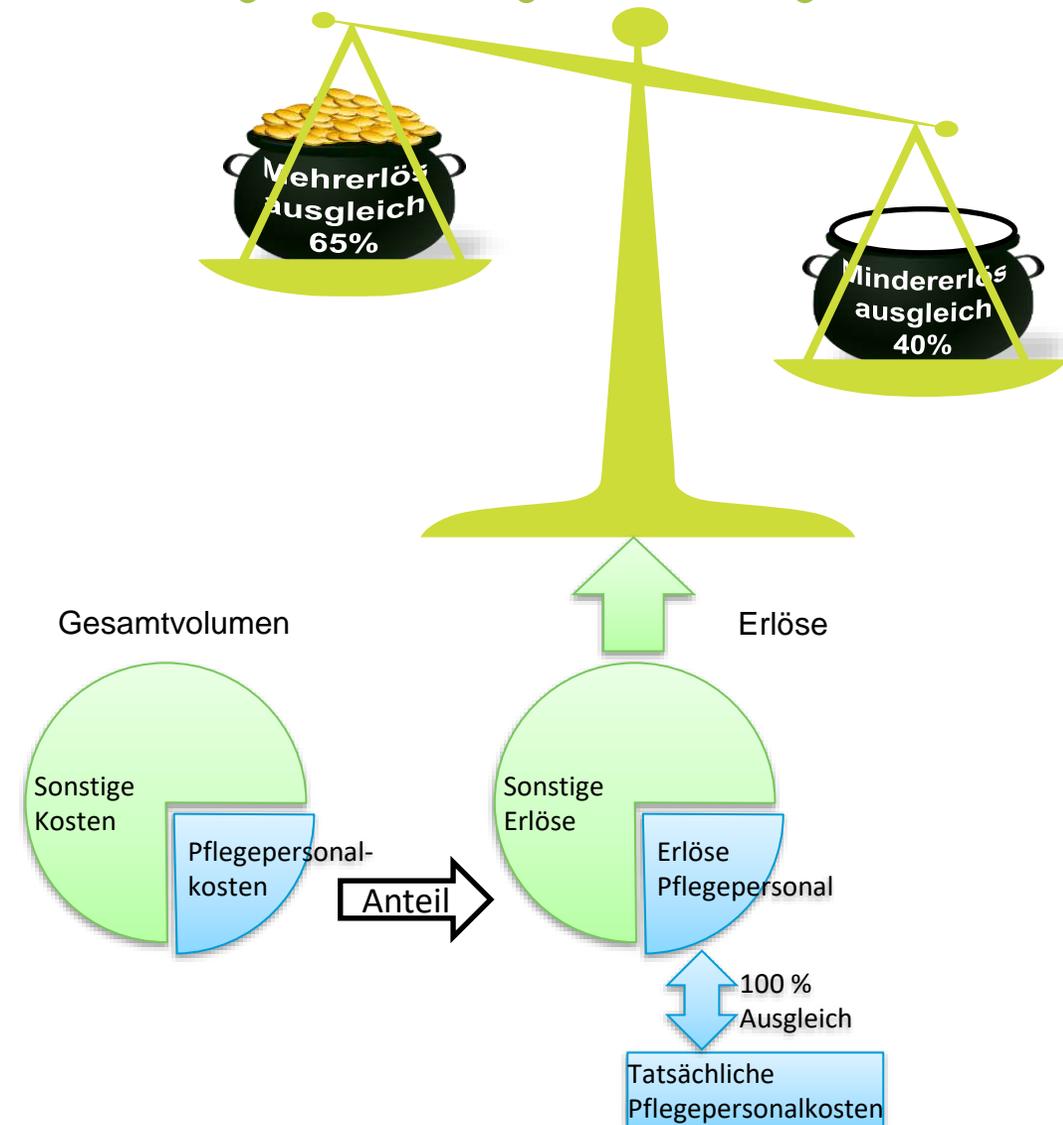
Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(5) Ausgleichsregelungen

- Mindererlöse gegenüber dem vereinbarten Gesamterlös werden zu 40% ausgeglichen
- Mehrerlöse werden zu 65% ausgeglichen
- Ausgenommen davon sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, diese werden jeweils zu 100% ausgeglichen
- Pflegepersonalkosten werden bei den Erlösen entsprechend Ihres Anteils am vereinbarten Gesamtbetrag berücksichtigt
- Grundlage ist eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung
 - über die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelte
 - Tatsächliche Pflegepersonalkosten
- Der Ausgleich erfolgt im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung
- Ausgleiche aufgrund der Weitergeltung bisheriger Tagesentgelte (bei nicht prospektiver Vereinbarung) werden im restlichen laufenden Budgetzeitraum ausgeglichen



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(6) Budgetverhandlungen

- Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren
 - Das Gesamtvolumen
 - die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte
 - Art und Menge der Leistungen
 - und die Mehr- oder Mindererlösausgleiche
- Regelungen aus § 11 Abs. 1 gelten entsprechend
- Die Vereinbarung ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen
- Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Unterlagen sind auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren
- Unverzögliche Verhandlungsaufnahme nach schriftlicher oder elektronischer Aufforderung durch eine Vertragspartei
- Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist (§ 18 Absatz 4 KHG) so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass der neue Erlösbetrag und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

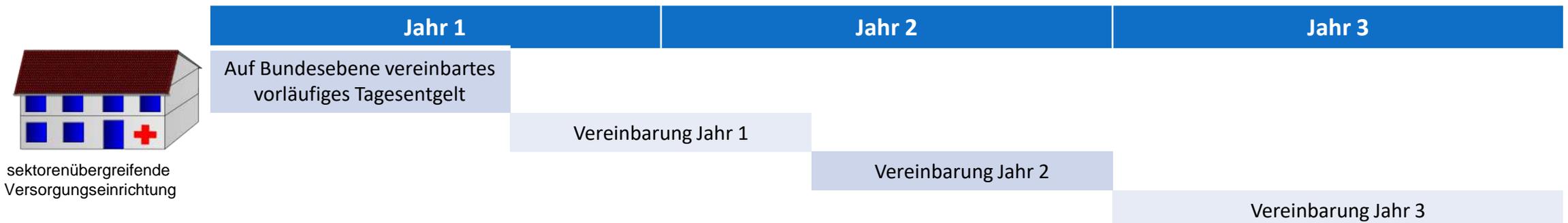
Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(8) Weitergeltung

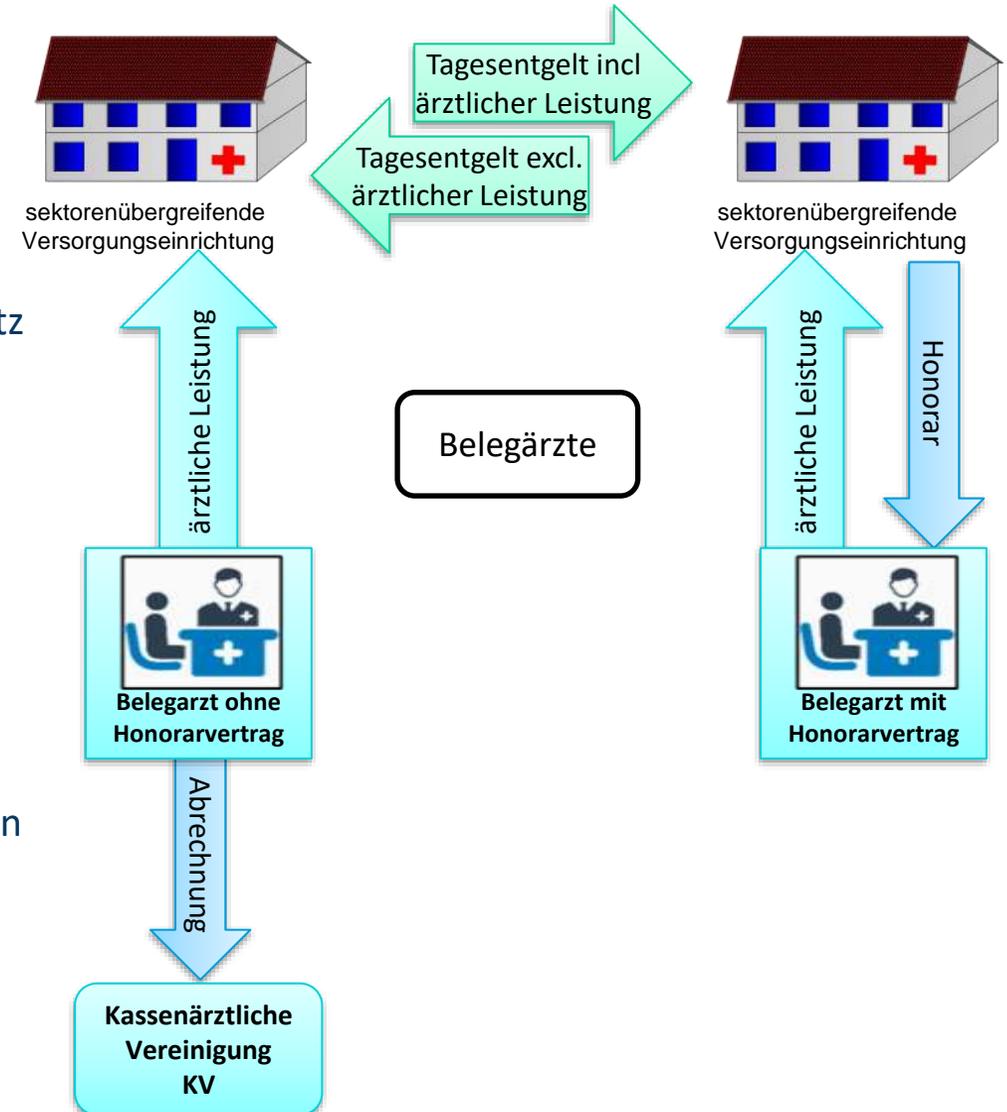
- Die für das Kalenderjahr zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben.
- Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist.
- Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben.
- Sofern bei der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses nach § 115g Abs. 1 SGB V zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, werden die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen krankenhausesindividuellen Tagesentgelte abgerechnet.



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung von durch Belegärzte erbrachter ärztlicher Leistungen

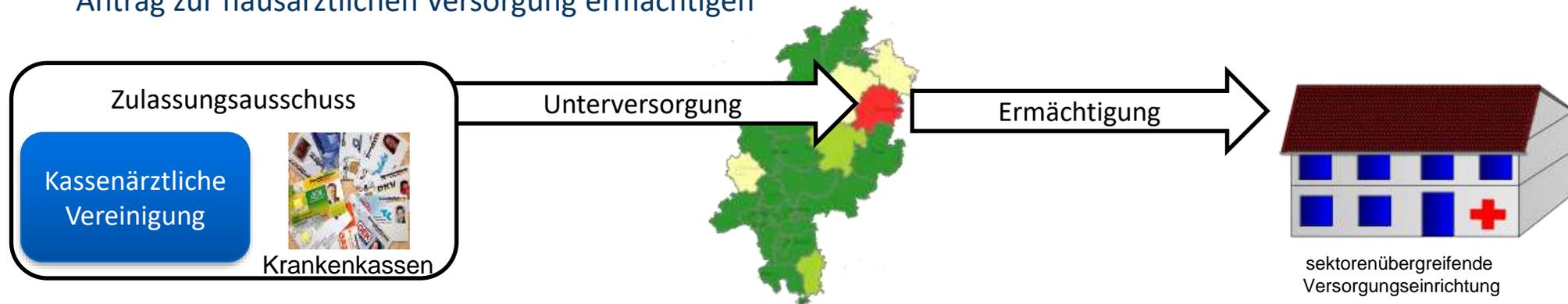
- § 18 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG
 - Für die in Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen durch Belegärztinnen und Belegärzte behandelten Fälle gelten die verringerten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 1 Nr. 2
 - Die belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Abs. 2 bis 4 SGB V (belegärztliche Abrechnung über das Vertragsarztsystem) vergütet
- § 18 Abs. 3 KHEntgG
 - Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 SGB V mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die vollen krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Ambulante Behandlung durch sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen bei drohender Unterversorgung

- Neuer § 116a Abs. 2 und 3
 - (2) Der Zulassungsausschuss **muss** sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1
 - für das entsprechende Fachgebiet
 - in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit **drohende Unterversorgung** nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.
 - (3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen



Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Bewertung

- Die hier vorgesehenen sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V sind eine bunte Mischung aus Krankenhaus, MVZ und Pflegeeinrichtung und bieten in dieser Form nur wenig Mehrwert und Durchlässigkeit, gegenüber entsprechenden Einzeleinrichtungen
- Die neue medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V ist eine weitere, nur vage definierte Behandlungsform, die eigene Regelungen und Abgrenzungen gegenüber anderen Behandlungsformen erfordert und damit weiteren bürokratischen Aufwand verursacht
- Die Regelungen zur Abrechnung über degressive Tagesentgelte und deren Vereinbarung sind zu komplex und verursachen erheblichen bürokratischen Aufwand
- Insbesondere die Trennung zwischen den Pflegekosten und den restlichen Kosten ist in der Abgrenzung für die Einrichtung aufwändig und verursacht bei den Verhandlungen erneut die gleichen Probleme und Aufwände, die bereits bei der Einführung des Pflegebudgets die Verhandlungen blockiert haben

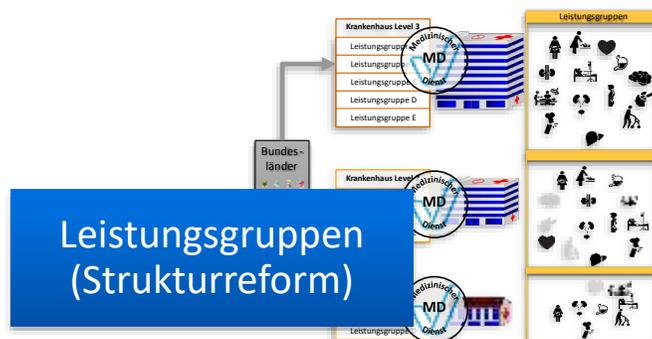
Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vorschläge/Forderungen

- Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V dürfen
 - voll- und teilstationär im Rahmen der ihnen zugewiesenen Leistungsgruppen
 - ambulant durch angestellte Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer uneingeschränkten Institutsermächtigung für die vorhandenen Fachrichtungen behandeln, sobald sie durch die Krankenhausplanungsbehörde beschieden sind
- Eine Einbindung von oder Kooperation mit Vertragsärzten ist zulässig
- Die Vergütung erfolgt auf Grundlage einer insgesamt sachgerechten auskömmlichen Kalkulation ohne besondere Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten
 - Die Sicherstellung ausreichenden Pflegepersonals erfolgt nach wie vor über die PpUGV bzw. die Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen und Versorgung
- Die Abrechnung ambulanter Leistungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erfolgt direkt mit den Krankenkassen
- Die Budgetverhandlungen und Vereinbarungen werden vereinfacht

Teil II

Strukturreform durch Leistungsgruppen



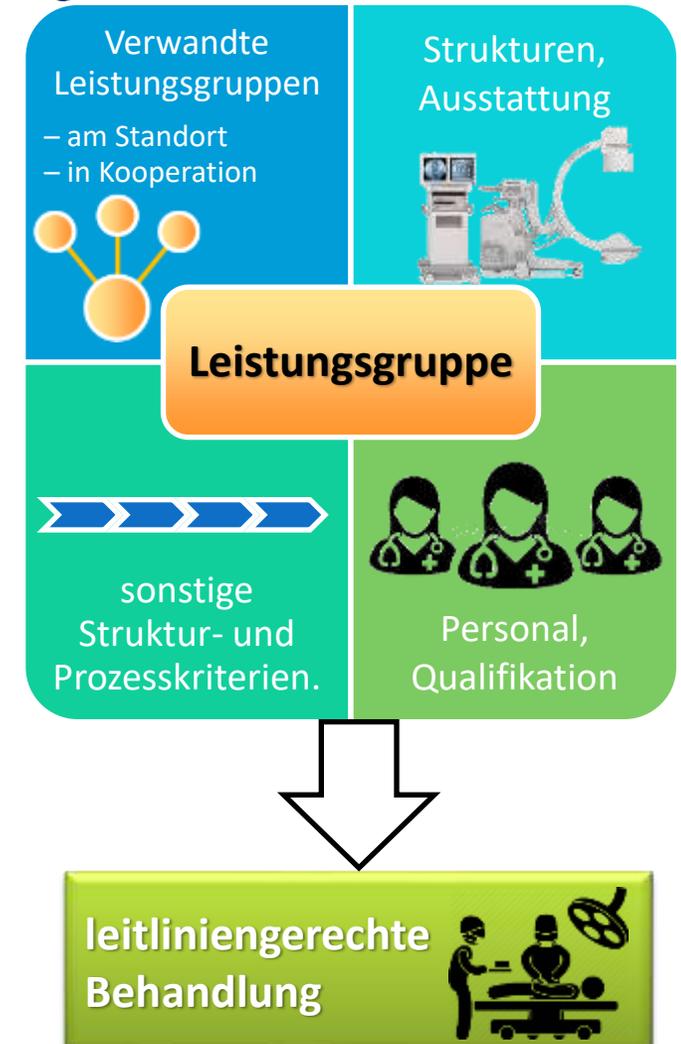
Strukturreform durch Leistungsgruppen

Leistungsgruppen als Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135e SGB V

(1) Bundeseinheitliche Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlung

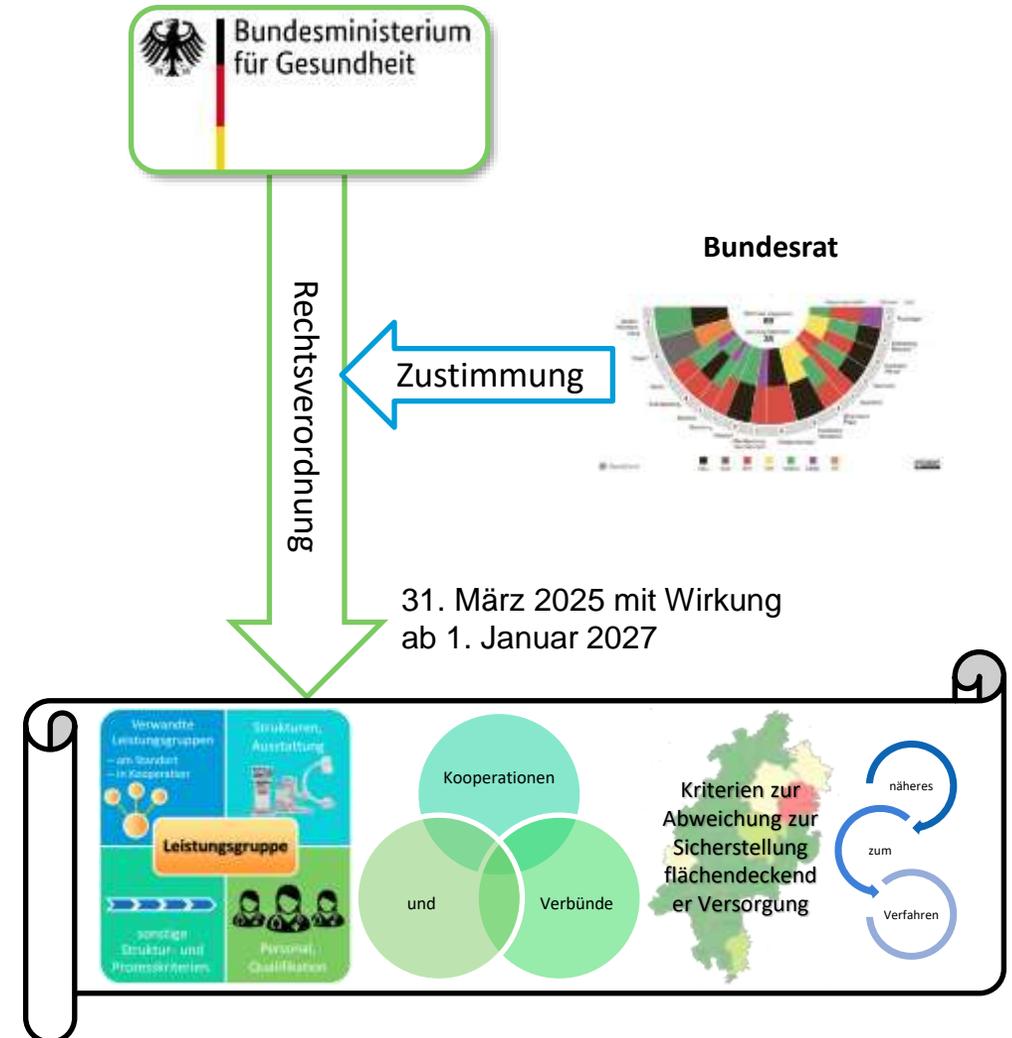
- insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
- Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt
- Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der erbrachten Leistungsgruppen zu erfüllen.
- Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 2. sachliche Ausstattung,
 3. personelle Ausstattung sowie
 4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.
- Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

Leistungsgruppen als Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135e SGB V
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt,
 - mit Zustimmung des Bundesrates
 - durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:
 1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien,
 2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,
 3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie
 4. das Nähere zum Verfahren.
 - Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen.



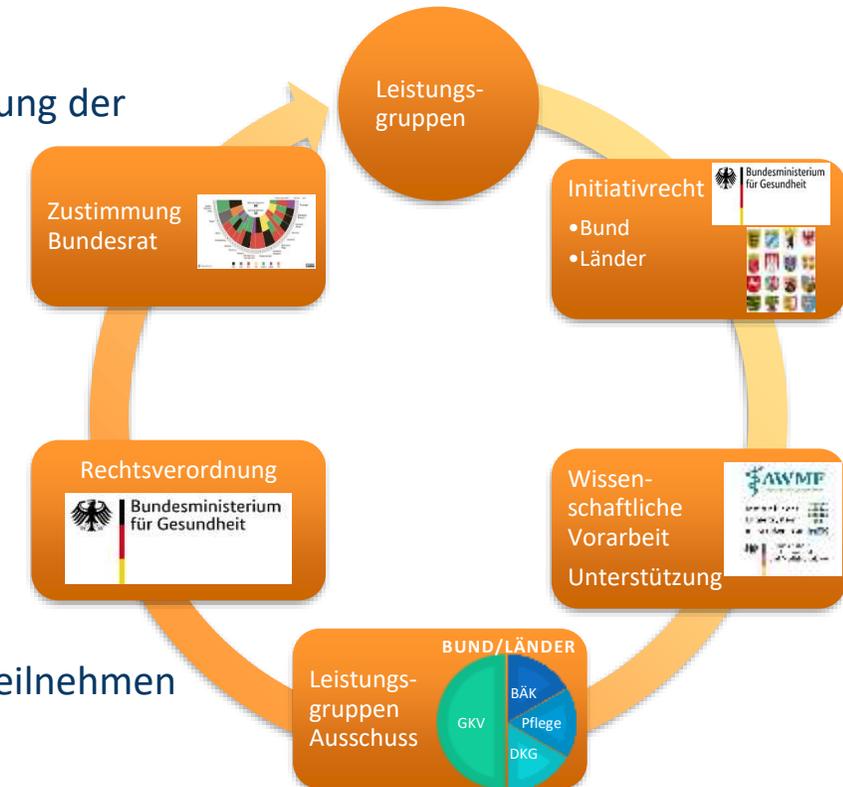
Strukturreform durch Leistungsgruppen

Leistungsgruppen als Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135e SGB V

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen ein

- Leitung durch das BMG gemeinsam mit den Ländern
- BMG oder Länder können eine Weiterentwicklung anstoßen
- Der Ausschuss hat zunächst einen Vorschlag der AWMF einzuholen.
- InEK und BfArm werden mit Unterstützungsleistungen beauftragt
- Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern
 - des GKV-SV
 - der DKG, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe
- Patientenorganisationen können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen
- Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen
- Der Ausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung unter Genehmigungsvorbehalt des BMG
- Es wird eine Geschäftsstelle beim BMG eingerichtet



Strukturreform durch Leistungsgruppen

Leistungsgruppen als Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135e SGB V

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 gelten

1. die Leistungsgruppen aus Anlage 1 (NRW ergänzt um weitere Leistungsgruppen)
 2. die Qualitätskriterien des Krankenhausplans NRW vom 27.04.2022
 3. die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin).
- Soweit die Qualitätskriterien Vorgaben enthalten, die nur für das Land Nordrhein-Westfalen gelten, erarbeitet und veröffentlicht der Medizinische Dienst Bund bis zum [drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes] eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes.
 - Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung können die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 KHG erfüllt werden.
 - Gilt auch für Fachkrankenhäuser, wobei hier die PKW-Fahrzeit-Minuten (§ 6a Absatz 2 Satz 2 und 3) keine Anwendung finden
 - Am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden.
 - Das gilt nicht für die Leistungsgruppen Nummer 1 (Allgemeine Innere Medizin) und 14 (Allgemeine Chirurgie).

Strukturreform durch Leistungsgruppen

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135f SGB V

(1) Für die Leistungsgruppen nach § 135e gilt jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen).

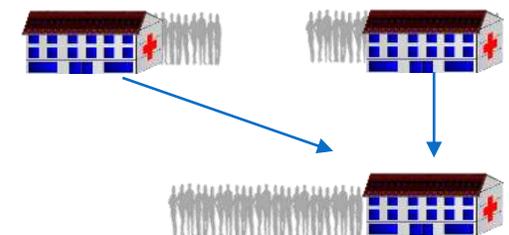


Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

1. Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,
2. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie
3. Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12.



- Erfüllung der Mindestvorhaltezahl Voraussetzung für Vorhaltevergütung der jeweiligen Leistungsgruppe
- Die Mindestvorhaltezahl gilt für das nächste Jahr als erfüllt, wenn gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des KHEntgG die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts im Vorjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht.
- Bei geplanter Verlagerung von Leistungen von zwei auf einen Standort gilt die Mindestvorhaltezahl für den Standort, der die Leistung weiter erbringt, als erfüllt, wenn bisher an beiden Standorten zusammen die notwendige Anzahl erreicht wurde.
 - Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde informiert darüber unverzüglich das InEK.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135f SGB V
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit, unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen nach § 135e zu erarbeiten; die Empfehlung soll in Form eines Perzentils der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe erfolgen.

Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d veröffentlichten Datenauswertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

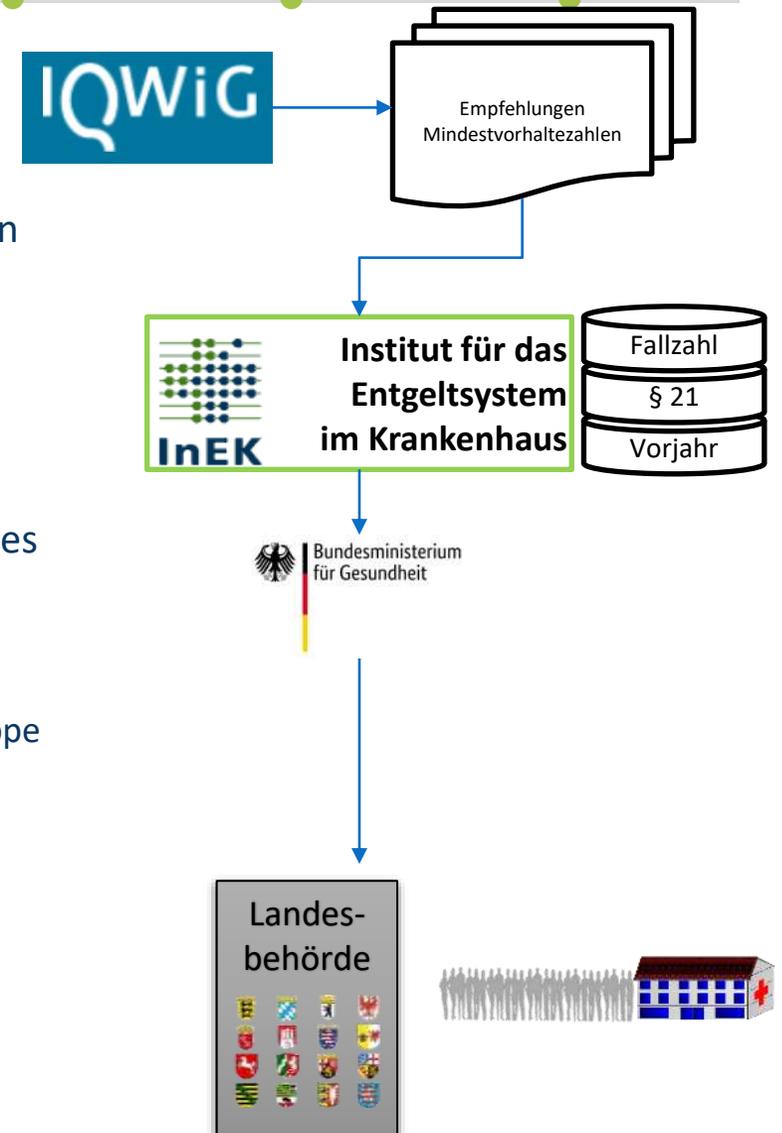
Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit legt die Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem InEKvor.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135f SGB V
- (3) Das InEK erstellt anhand der Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG Auswertungen zu den Auswirkungen der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach Absatz 2 auf die Anzahl und Verteilung der Krankenhausstandorte, die die Mindestvorhaltezahlen erfüllen würden.
 - Auswirkungen auf Fahrzeiten sind einzubeziehen
 - Vorlage beim BMG innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Empfehlungen des IQWiG
 - Übermittlung an die zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Jahres
 - die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts je Leistungsgruppe nach § 21 KHEntgG und
 - die Information, welcher Krankenhausstandort für das jeweils nächste Kalenderjahr die nach Absatz 5 bekannt gegebene Mindestvorhaltezahl welcher Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 4 bis 6 erfüllt oder nicht erfüllt.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

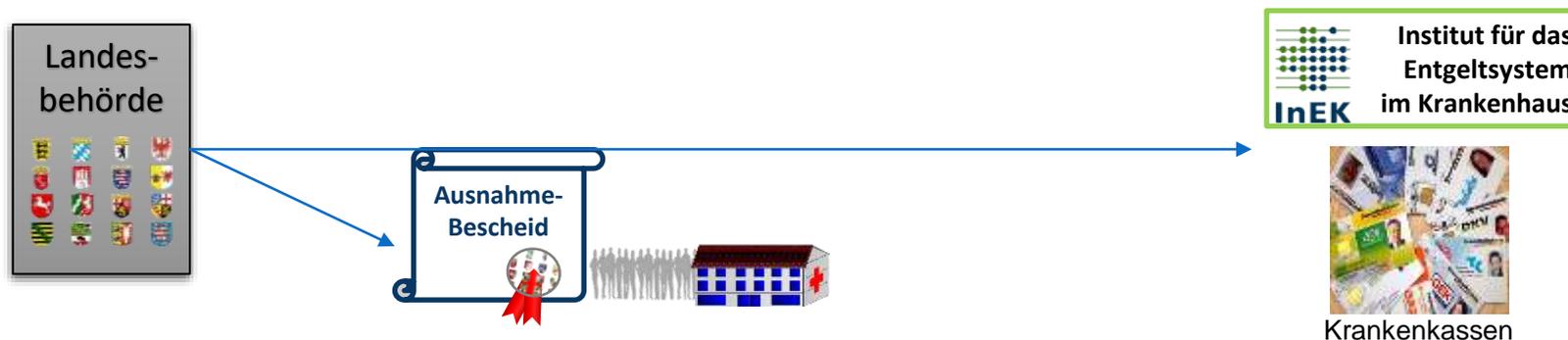
- Neuer § 135f SGB V

(4) Absatz 1 Satz 3 gilt nicht, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

§ 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.

Die Entscheidung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid.

Die für zuständige Landesbehörde teilt dem InEK, den Landesverbänden der Krankenkassen erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt.



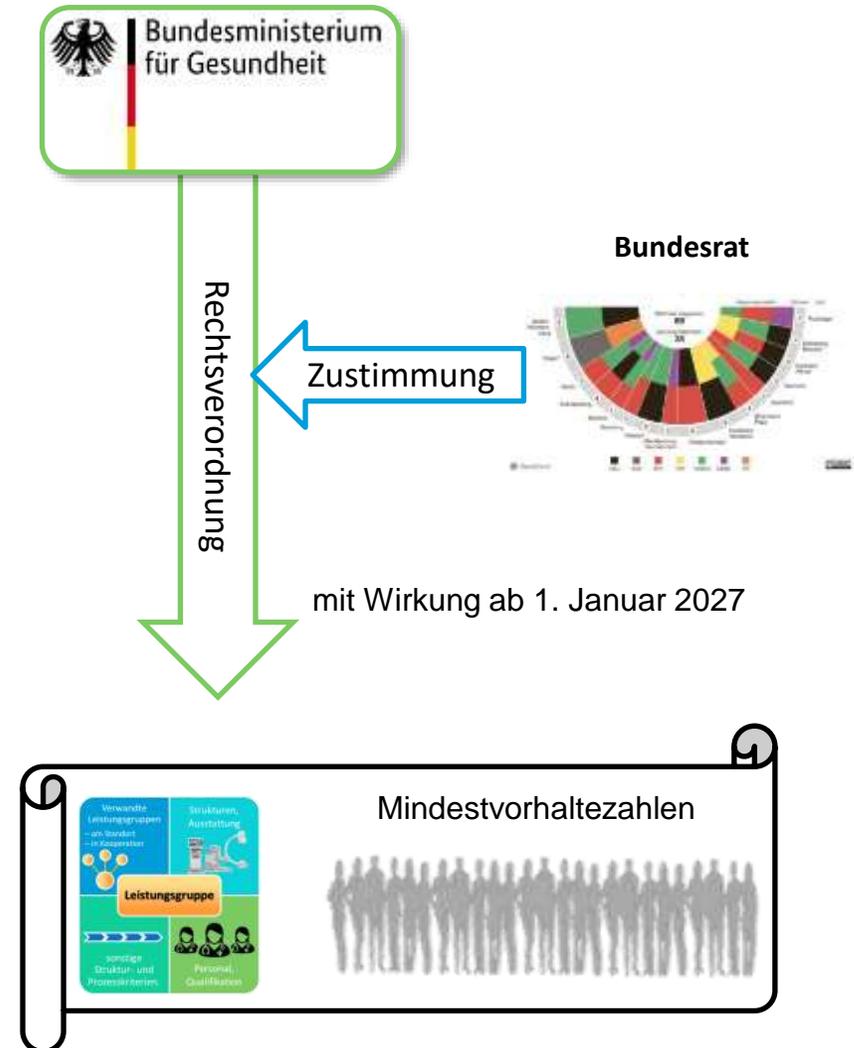
Strukturreform durch Leistungsgruppen

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung

- Neuer § 135f SGB V
- (5) Das Bundesministerium für Gesundheit legt Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach Absatz 2 sowie der Auswertungen und der Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest.

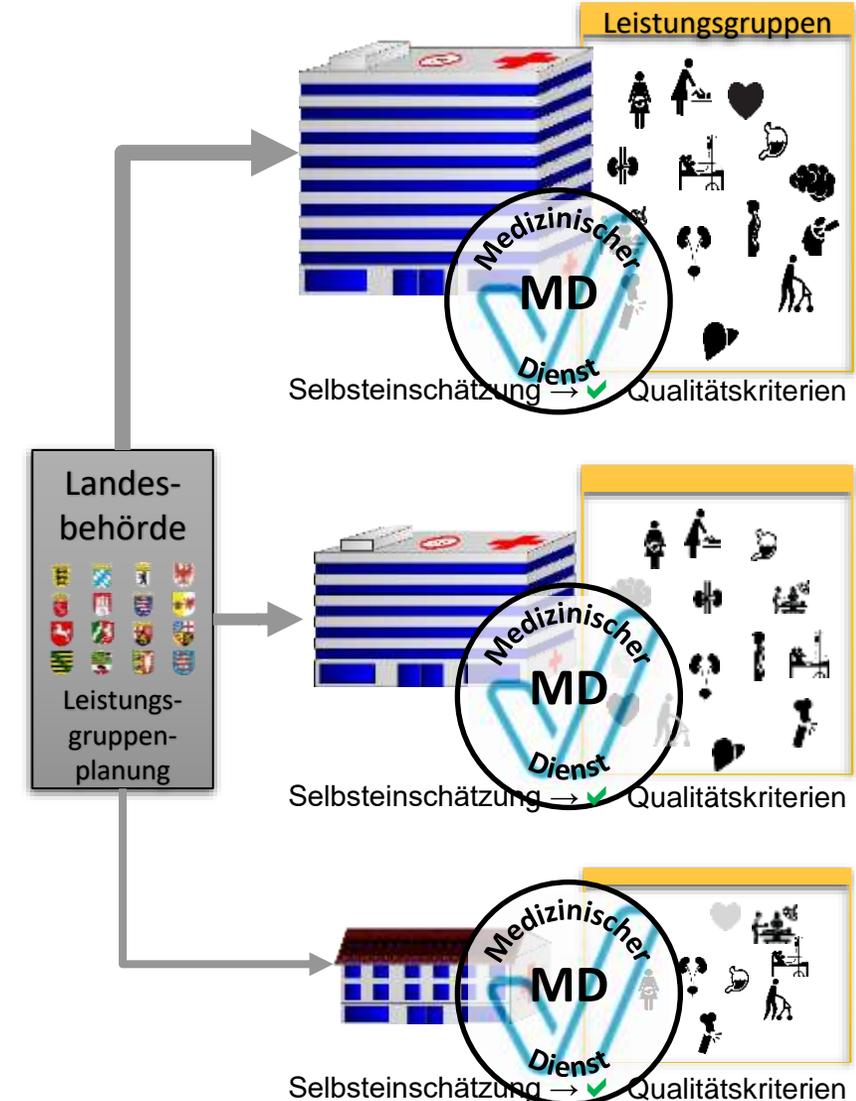
Die Festlegungen erfolgen erstmalig bis zum [ein Jahr nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027.

Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen regelmäßig.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Zuweisung von Leistungsgruppen
 - Neuer §6a KHG
- (1) Die zuständige Landesbehörde weist den zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zu.
- Standort gemäß des Standortverzeichnisses von GKV-SV und DKG
 - Voraussetzung ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien
 - Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht
 - Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen
 - Bis zum Vorliegen des Gutachtens kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Gutachten ersetzt die Selbsteinschätzung.
 - Bundeswehrkrankenhäusern und BG-Kliniken sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach ihrer Aufgabenstellung Ressourcen vorhalten.
 - Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.



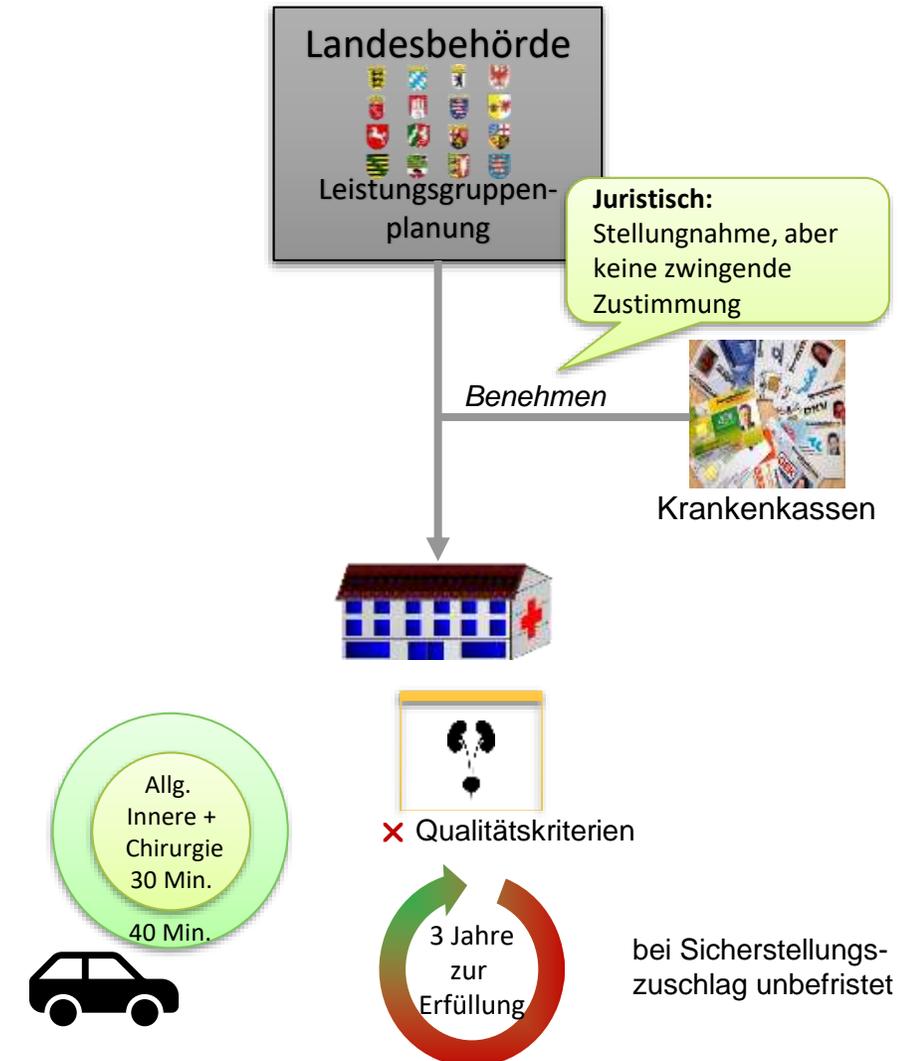
Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Zuweisung von Leistungsgruppen
 - Neuer §6a KHG
- (2) Abweichend davon kann die die Krankenhausplanungsbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn
- dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich und
 - in der Leistungsgruppenverordnung nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist

Die Zuweisung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist zwingend erforderlich, bei Entfernung (Fahrzeit) eines entsprechenden Krankenhauses

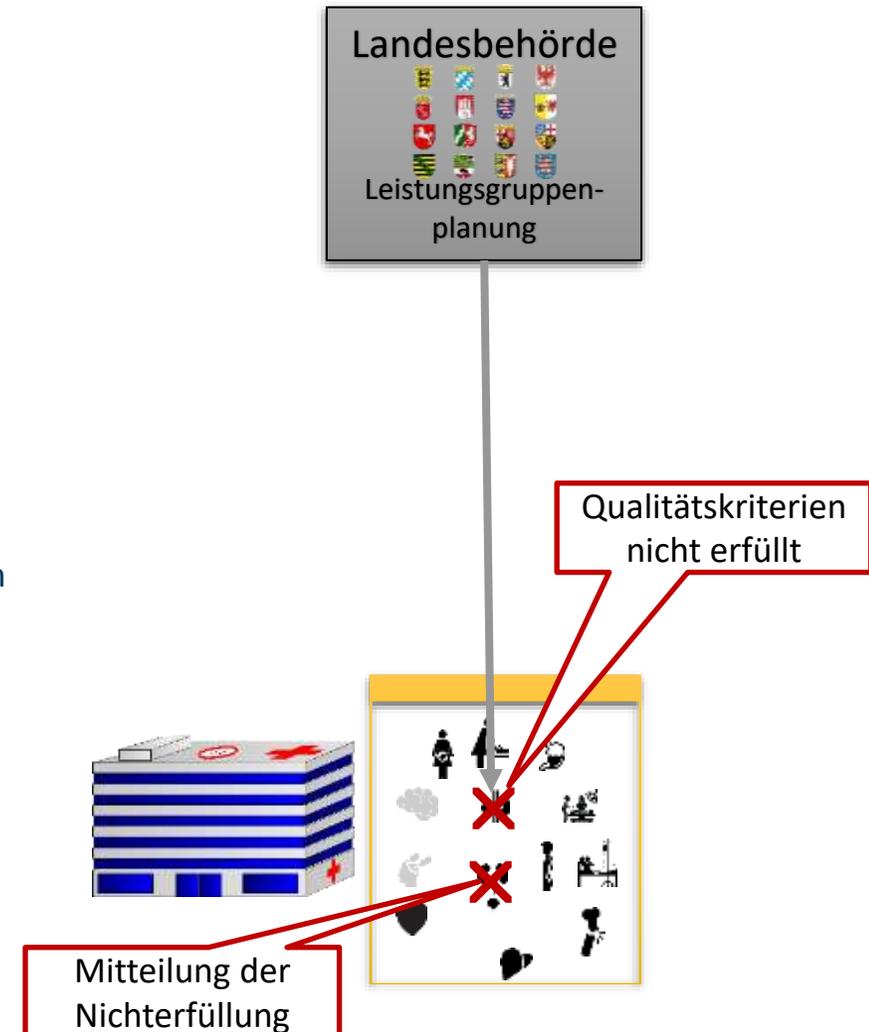
1. 30 PKW-Fahrtzeitminuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie
2. 40 PKW-Fahrtzeitminuten für die übrigen Leistungsgruppen

- Auflage zur Erfüllung der Qualitätskriterien sind in einer Frist von drei Jahren
- Ist das Krankenhaus in der Liste für den Sicherstellungszuschlag (§ 9 Absatz 1a Nr. 6 KHEntgG) aufgenommen, kann die Zuweisung unbefristet erfolgen
- Landesbehörde kann sich durch MD beraten lassen
- Die Landesverbände der Krankenkassen handeln gemeinsam und einheitlich



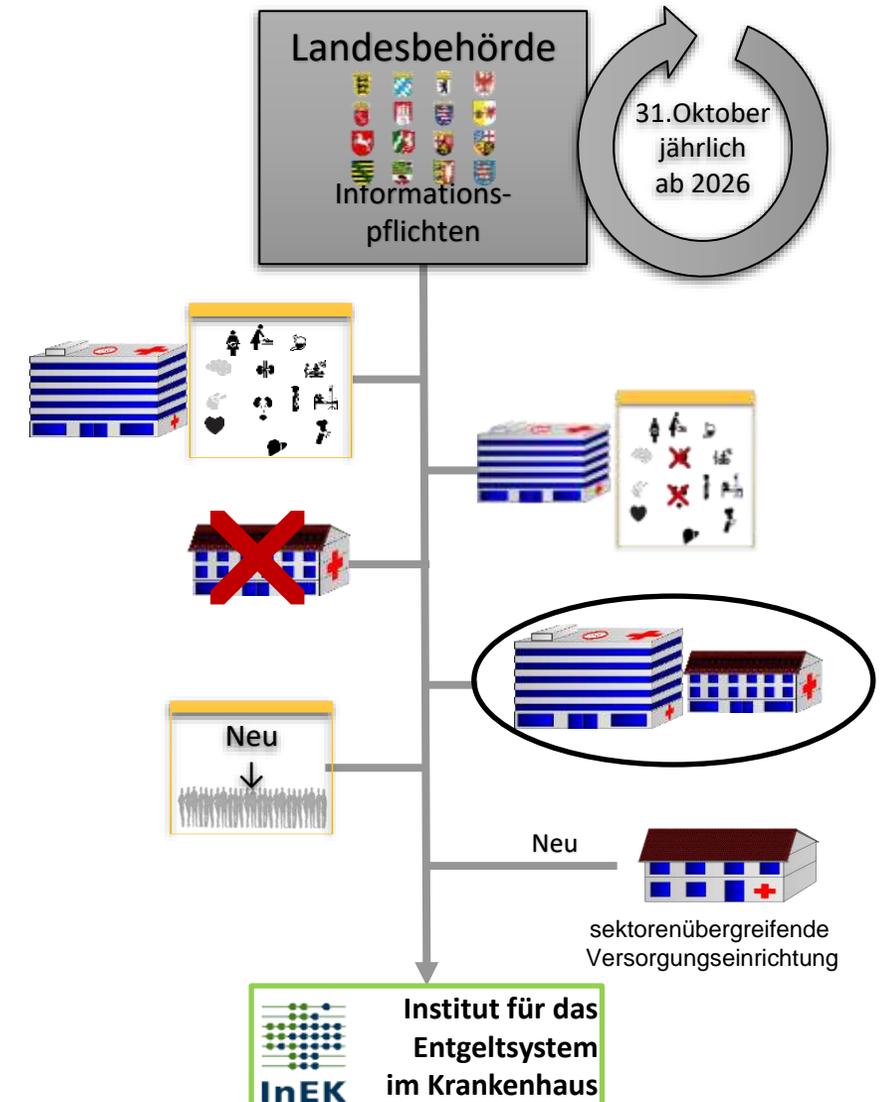
Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Zuweisung von Leistungsgruppen
 - Neuer §6a KHG
- (3) Die Zuweisung der Leistungsgruppe ist unverzüglich aufzuheben, wenn
1. das Krankenhaus die Auflage nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 nicht erfüllt,
 2. die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllt sind
 - insbesondere wenn das Krankenhaus oder der Medizinische Dienst mitteilt, dass die Kriterien nicht mehr erfüllt sind
 3. die Geltungsdauer des Gutachtens des Medizinischen Dienstes überschritten ist
- Ist absehbar, dass die gemeldete Nichterfüllung der Kriterien nicht länger als drei Monate andauert, kann die Landesbehörde eine Frist zur Erfüllung der Kriterien von drei Monaten setzen
 - Die Landesbehörde hat eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einzuholen
 - Die Landesbehörde von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 vorliegen
 - Die Aufhebung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid.
Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben
 - Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Zuweisung von Leistungsgruppen
- Neuer §6a KHG
- (4) Informationspflichten der Landesbehörde
 - An das InEK erstmals zum 31.10.2026, danach jährlich zum 31.10
 1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort nach zugewiesenen Leistungsgruppen
 2. Zeitpunkt der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe
 3. den Zeitpunkt des Ausscheidens eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung,
 4. den Zeitpunkt des vollständigen oder teilweisen Zusammenschlusses mehrerer Krankenhäuser und
 5. im Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung einer Leistungsgruppe die Planfallzahl (§ 37 Absatz 2 KHG)
 6. Die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorübergreifende Versorgungseinrichtung sofern es vorher stationäre Leistungen über DRG abgerechnet hat und den Zeitpunkt, ab dem Tagesentgelte abgerechnet werden
 - An das IQTIG unverzüglich, wenn eine Leistungsgruppe aufgehoben wird



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Zuweisung von Leistungsgruppen
- Neuer §6a KHG

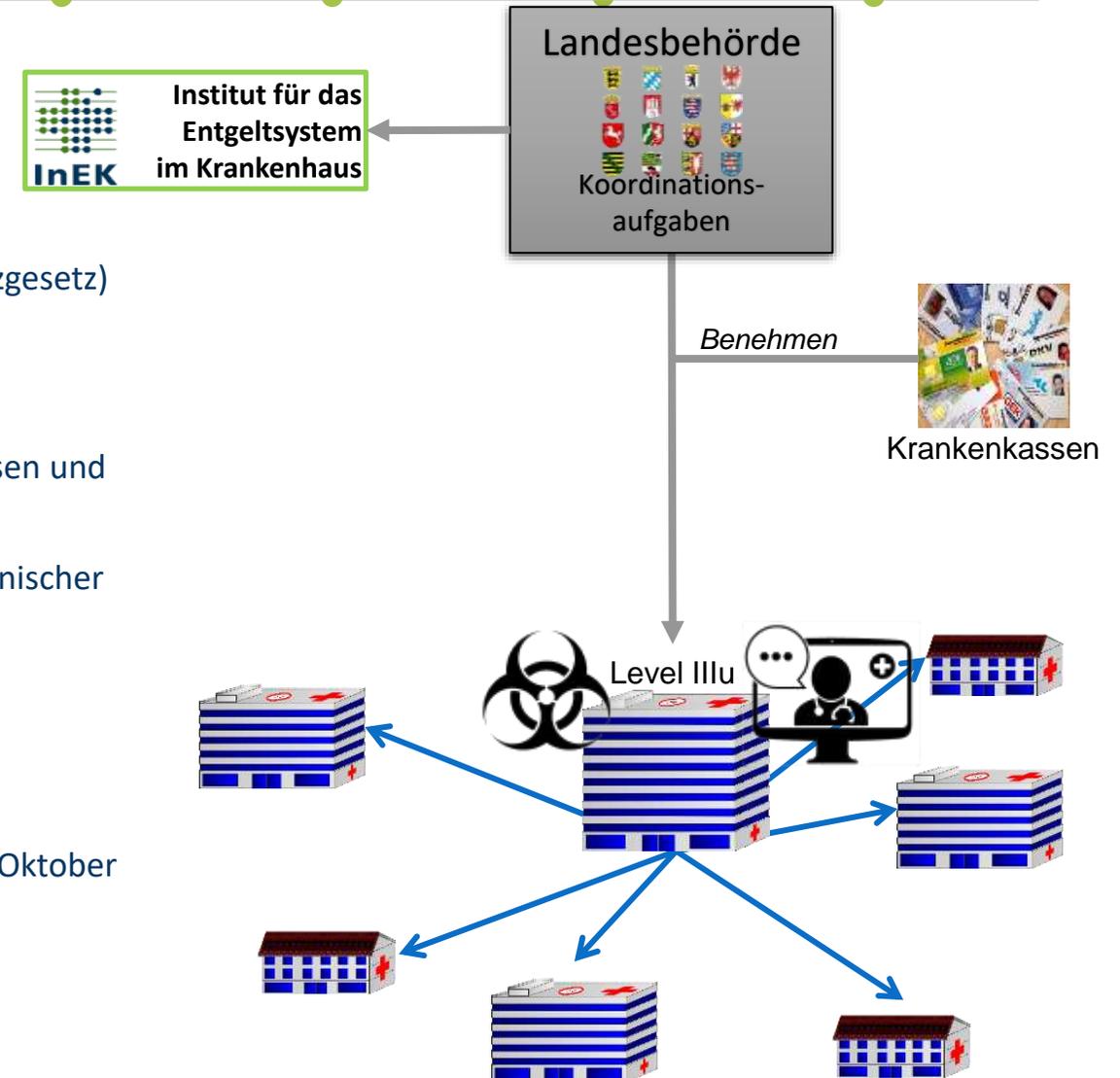
(5) Zuweisung von Koordinierungsaufgaben

- Die Landesbehörde kann Krankenhäusern (Level III(u) nach Transparenzgesetz)
 - im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen

folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

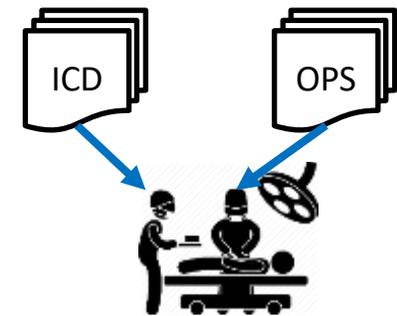
1. Krankenhausübergreifende Koordination von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und
2. Aufbau und die Koordination regionaler insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke.

- Näheres regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene
- Nur Krankenhäuser Level IIIu nach dem Transparenzgesetz
 - Gibt es in dem jeweiligen Land kein Level IIIu dann auch Level III
- Landesbehörde hat das InEK über die Zuweisung erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jährlich zum 31. Oktober zu informieren



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Onkologische Operationen
- Neuer § 40 KHG
 - (1) Definition chirurgischer Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose durch das BfArm
 - Definition über ICD und OPS durch das BfARM
 - Übermittlung an das InEK bis zum 28.02.2025
 - Stellungnahme durch die Deutsche Krebsgesellschaft
 - Definition entsprechender Indikationsbereiche durch das InEK unter Beteiligung der Deutschen Krebsgesellschaft
 - InEK erstellte eine Liste nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen bis zum 30.04.2025
 - Danach jährliche Anpassung durch BfArm und InEK bis zum 31.12. des jeweiligen Jahres



chirurgische Leistungen bei
onkologischer Diagnose



LG/Ind.	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
3								
...								

Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Onkologische Operationen
- Neuer § 40 KHG
 - (2) Liste der Leistungserbringer durch das InEK
 - Identifikation der Standorte mit Leistungen der Liste nach Abs. 1
 - Sortierung absteigend nach Anzahl der Fälle im jeweiligen Indikationsbereich
 - Veröffentlichung einer Liste der Krankenhausstandorte je Indikationsbereich mit den wenigsten Fällen, die zusammen 15% der Fälle des Indikationsbereichs erbringen bis 31.05.2025
 - Eindeutige Zuordnung von Fällen zu Indikationsbereichen und Zertifizierung entsprechender IT-Lösungen
 - Übermittlung der Liste an das IQTIG
 - **Anm: Es fehlt eine Regelung zur jährlichen Aktualisierung**

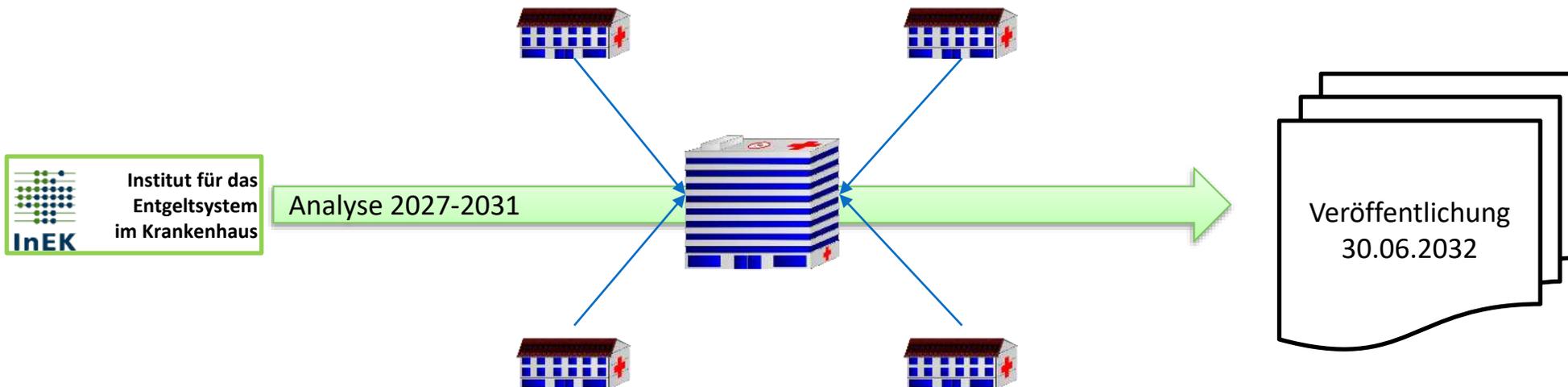
 Institut für das
Entgeltsystem
im Krankenhaus

FZ/Ind.	1	2	...
100%			
95%			
...			
20%			
15%			
10%			
5%			

Veröffentlichung

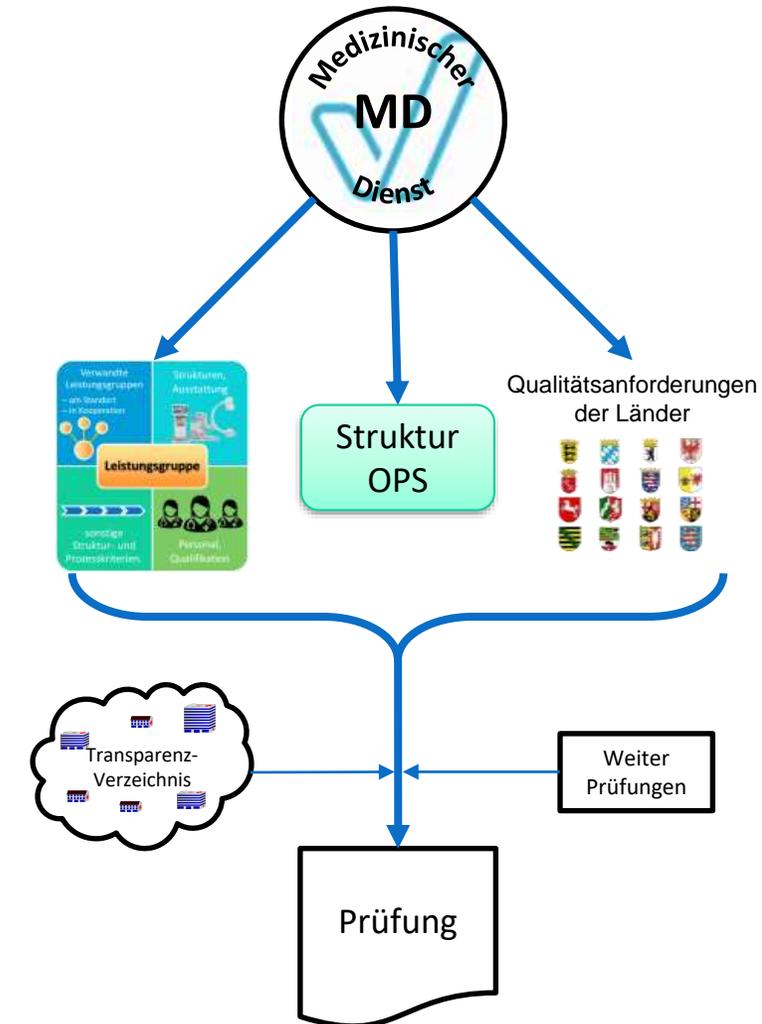
Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Onkologische Operationen
- Neuer § 40 KHG
- (3) Analyse der Auswirkungen durch das InEK
 - Analyse der Auswirkungen der Spezialisierung in den Jahren 2027 bis 2031
 - Empfehlungen zur Weiterentwicklung
 - Veröffentlichung der Analyse bis zum 30.06.2032



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
 - Neuregelung § 275a SGB V
- (1) Der Medizinische Dienst führt in den Krankenhäusern standortbezogen Prüfungen durch zur Einhaltung
1. der Qualitätskriterien nach § 135e (Leistungsgruppen),
 2. von Strukturmerkmalen auf Grund des vom BfArm herausgegebenen OPS nach § 301 Absatz 2,
 3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c, einschließlich der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung, sowie
 4. der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.
- *Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten.*
 - In der Regel schriftlich
 - Soweit möglich aufeinander abgestimmt unter Verwendung von Nachweisen und Erkenntnissen aus anderen Prüfungen und dem Transparenzverzeichnis
 - Krankenhäuser haben angeforderte Daten innerhalb von sechs Wochen auf elektronischem Weg zu übermitteln
 - Örtlich zuständiger MD
 - Richtlinie des MD-Bund



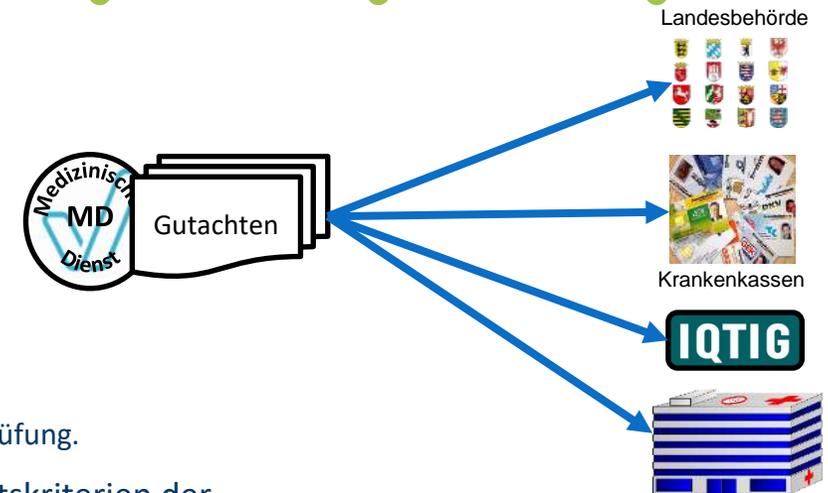
Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
 - Neuregelung § 275a SGB V
- (2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen
- Gilt auch bei der Vereinbarung von Leistungsgruppen in Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V durch die Krankenkassen
 - Die Anzahl der zu prüfenden Leistungsgruppen bestimmt sich abschließend nach dem konkreten Auftrag.
 - Der Medizinische Dienst hat eine entsprechende Prüfung eines Krankenhauses unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden zuzusenden.
 - Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären; sofern erforderlich, ist das Gutachten zu korrigieren.
 - Die erstmaligen Prüfungen sind bis spätestens zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat diese erstmaligen Prüfungen bis spätestens zum 30. Juni 2026 abzuschließen.
 - Für zukünftige Folgeprüfungen ist der Medizinische Dienst rechtzeitig vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 Satz 2 zu beauftragen.

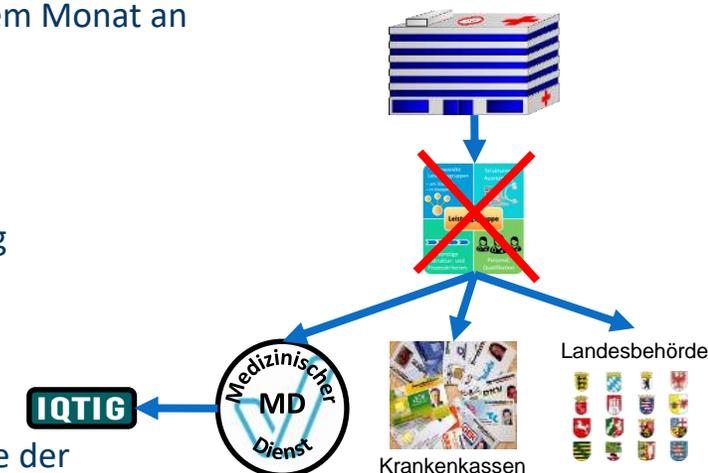


Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Neuregelung § 275a SGB V
- (3) Nach Abschluss des Verfahrens gemäß Absatz 2 Satz 5 übermittelt der MD
 - der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde
 - den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
 - dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
 - und dem geprüften Krankenhaus auf elektronischem Wege das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung.

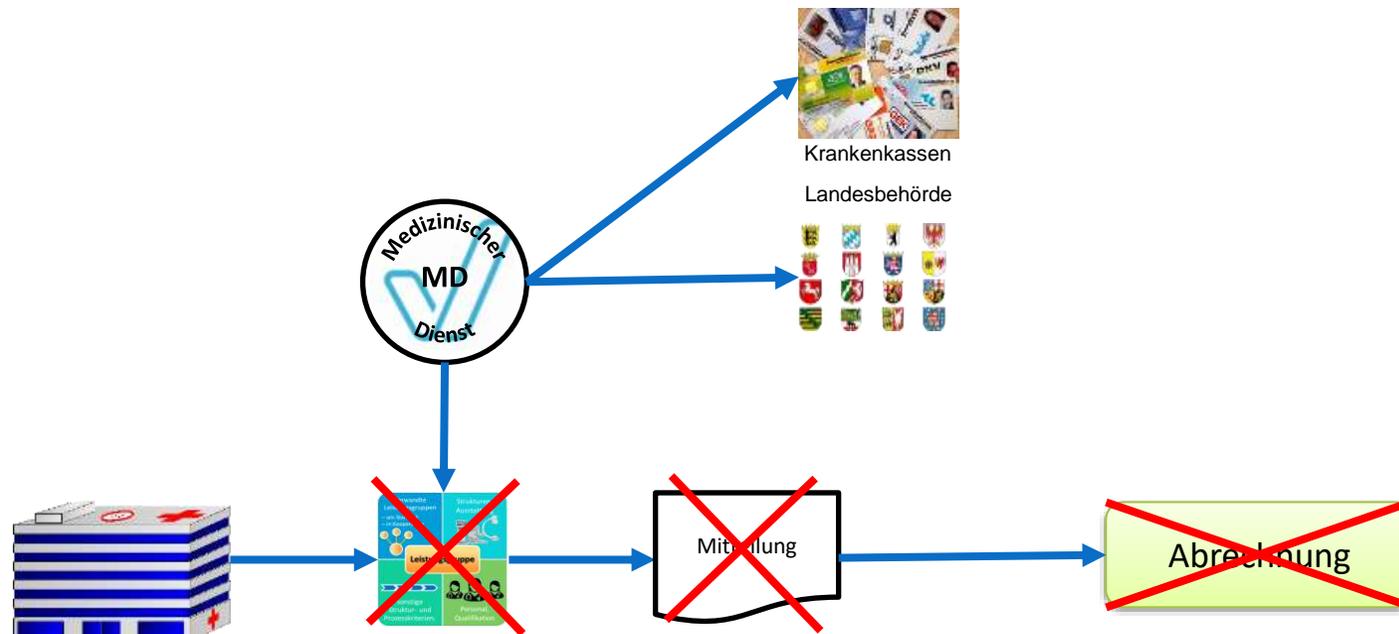


- Das Gutachten gilt längstens für zwei Jahre als Nachweis über die Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.
- Unverzügliche Meldung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung der Qualitätskriterien von mehr als einem Monat an
 - Medizinischen Dienst,
 - der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde
 - sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen
- Stellt der MD fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich
 - die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde
 - sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.
- Der MD informiert das IQTIG unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 3 oder aufgrund sonstiger Erkenntnisse nach Satz 4.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
 - Neuregelung § 275a SGB V
- (4) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen in der jeweiligen Leistungsgruppe erbrachte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht abrechnen.
- Satz 1 gilt nicht, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Kenntnis von der nicht oder nicht rechtzeitig erfolgten Meldung von der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe absieht.



Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Neuregelung § 275a SGB V

(5) Strukturprüfungen (bisher § 275d SGB V)

- Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom BfARM herausgegebenen OPS durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.
- Die Prüfung wird durch einen Bescheid abgeschlossen.
- Die Krankenhäuser erhalten vom MD in elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird.
- Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Satz 3 den Landesverbänden der Krankenkassen jeweils anlässlich Budgetvereinbarung auf elektronischem Wege zu übermitteln.
- Mitteilungspflicht an Krankenkassen und MD bei Nichteinhaltung der Strukturmerkmale über mehr als einen Monat
- Krankenhäuser, die die Strukturvoraussetzungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Neuregelung § 275a SGB V
- (6) Vorläufige Abrechnung von Komplexleistungen (bisher § 275d SGB V)
 - Abweichend Abrechnung der Leistungen auch ohne Prüfergebnis bis zum 30.06. eines Jahres möglich, wenn
 1. das Krankenhaus bis zum 31.12. des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen MD und den Krankenkassen mitteilt, dass die Strukturmerkmale als erfüllt und nachweisbar angesehen werden **und**
 2. der entsprechende OPS-Kode erstmals vergütungsrelevant ist
 - Abweichend Abrechnung der Leistungen auch ohne Prüfergebnis für 6 Monate möglich, wenn
 1. das Krankenhaus bis zum 31.12. des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen MD und den Krankenkassen mitteilt, dass die Strukturmerkmale seit drei Monaten als erfüllt und nachweisbar angesehen werden **und**
 2. in den letzten 12 Monaten keine entsprechende Anzeige für diesen Code gestellt wurde
 - Unverzögliche Mitteilung an die Krankenkassen, wenn nach Abschluss einer Strukturprüfung keine Bescheinigung durch den MD erteilt (Ablehnung)

Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Neuregelung § 275a SGB V
- (6) Vorläufige Abrechnung von Komplexleistungen (bisher § 275d SGB V)
 - Abweichend Abrechnung der Leistungen auch ohne Prüfergebnis bis zum 30.06. eines Jahres möglich, wenn
 1. das Krankenhaus bis zum 31.12 des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen MD und den Krankenkassen mitteilt, dass die Strukturmerkmale als erfüllt und nachweisbar angesehen werden **und**
 2. der entsprechende OPS-Kode erstmals vergütungsrelevant ist
 - Abweichend Abrechnung der Leistungen auch ohne Prüfergebnis für 6 Monate möglich, wenn
 1. das Krankenhaus bis zum 31.12 des jeweiligen Vorjahres dem zuständigen MD und den Krankenkassen mitteilt, dass die Strukturmerkmale seit drei Monaten als erfüllt und nachweisbar angesehen werden **und**
 2. in den letzten 12 Monaten keine entsprechende Anzeige für diesen Kode gestellt wurde
 - Unverzögliche Mitteilung an die Krankenkassen, wenn nach Abschluss einer Strukturprüfung keine Bescheinigung durch den MD erteilt (Ablehnung)
- Aufhebung § 275d SGB V

Strukturreform durch Leistungsgruppen

- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Neuregelung § 17c KHG

(1a) Neuregelung der Abrechnungsprüfung ab 2027

- Ab 01.01.2027 (**Bezug (Fall, Rechnung, Prüfung)? unklar**) wird die Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung des Medizinischen Dienstes ersetzt
 - Konzept des MD-Bund über eine Stichprobenprüfung bis zum 28.02.2026 und Vorlage an GKV-SV und DKG
 - Vereinbarung der Stichprobenprüfung zwischen GKV-SV und DKG auf Grundlage des Konzepts bis 30.06.2026, insbesondere zu
 - Methodik der Prüfung und des Umfangs der Stichprobe
 - Ausgestaltung und Abfolge des Prüfverfahrens, Zuständigkeiten, Fristen und Intervallen
 - Umgang mit Beanstandungen und deren finanzieller Ausgleich
 - Dokumentationspflichten der Beteiligten, insbesondere des MD
 - Bei Nichteinigung Festlegung durch Bundesschiedsstelle
-
- Weitere Regelungen zum Medizinischen Dienst
 - Unter anderem Aufbau einer Datenbank für Prüfergebnisse

Strukturreform durch Leistungsgruppen

Wesentliche Änderungen gegenüber dem Arbeitsentwurf aus November 2023

- Ergänzt wurde § 135f SGB V mit Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen mit Auswirkung auf die Vorhaltefinanzierung der jeweiligen Leistungsgruppe
- Die Möglichkeit der Landesbehörden für Ausnahmegenehmigungen bei noch nicht erfüllten Qualitätskriterien ist gegenüber dem Arbeitsentwurf aus September 2023 etwas erweitert worden
 - Drei Jahre (statt bisher einem Jahr mit möglicher Verlängerung um 1 Jahr) Frist bis zur Umsetzung der Qualitätsvorgaben
 - Erreichbarkeit wesentliches Kriterium für die Ausnahme
 - Krankenhäuser aus der Liste der Sicherheitszuschläge können unbefristet ausgenommen werden
- Liste onkologischer Operationen und Vergütungsausschluss für KH mit wenigen Fällen
- Koordinierungsaufgaben können nur noch Universitätskliniken zugewiesen werden
 - Nur wenn es „im Land“ keine Universitätsklinik gibt, kann es auch ein Level III Haus sein
 - Damit sind regionale Koordinierungsaufgaben ausgenommen
- Einführung von Stichprobenprüfungen statt fallbezogener Abrechnungsprüfung

Strukturreform durch Leistungsgruppen

Bewertung

- Wesentlich für die Möglichkeit eines Krankenhauses, Leistungen einer Leistungsgruppe zu erbringen, wird die noch zu erlassende Rechtsverordnung mit den darin enthaltenen Qualitätskriterien sein
- Diese wird jedoch erst bis 31.03.2025 erlassen
 - Bis dahin gelten die Qualitätskriterien aus NRW ergänzt um eine bundeseinheitliche „Prüfgrundlage“ für NRW-spezifische Kriterien
- Wie die Länder jeweils die verbleibenden Spielräume im Rahmen ihrer umzustellenden Krankenhausgesetzgebung und –planung nutzen und wie sie die Leistungsgruppenplanung auf Landesebene praktisch umsetzen wird eine wesentliche Rolle spielen
- Fraglich ist die (verfassungs-)rechtliche Bewertung, ob über die Leistungsgruppenplanung eine Leistungsgruppe entzogen bzw. nicht zugewiesen werden kann, obwohl das betreffende Krankenhaus die Qualitätskriterien erfüllt und entsprechende Leistungen bisher erbracht hat (Zentralisierung)
- Das Zusammenspiel aus Qualitätsvorgaben und der Zuweisung von Leistungsgruppen, den Erreichbarkeitskriterien sowie den Mindestvorhalteanzahlen (Vorhaltefinanzierung) ist komplex und die Folgen nicht absehbar

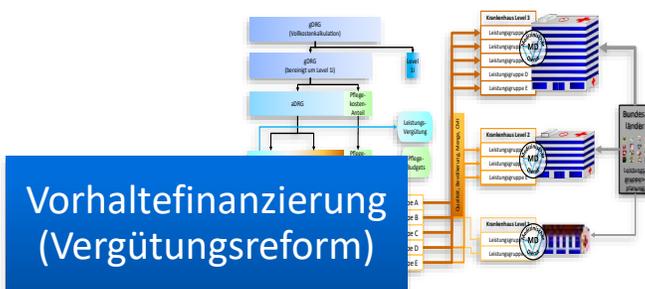
Strukturreform durch Leistungsgruppen

Bewertung

- Die Definition von Mindestfallzahlen für Leistungsgruppen, von denen das entsprechende Vorhaltebudget abhängig ist, wird kleinen Krankenhäusern erheblich schaden
- Ebenso ist die Liste onkologischer Operationen und der damit verbundene Vergütungsausschluss für Häuser im Bereich der unteren 15%-Perzentile bedenklich
 - Insbesondere fehlt eine Berücksichtigung von Notfällen und Zufallsbefunden
- Die Einführung von Stichprobenprüfungen ist ein echtes Highlight des Referentenentwurfes
- Hierdurch kann die Prüfungsbürokratie erheblich abgebaut werden
- Allerdings sollte in die Erstellung des Konzepts die zuständige Fachgesellschaft DGfM gleichberechtigt mit dem MD-Bund einbezogen werden

Teil III Vorhaltefinanzierung

a) Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG

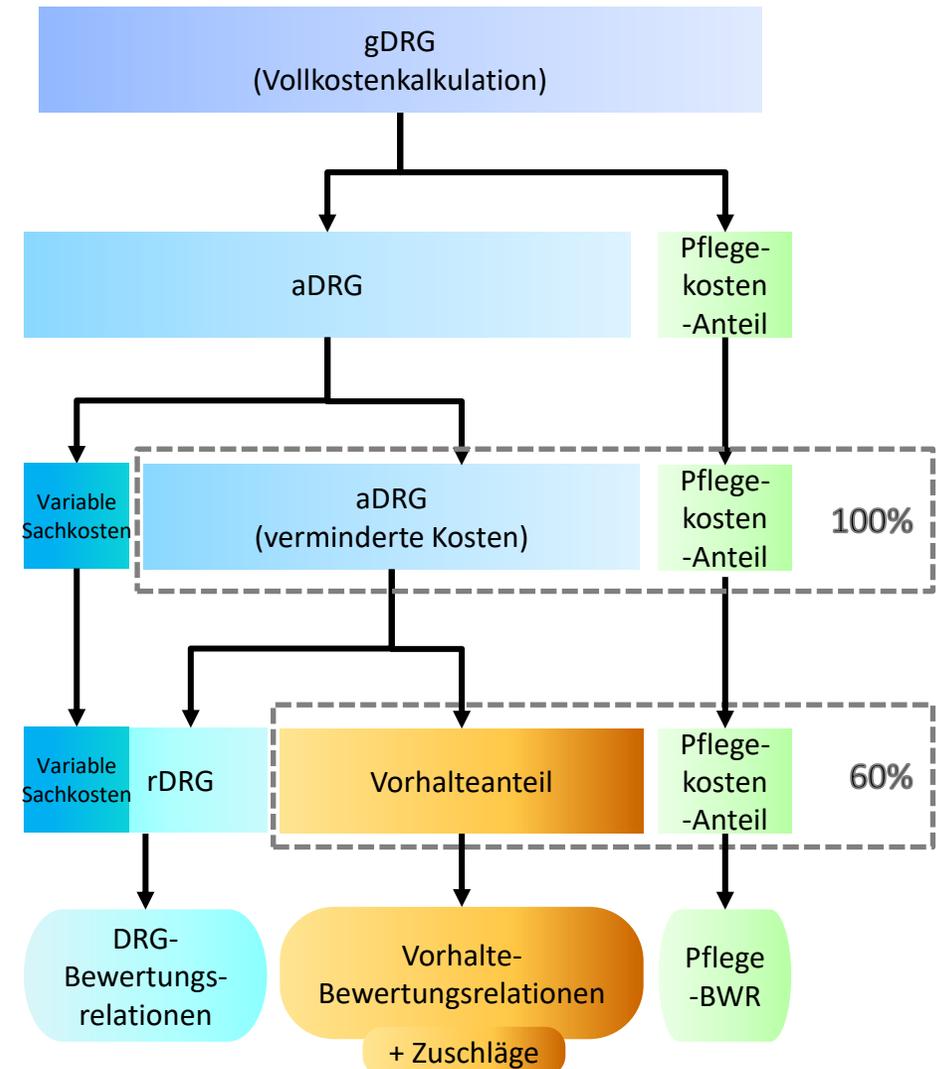


Vorhaltefinanzierung: Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG

- Änderung § 17b KHG

(4b) Ausgliederung von 60% der DRG- und Pflege-Kosten durch das InEK für die Jahre 2025 bis 2030

- Die Kosten sind vorab um die variablen Sachkosten zu mindern (verminderte Kosten)
- Die Pflegepersonalkosten sind Teil der Vorhaltekosten (den 60%), ihre Vergütung bleibt unberührt
- Zur Ermittlung der Vorhalte-Bewertungsrelationen werden von den 60 % der verminderten Kosten die Pflegepersonalkosten abgezogen.
- Sind die Pflegepersonalkosten $\geq 60\%$ der verminderten Kosten beträgt die Vorhalte-Bewertungsrelation null (0)
- Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin werden die Vorhalte-Bewertungsrelationen nach Maßgabe von §39 Abs. 3 KHG erhöht
- Erstmalige Berücksichtigung in Fallpauschalenvereinbarung 2025 mit Vorhalte-Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog



Vorhaltefinanzierung: Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG

- Beispiel I34Z Geriatrie frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- Ermittlung der direkten Sachkosten und Pflegekosten

	Ärzte	Pflege	MTD	Medikamente		Implantate	Med. Sachbedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	Summe
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation	1.526,56	2.193,33	73,35	137,57	12,83		205,89	2,27	11,51	638,97	2.027,64	6.829,92
02. Intensivstation	94,87	136,31	1,81	14,23	2,34		26,49	0,12	0,37	31,83	86,51	394,88
04. OP-Bereich	430,61		381,62	12,83	5	692,57	198,21	105,49	1,23	233,59	262,79	2.323,94
05. Anästhesie	350,93		236,51	18,37	0,35		55,79	0,59	0,16	48,5	101,63	812,83
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	3,43		3,43	0,11		3,55	1,9	1,3	0,44	0,91	2,1	17,17
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	6,46		8,02	0,27		0,24	3,39	1,15		3,13	4,25	26,91
09. Radiologie	87,56		92,91	0,97	0,15	0,43	14,35	2	60,39	30,87	53,79	343,42
10. Laboratorien	10,9		48,86	3,41	64,73		12,33	0,05	56,14	8,85	23,85	229,12
11. Diagnostische Bereiche	60,76	87,30	39,14	0,86			4,81	0,06	0,21	8,68	20,97	222,79
12. Therapeutische Verfahren	16,86	24,22	784,11	0,39			8,8	0,01	143,19	31,15	211,74	1.220,47
13. Patientenaufnahme	62,98	90,49	45,75	1,75	0,84		13,06	0,19	0,39	9,37	36,21	261,03
Summe	2.651,92	2.531,65	1.715,51	190,76	86,24	696,79	545,02	113,23	274,03	1.045,85	2.831,48	12.682,48

Pflegekosten:
3.810,23 €
(14,67 € verbleiben in der Patientenaufnahme)

Direkte Sachkosten:
1.906,07 €

Gesamtkosten
12.682,48 €

Vorhaltefinanzierung: Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG

- Beispiel I34Z Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

"Verminderte Kosten": Gesamtkosten abzüglich direkte Sachkosten

$$12.682,48 \text{ €} - 1.906,07 \text{ €} = 10.776,41 \text{ €}$$

Anteil von 60%

$$10.776,41 \text{ €} \times 0,6 = 6.465,85 \text{ €}$$

Abzüglich Pflegekosten

$$6.465,85 \text{ €} - 3.810,23 \text{ €} = 2.655,62 \text{ €}$$

Dies ist eine reine Beispielrechnung:

Mit den öffentlich zugänglichen Daten lassen sich nur annähernde Größen berechnen.

Zudem obliegt die konkrete Rechenmethodik dem InEK

Ermittlung der VorhalteBewertungsrelation...

$$2.655,62 \text{ €} : 3.808,48 \text{ € (Bezugsgröße)} = 0,697$$

... und der DRG-Bewertungsrelation

$$(12.682,48 \text{ €} - 6.465,85 \text{ €}) : 3808,48 \text{ €} = 1,632$$

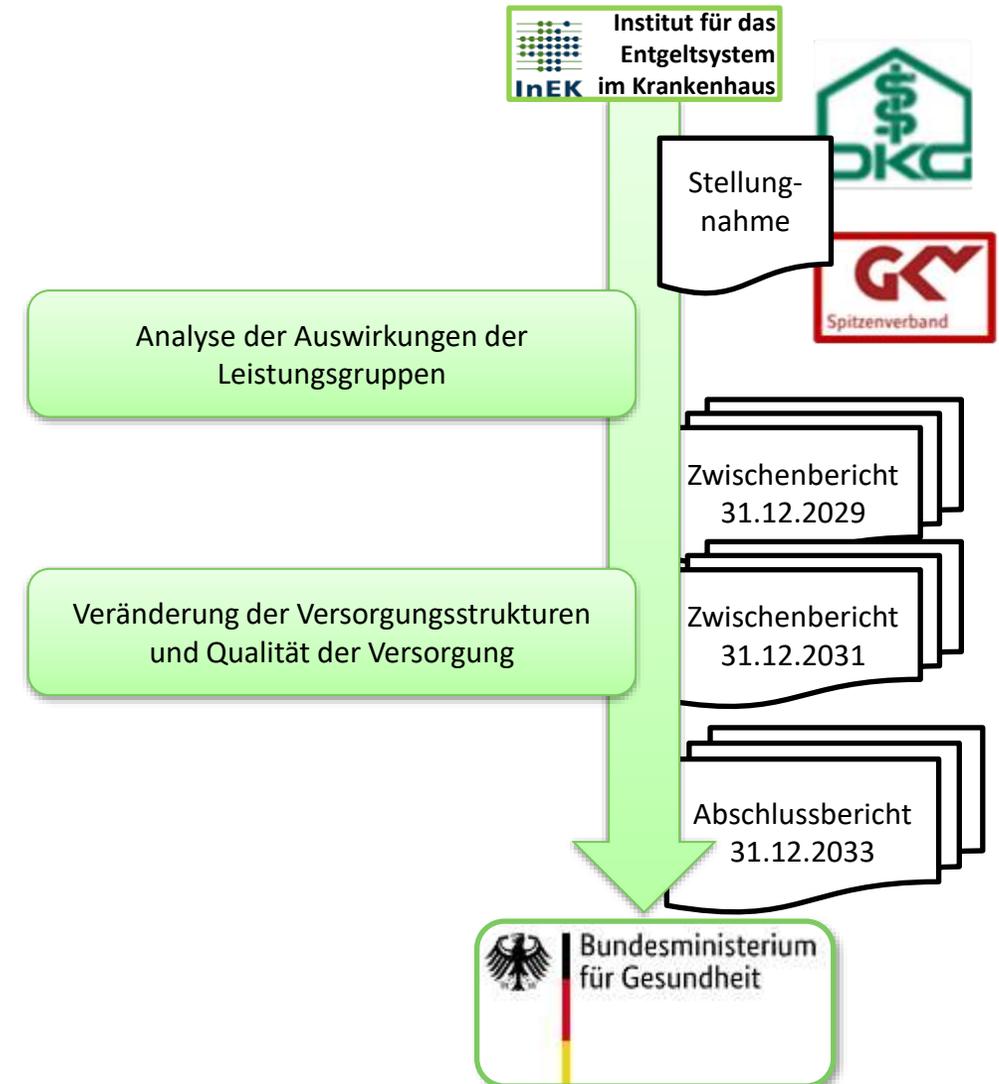
DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁶⁾	Vergütungs-bereich	Bewertungs-relation bei Hauptabteilun-g	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil-dauer ¹⁾	Untere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Untere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Obere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt ^{3), 5)}	Obere Grenz-verweildauer: Bewertungs-relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungsrelatio-n)	Verlegungs-fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾	Pflegeerlös Bewertungs-relation pro Tag
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I34Z	O	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	rDRG	1,632	-	23,2	-	-	36	0,056	0,074	-	-	0,7830
			Vorhalte-anteil	0,697						0,###	0,###			

Vorhaltefinanzierung: Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG

- Änderung § 17b KHG

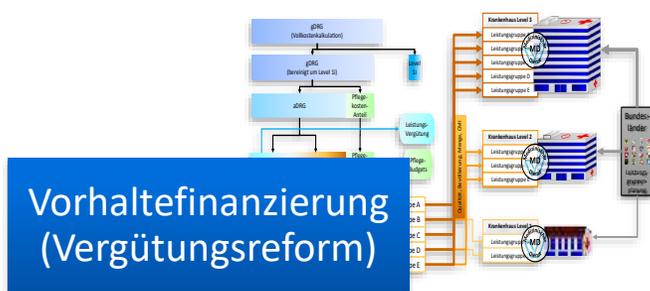
(4c) Auswirkungsanalyse des InEK

- Analyse der Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung in den Jahren 2027 bis 2032
- Insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der
- Bericht an BMG jeweils bis zum 31.12.2029 und bis zum 31.12.2031 (Zwischenbericht) und 31.12.2033 (Abschlussbericht)
- Veröffentlichung auf der Internetseite des InEK
- Stellungnahme der Vertragsparteien vor Veröffentlichung
- Finanzierung über den DRG-Systemzuschlag



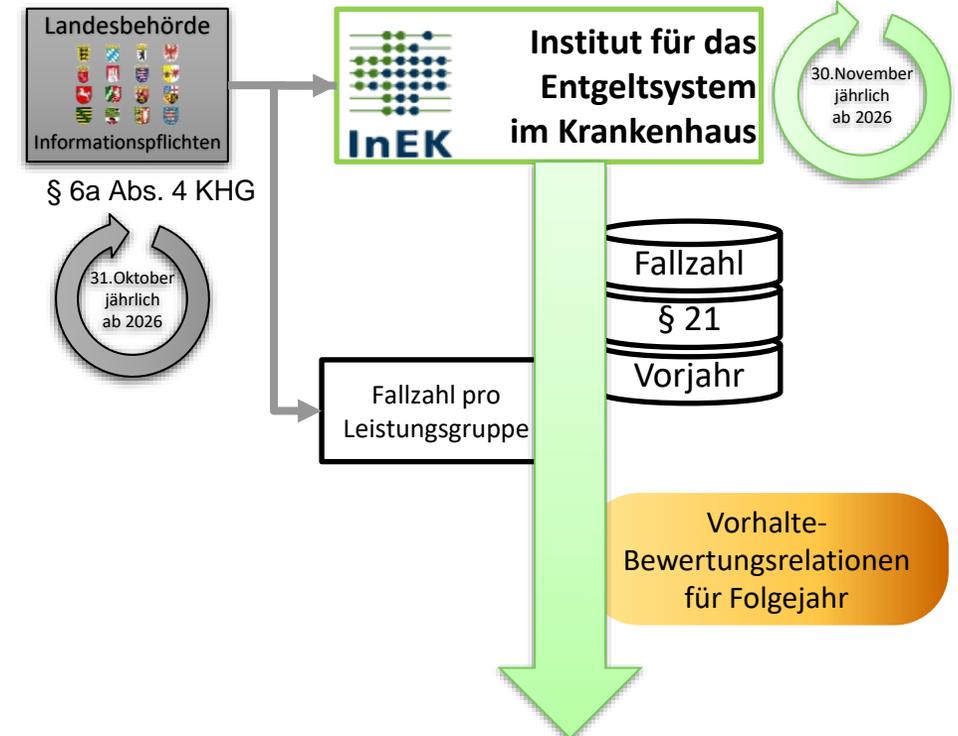
Teil III Vorhaltefinanzierung

b) Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser



Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG
- (1) Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen pro Land
 - Nach Übermittlung der leistungsgruppenbezogenen Daten durch das Land (§ 6a Abs. 4 KHG) ermittelt das InEK bis 30. November (erstmals 2026) die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen pro Land
 - Grundlagen der Ermittlung sind
 - Fallzahl nach § 21 KHEntgG für das Vorjahr
 - Zugewiesene gemeldete Leistungsgruppen (§ 6a KHG)
 - Ausgliederte Vorhalte-BWR für das Folgejahr
 - Gegliedert nach Leistungsgruppen
 - Verteilung auf die Krankenhäuser (Abs. 2)
 - InEK erstellt und veröffentlicht ein Konzept für die Verteilung bis 30.09.2024



Ausgliederte Bewertungsrelationen pro Land und Leistungsgruppe

LG	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1																
2																
3																
...																

Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG

(2) Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen pro Krankenhaus (mit Leistungen nach KHEntgG)

- Nach Übermittlung der leistungsgruppenbezogenen Daten durch das Land (§ 6a Abs. 4 KHG) ermittelt das InEK erstmals bis 30. November 2026 den Anteil der Vorhaltebewertungsrelationen pro Standort
 - Sofern die Mindestvorhalteanzahl erfüllt ist oder eine Ausnahme von der Erfüllung vorliegt
- Berechnung pro Leistungsgruppe und Land :

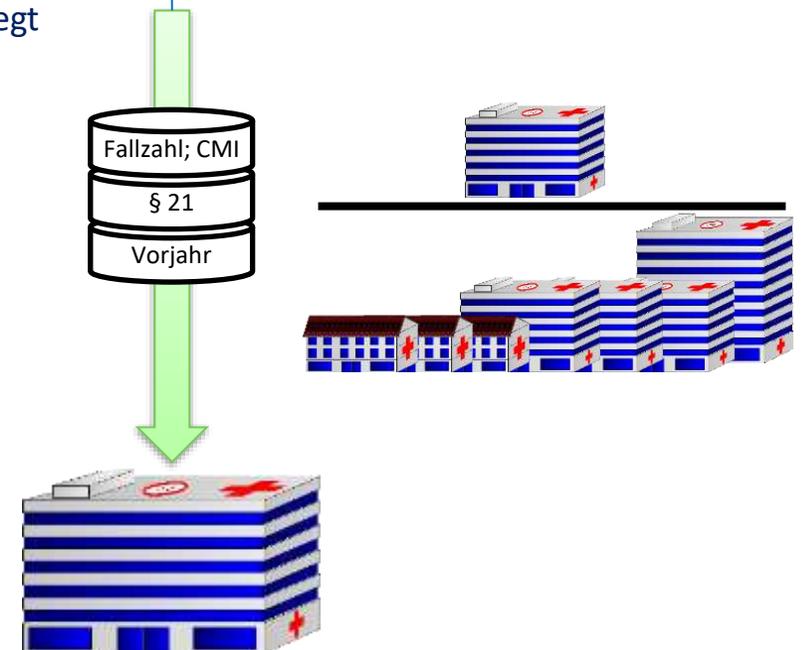
$$Anteil_{Standort} = \frac{(Fallzahl_{LG} \times CMI_{LG})_{Standort}}{\sum_{alle Standorte} (Fallzahl_{LG} \times CMI_{LG})}$$

- CMI = Vorhalte-CMI der Vorhalte-Bewertungsrelationen
- Fallzahl:
 - Planfallzahl falls vom Land übermittelt (§ 6a Abs. 4 KHG) z. B. neue Leistungsgruppe)
 - DRG-Fallzahl aus Daten nach § 21 KHEntgG des Vorjahres unter Berücksichtigung von (geplanten) Leistungsverlagerungen (§ 135f Abs. 1 Satz 5 oder 6)
- ...



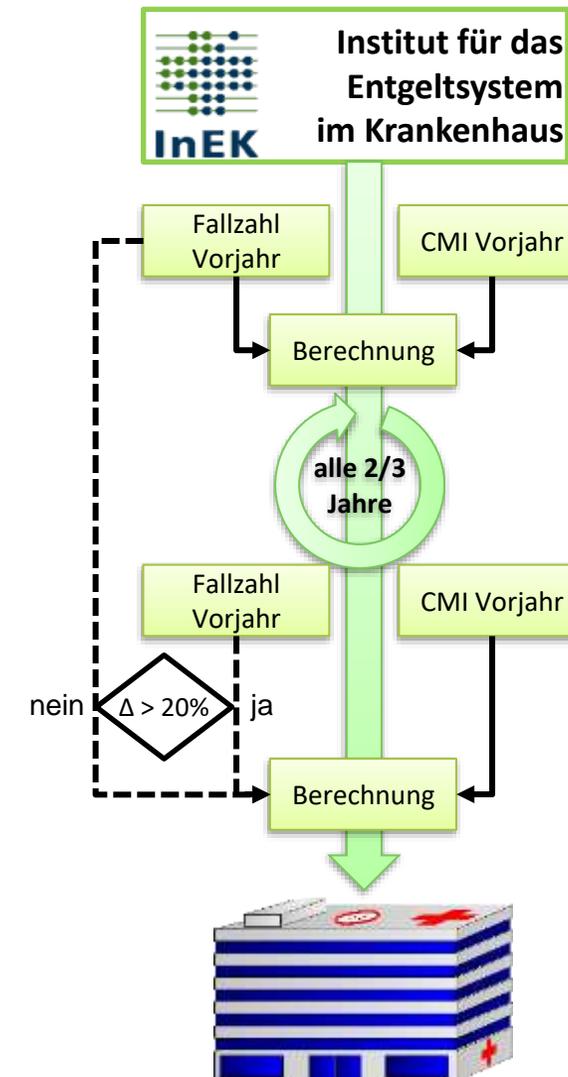
Ausgegliederte Bewertungsrelationen pro Land und Leistungsgruppe

LG	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1																
2																
3																
...																



Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG
- (2) Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen pro Krankenhaus (mit Leistungen nach KHEntgG)
 - ...
 - Neue Ermittlung nach zwei Jahren, dann nach drei Jahren
 - Bei unveränderter Leistungsgruppenverteilung im Land:
 - CMI
 - Aktueller Vorhalte-CMI
 - Die Fallzahl ist gegenüber der bei der vorangegangenen Berechnung verwendeten Fallzahl nur zu verändern, wenn die neue Fallzahl um mehr als 20% von der alten abweicht
 - ...



Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG

- (2) Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen pro Krankenhaus

...

- Sofern mit Bezug auf eine Leistungsgruppe in einem Land eine
 - Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung
 - Standortschließung,
 - Krankenhausfusion oder
 - Umwandlung in ein sektorübergreifendes Versorgungszentrum

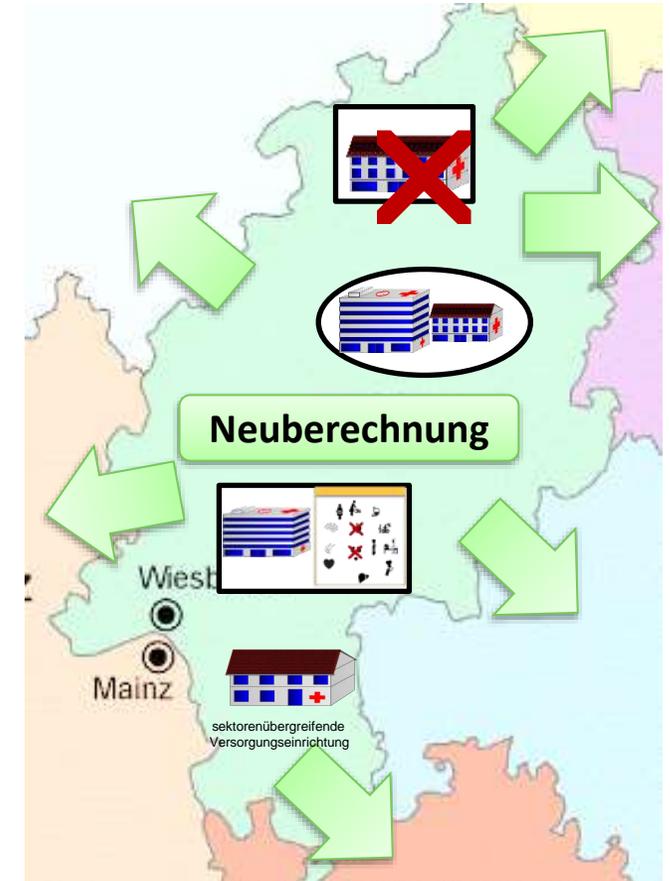
erfolgt ist,

wird eine komplette Neuberechnung (Satz 1 und 3) der Verteilung der Vorhaltebewertungsrelationen dieser Leistungsgruppe

- in dem betroffenen Land
- und den angrenzenden Bundesländern

Mit Wirkung für das Folgejahr durchgeführt

- Die konkrete Vorgehensweise bei der Ermittlung des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist vom InEK in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen



Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG

(3) Landesbezogene Ausgleichsregelung für die Einführungsphase



Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 37 KHG

(4) Ausgleich unterjähriger Veränderungen

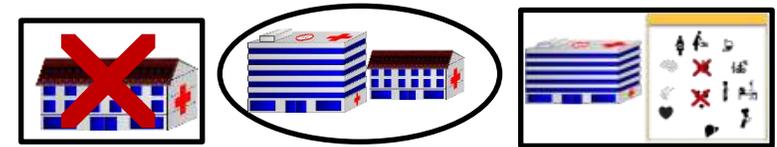
- Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Abs. 4 Nr. 2 bis 4
 - Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung
 - Standortschließung oder
 - Krankenhausfusion

(Anm.: Wurde hier Umwandlung in Sektorenübergreifende Einrichtung vergessen?)

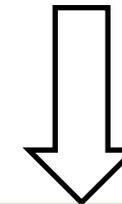
eintritt, ist das Vorhaltevolumen für das Folgejahr durch das InEK in dem jeweiligen Land und in den betroffenen Leistungsgruppen zu erhöhen.

- Der Betrag der Erhöhung ergibt sich, indem das Vorhaltevolumen des jeweils betroffenen Krankenhausstandortes und der jeweils betroffenen Leistungsgruppe durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem Ereignis und dem Ende des Vorjahres lagen.

Unterjähriger Wegfall von Leistungsgruppen am Standort



$$\text{ganzjähriges Vorhaltebudget}_{KH} \times \frac{[\text{Jahresende} - \text{Ereignis}]}{365}$$

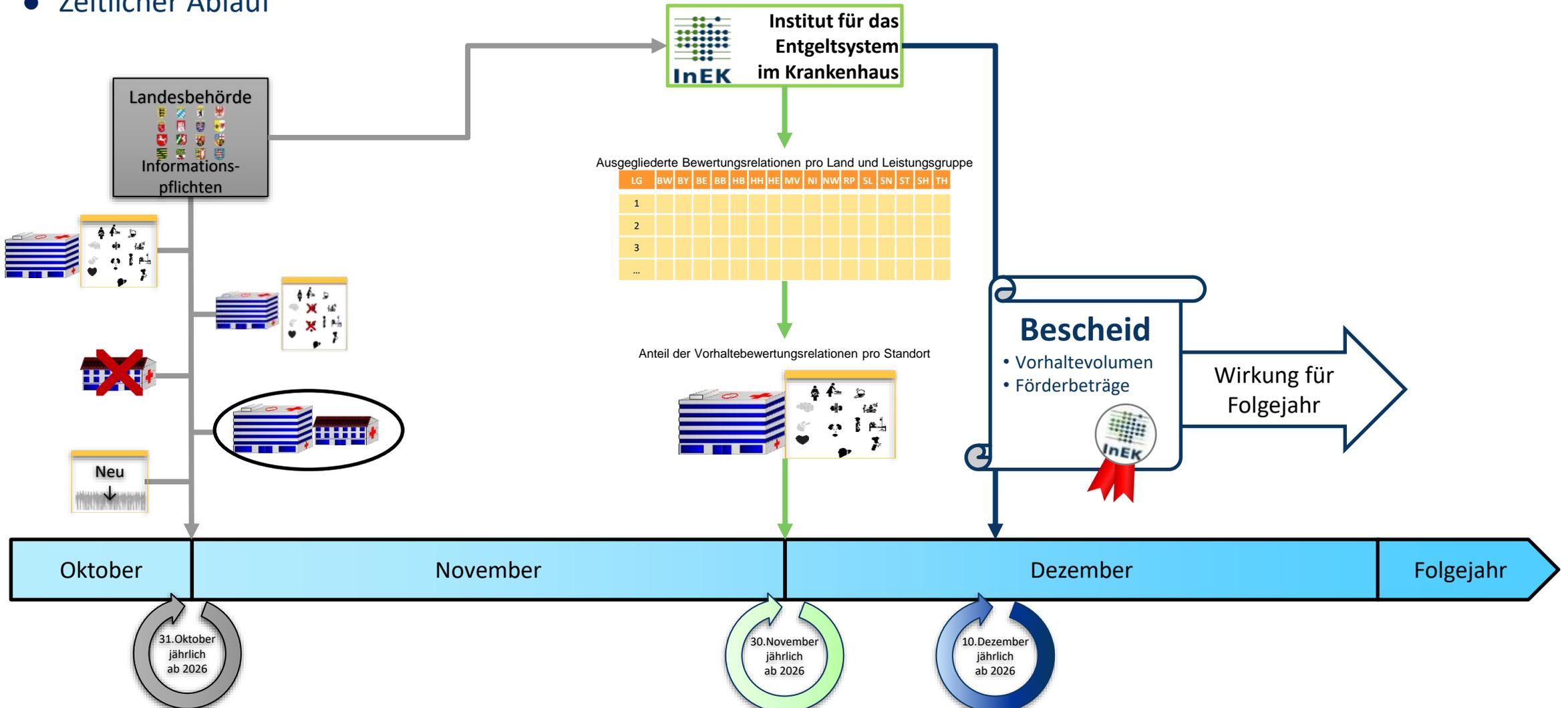


Erhöhung (Ausgleich) im Folgejahr

Vorhaltevolumen Land/Leistungsgruppe

Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

• Zeitlicher Ablauf



Vorhaltefinanzierung: Förderungen besonderer Aufgaben und Bereiche

- Neuer § 38 KHG: Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

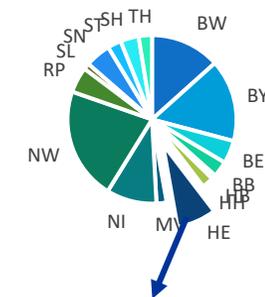
(1) Das InEK teilt die zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben die bundesweite Summe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die einzelnen Länder auf

- Erstmals für 2027.
- Die Aufteilung erfolgt anteilmäßig nach dem Vorhaltevolumen des Landes Gesamtvorhaltevolumen aller Leistungsgruppen
- Das InEK teilt die Förderbeträge je Land auf die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser nach dem Anteil des Vorhaltevolumens des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses am Vorhaltevolumen aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser in einem Land auf
- Das InEK veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals 2026
- Bei nicht fristgerechter Übermittlung der Daten des Landes nach § 6a Abs. 5 wird für das betreffende Land und Jahr kein Förderbetrag ermittelt und ausgezahlt

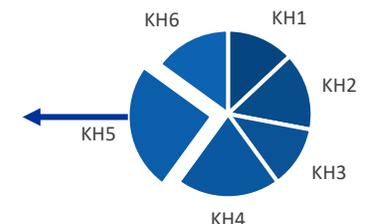
Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben



Entsprechend Anteil am gesamten Vorhaltevolumen

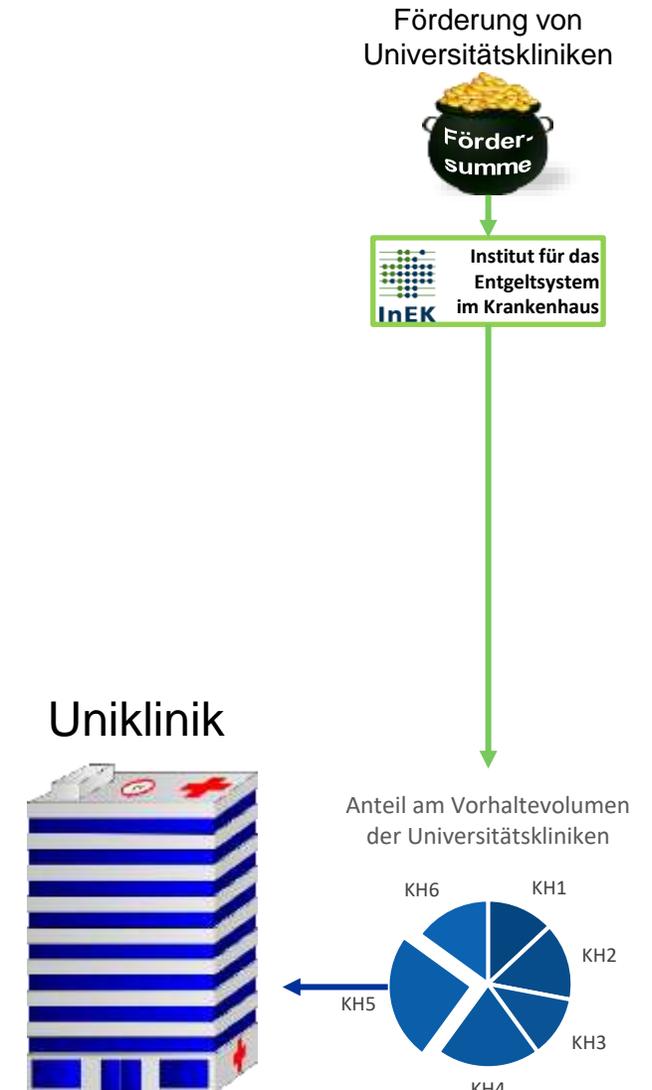


Anteil am Vorhaltevolumen der Zuschlags-KH im Land



Vorhaltefinanzierung: Förderungen besonderer Aufgaben und Bereiche

- Neuer § 38 KHG: Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben
- (2) Das InEK teilt die zur Förderung von Universitätskliniken die bundesweite Summe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die einzelnen Länder auf
 - Erstmals für 2027.
 - Die Aufteilung erfolgt anteilmäßig nach dem Vorhaltevolumen des Landes Gesamtvorhaltevolumen aller Leistungsgruppen
 - Das InEK teilt die Förderbeträge je Land auf die Universitätskliniken nach dem Anteil des Vorhaltevolumens der einzelnen Universitätsklinik am Vorhaltevolumen aller Universitätskliniken auf
 - Das InEK veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals 2026

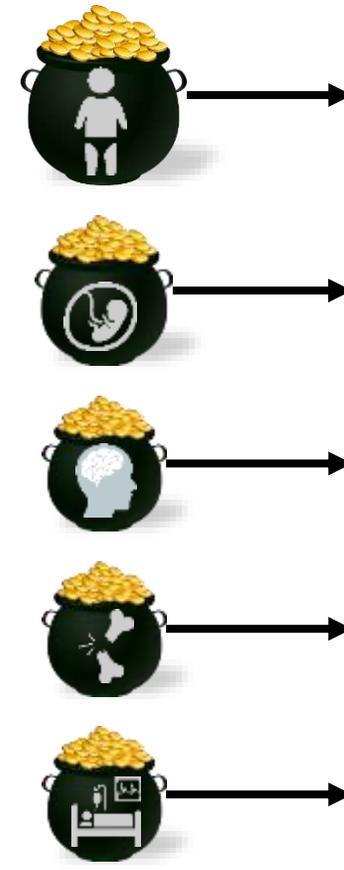


Vorhaltefinanzierung: Förderungen besonderer Aufgaben und Bereiche

- Neuer § 39 KHG: Förderung bestimmter Bereiche
- (1) Standortindividuelle Förderung ab dem Jahr 2027 für Standorte mit Leistungsgruppen folgenden Bereichen mit bundesweiten Förderbeträgen von

- Pädiatrie: 288 Mio. €
- Geburtshilfe: 120 Mio. €
- Stroke Unit: 35 Mio. €
- Spezielle Traumatologie: 65 Mio. €
- Intensivmedizin: 30 Mio. €
- Standort muss Mindestvorhalteanzahl erfüllen oder über eine Ausnahmegenehmigung verfügen
- Festlegung und bei Weiterentwicklung Prüfung durch das InEK, welche Leistungsgruppen den jeweiligen Bereichen zugeordnet werden

 Institut für das
Entgeltsystem
im Krankenhaus

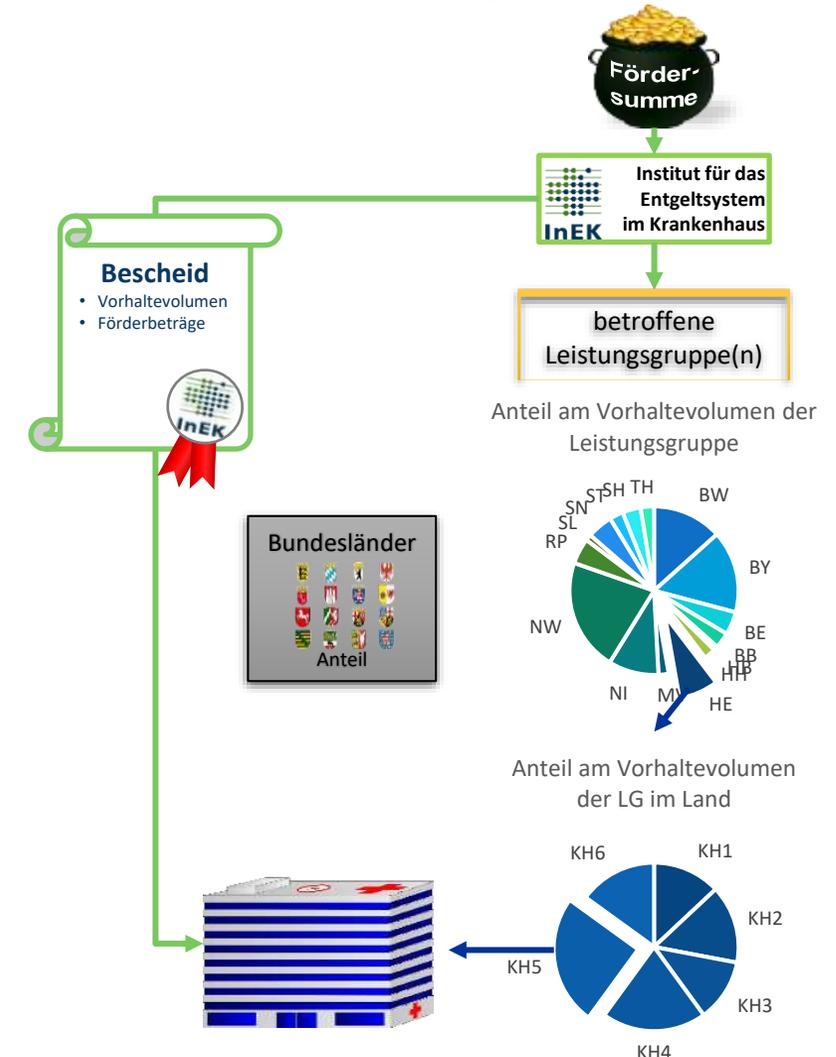


Leistungsbereich (L1)	Leistungsgruppe (L2)	Leistungsbereich (L1)	Leistungsgruppe (L2)
1	1.1	1	1.1
2	2.1	2	2.1
3	3.1	3	3.1
4	4.1	4	4.1
5	5.1	5	5.1
6	6.1	6	6.1
7	7.1	7	7.1
8	8.1	8	8.1
	8.2		8.2
	8.3/13.4		8.3/13.4
	8.4/13.3		8.4/13.3
9	9.1	9	9.1
10	10.1	10	10.1
11	11.1	11	11.1
12	12.1	12	12.1
	12.2		12.2
	12.3		12.3
13	13.1	13	13.1
	13.2		13.2
	13.3/8.4		13.3/8.4
	13.4/8.3		13.4/8.3
14	14.1	14	14.1
	14.2		14.2
	14.3		14.3
	14.4		14.4
	14.5/15.2		14.5/15.2
15	15.1	15	15.1
16	16.1	16	16.1
	16.2		16.2
	16.3		16.3
	16.4		16.4
	16.5		16.5
17	17.1	17	17.1
18	18.1	18	18.1
19	19.1	19	19.1
20	20.1	20	20.1
21	21.1	21	21.1
	21.2		21.2
	21.3		21.3
	21.4		21.4
22	22.1	22	22.1
	22.2		22.2
	22.3		22.3
23	23.1	23	23.1
	23.2		23.2
	23.3		23.3
24	24.1	24	24.1
	24.2		24.2
25	25.1	25	25.1
	25.2/14.5		25.2/14.5
26	26.1	26	26.1
	26.2		26.2
	26.3		26.3
27	27.1	27	27.1
28	28.1	28	28.1
29	29.1	29	29.1
30	30.1	30	30.1
	30.2		30.2
	30.3		30.3
	30.4		30.4
	30.5		30.5
	30.6		30.6

Vorhaltefinanzierung: Förderungen besonderer Aufgaben und Bereiche

- Neuer § 39 KHG: Förderung bestimmter Bereiche
- (2) InEK teilt die Förderbeträge auf die jeweiligen Leistungsgruppen der Bereiche auf
 - Die Aufteilung erfolgt anteilmäßig anhand der jeweiligen Vorhaltevolumen der betroffenen bereichsbezogenen Leistungsgruppen
 - Die Aufteilung der leistungsgruppenbezogenen Zuschläge auf die Länder erfolgt ebenfalls anhand der jeweiligen Landesanteile am Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe
 - Die Aufteilung der landes- und leistungsgruppenbezogenen Zuschläge auf die Krankenhäuser erfolgt ebenfalls anhand der jeweiligen Krankenhausanteile am Vorhaltevolumen des Landes in der Leistungsgruppe
 - Das InEK weist die jeweiligen standortbezogenen Förderbeträge im Bescheid über die Vorhaltevergütung aus

Förderung von besonderen Bereichen



Vorhaltefinanzierung: Förderungen besonderer Aufgaben und Bereiche

- Neuer § 39 KHG: Förderung bestimmter Bereiche
- (3) Die Auszahlung des standortindividuellen Förderbetrages erfolgt über einen prozentualen Zuschlag auf die Bewertungsrelation der entsprechenden Leistungsgruppe
- InEK berechnet den Prozentsatz aus dem Verhältnis des Förderbetrags für die jeweilige Leistungsgruppe zu dem Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe bewertet mit dem Bundesbasisfallwert des Jahres der Berechnung
 - Erstmals für 2027
 - Die Vorhalte-Bewertungsrelationen der betroffenen Leistungsgruppen wird um den entsprechenden Prozentsatz der Leistungsgruppe erhöht.

$$\text{Prozentsatz}_{LG} = \frac{\text{Förderbetrag}_{LG}}{\text{Vorhaltevolumen}_{LG} \times \text{BBFW}}$$

Ausgegliederte Bewertungsrelationen pro Land und Leistungsgruppe

LG	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1																
2							VorhalteBR + Prozentsatz									
3																
...																

Vorhaltefinanzierung: Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser

- Neuer § 39 KHG

(4) Ausgleich unterjähriger Veränderungen

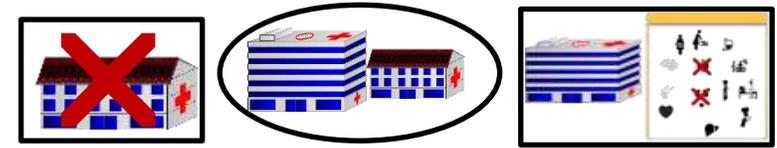
- Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Abs. 4 Nr. 2 bis 4
 - Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung
 - Standortschließung oder
 - Krankenhausfusion

(Anm.: Wurde hier Umwandlung in Sektorenübergreifende Einrichtung vergessen?)

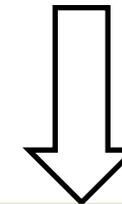
In einer betroffenen Leistungsgruppe eintritt, ist das jeweilige Fördervolumen für das Folgejahr durch das InEK in dem jeweiligen Land zu erhöhen.

- Der Betrag der Erhöhung ergibt sich, indem das Fördervolumen des jeweils betroffenen Krankenhausstandortes und der jeweils betroffenen Leistungsgruppe durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem Ereignis und dem Ende des Vorjahres lagen.

Unterjähriger Wegfall von Leistungsgruppen am Standort



$$\text{ganzjähriges Vorhaltebudget}_{KH} \times \frac{[\text{Jahresende} - \text{Ereignis}]}{365}$$

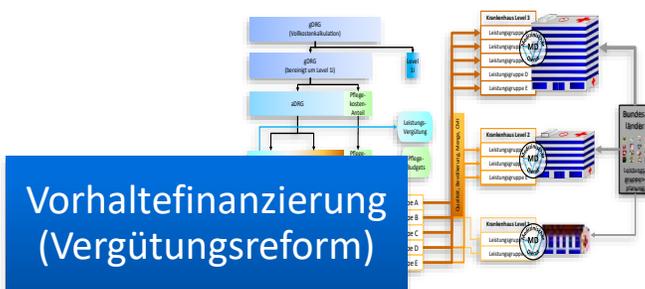


Erhöhung (Ausgleich) im Folgejahr



Teil III Vorhaltefinanzierung

d) Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge



Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

- Ergänzung § 5 KHEntgG

(3j) Zuschlag für Krankenhäuser mit Koordinierungsaufgaben (§ 6a Abs. 5 KHG):

- Ermittlung eines Zuschlags durch den Krankenhausträger
- $$\text{Zuschlag} = \frac{\text{Förderbetrag}_{\text{Krankenhaus}}}{\text{Voraussichtl. Fallzahl}_{\text{Voll+Teilstat.}}}$$
- Erstmalige Abrechnung 1. Januar 2027
- Bei Abweichung der abgerechneten Zuschläge vom Förderbetrag erfolgt ein 100% Ausgleich im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum

Förderung von Koordinierungs-
und Vernetzungsaufgaben



$$\text{Zuschlag} = \frac{\text{Förderbetrag}_{\text{Krankenhaus}}}{\text{Voraussichtl. Fallzahl}_{\text{Voll+Teilstat.}}}$$



Abrechnung
pro Patient



Ausgleich
100%

Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

- Ergänzung § 5 KHEntgG

(3k) Fortsetzung der Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2025 und 2026:

- Voll- und teilstationäre Versorgung von Kindern über 28 Tage bis unter 16 Jahre
- 1. Schritt Erlösvolumen:
 - Summe der effektiven Bewertungsrelationen der entsprechenden Fälle aus 2023
 - übergeleitet auf DRG-System 2024
 - bewertet mit Bundesbasisfallwert 2024
 - erhöht um Veränderungswert 2025 für die Zuschlagsberechnung 2025
 - zusätzlich erhöht um Veränderungswert 2026 für die Zuschlagsberechnung 2026
- 2. Schritt: Prozentualer Zuschlag 2025/2026
 - Jeweils Verhältnis zwischen 300 Millionen Euro und dem um 90 Millionen Euro jeweils erhöhten Erlösvolumen 2025 bzw. 2026

Abgerechnete Behandlungen von Patientinnen und Patienten zwischen >28 Tagen und <16 Jahren im Jahr 2023



➔ Übergeleitet auf DRG-System 2024

$$\begin{aligned} \text{Erlösvolumen}_{2025} &= \left(\sum BWR_{aDRG2023/2024} \times BFFW_{2024} \right) \times (100\% + \text{Veränderungsrate}_{2025}) \end{aligned}$$

$$\text{Erlösvolumen}_{2026} = \text{Erlösvolumen}_{2025} \times (100\% + \text{Veränderungsrate}_{2026})$$

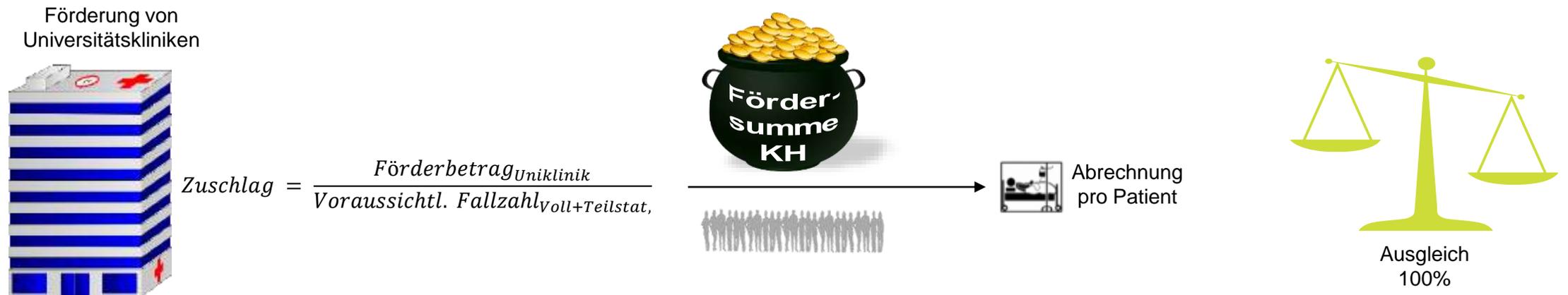
$$\text{Zuschlag}_{\frac{2025}{2026}} = \frac{300\text{Mio. €}}{\text{Erlösvolumen}_{\frac{2025}{2026}} + 90\text{Mio. €}}$$

Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

- Ergänzung § 5 KHEntgG

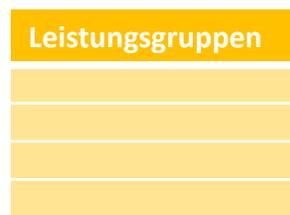
(3m) Zuschlag für Universitätskliniken:

- Ermittlung eines Zuschlags durch den Krankenhausträger
- $$\text{Zuschlag} = \frac{\text{Förderbetrag}_{\text{Uniklinik}}}{\text{Voraussichtl. Fallzahl}_{\text{Voll+Teilstat}}}$$
- Erstmalige Abrechnung 1. Januar 2027
- Bei Abweichung der abgerechneten Zuschläge vom Förderbetrag erfolgt ein 100% Ausgleich im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum



Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

- Neuer § 6b KHEntgG: Vergütung des Vorhaltebudgets
- (1) Für jede zugewiesene Leistungsgruppe, **in der die Mindestvorhaltezah erreicht wird**, erhält das Krankenhaus ein Vorhaltebudget
- Die Höhe richtet sich nach dem Bescheid des InEK über die Höhe der Vorhaltebewertungsrelationen (§ 37 Abs. 5 KHG) ...
 - ... Multipliziert mit dem Landesbasisfallwert des Anwendungsjahres



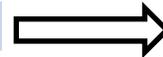
× *Landesbasisfallwert* = *Vorhaltebudget*

- (2) Neues Entgelt für die Abzahlung des Vorhaltebudgets (Ergänzung § 7 Nr. 6b KHEntgG)
- (3) Ermöglichung eines Ausgleiches (+10%), falls im 1. oder 2. Quartal eines Jahres die tatsächlichen Erlöse > 10 % unter den geplanten Erlösen liegen
- (4) Vollständiger Ausgleich zwischen ermitteltem Vorhaltebudget und tatsächlichen Erlösen,
- es sei denn, das Krankenhaus ist seiner Mitteilungspflicht nach § 275a Abs. 4 SGB V (vorübergehende Nichteinhaltung der Qualitätskriterien) nicht nachgekommen

Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

Katalog 2026

DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁶⁾	Vergütungs-bereich	Bewertungs-relation bei Hauptabteilung
1	2	3		4
I34Z	0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	rDRG Vorhalte-anteil	2,212 0,464



2026 über
Leistungsmenge
(E1) vereinbart



Katalog 2026

DRG	Parti-tion	Bezeichnung ⁶⁾	Vergütungs-bereich	Bewertungs-relation bei Hauptabteilung
1	2	3		4
I34Z	0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	rDRG Vorhalte-anteil	2,212 0,464



2026 über
Leistungsmenge
(E1) vereinbart



x LBFW 2027
**Ausgangswert
2027**

**Zielwert
2027**



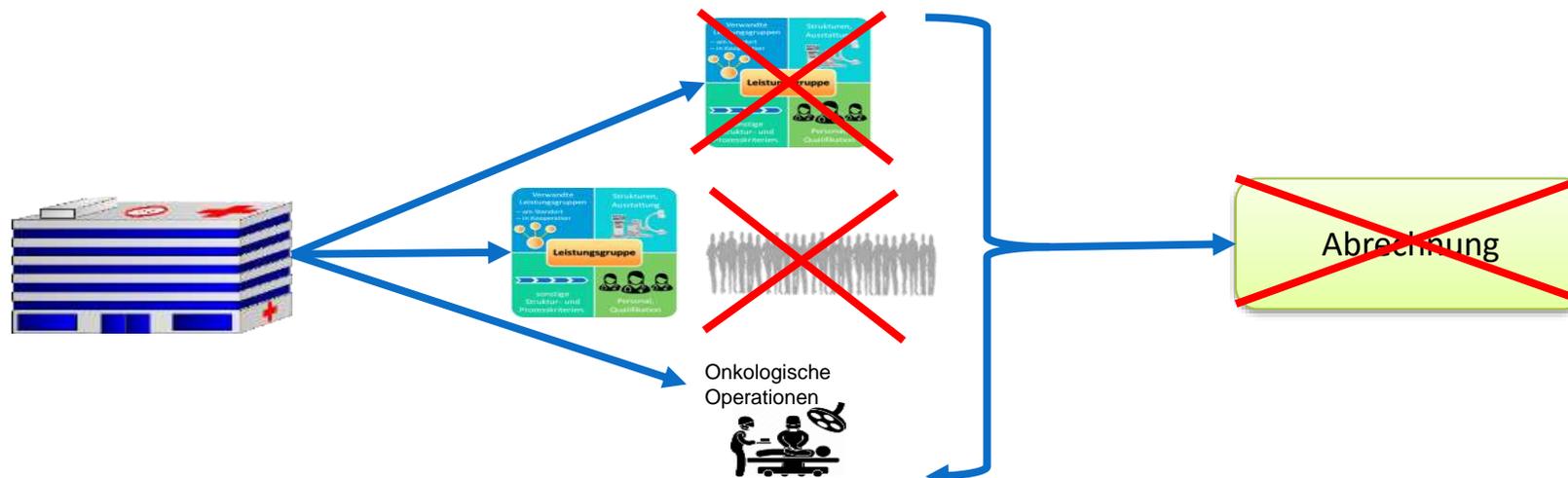
x LBFW 2028
**Ausgangswert
2028**

**Zielwert
2028**



Vorhaltefinanzierung: Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge

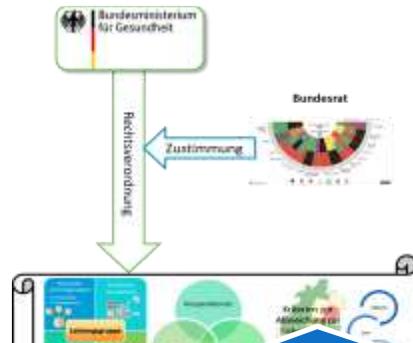
- Abrechnungsausschluss
- Ergänzung § 8 Abs. 4 KHEntgG
 - Ab dem Jahr 2027 dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten
 - Keine Abrechnung des Vorhaltebudgets (selbst bei zugewiesener Leistungsgruppe) wenn die Vorgaben zur Mindestvorhaltezahzahl nicht erfüllt sind oder eine entsprechende Ausnahmegenehmigung des Landes vorliegt
 - Ab dem Jahr 2027 dürfen Fälle mit Leistungen aus der Liste onkologischer Operationen (§ 40 Abs. 1 S. 4 KHG) in einem Indikationsbereich, in dem der Krankenhausstandort auf der Liste der Krankenhäuser mit geringem Leistungsumfang steht (§ 40 Abs. 2 S. 2 KHG) nicht abgerechnet werden



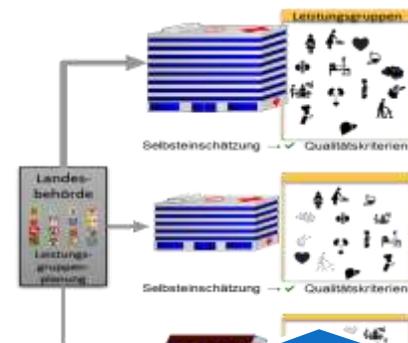
Zusammenfassung

Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

Zusammenfassung Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung



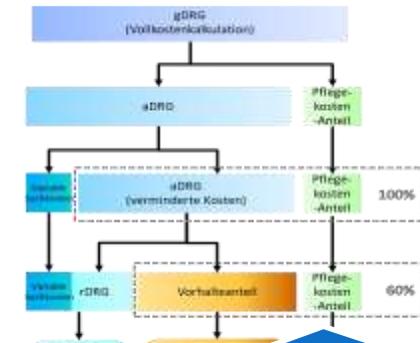
Definition der Leistungsgruppen und Qualitätsmerkmale durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates



Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde



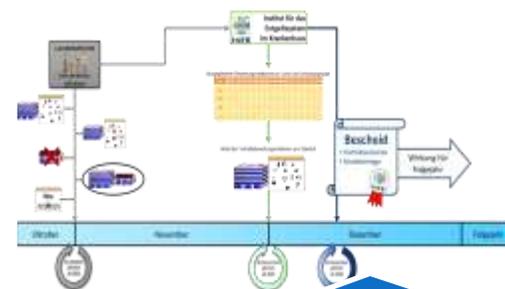
Prüfung der Qualitätsvoraussetzungen durch den Medizinischen Dienst



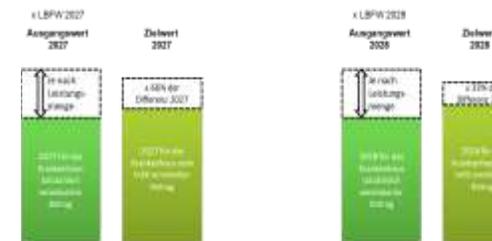
Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG durch das InEK: Ohne Berücksichtigung der variablen Sachkosten werden incl. Pflegeanteil 60% ausgegliedert

DRG	Parth-Stem	Bezeichnung	Vergütungsbeizahl	Bewertungsrelation
182	1	Geschlechtspezifische Komplexbehandlung mit... (DRG)	0,654	0,164

2026: Vorhalte-Bewertungsrelationen sind zusätzliche Spalten im DRG-Katalog. Vergütung erfolgt entsprechend der abgerechneten Fälle



Ab 2027: Verteilung des Vorhaltebudgets auf Grundlage von Fallzahl und CMI 2025 (Neuberechnung zunächst nach 2, dann alle 3 Jahre)



2027 und 2028 Konvergenzphase mit 66% bzw. 33% Ausgleich gegenüber dem Ausgangswert 2026

DRG	Parth-Stem	Bezeichnung	Vergütungsbeizahl	Bewertungsrelation
182	1	Geschlechtspezifische Komplexbehandlung mit... (DRG)	0,654	0,164

Vergütung des Vorhaltebudgets über die den DRG zugeordneten Vorhalte-Bewertungsrelationen als Abschlagszahlung mit Ausgleichsmechanismen

Vorhaltevergütung

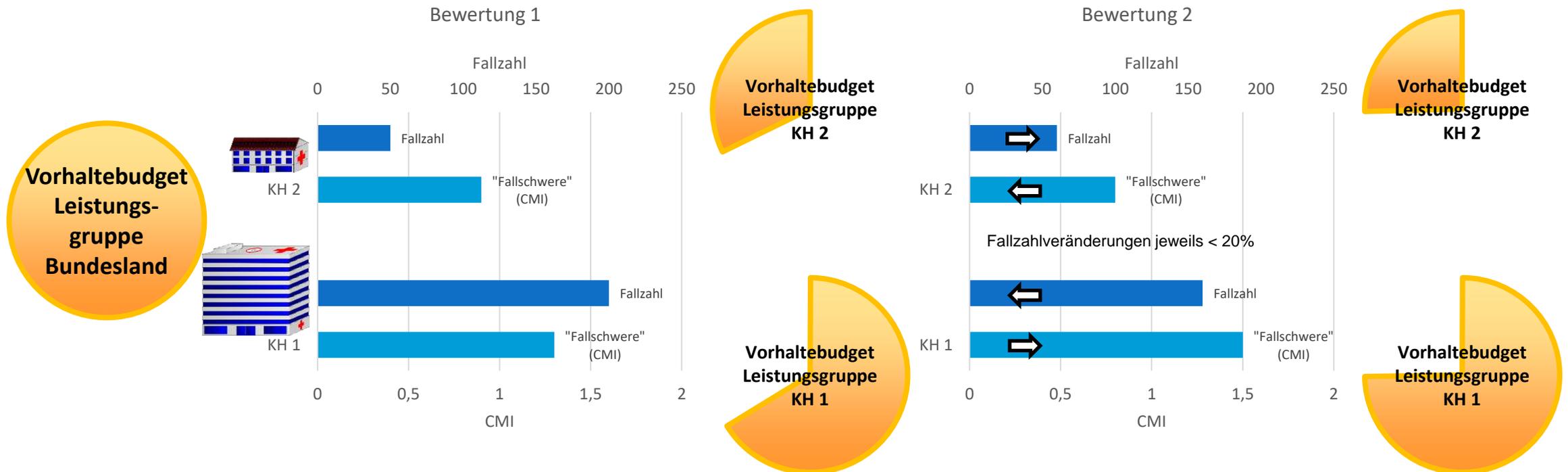
Bewertung

- Die Verknüpfung der Leistungsgruppen mit der Vorhaltefinanzierung ist hochkomplex
- Alle möglichen Auswirkungen und Anreize sind aufgrund der Komplexität realistischerweise nicht einzuschätzen
- Die Ausrichtung der Vorhaltevergütung an der Fallzahl (Vergangenheit) mit einem Korridor von $\pm 20\%$ setzt jedenfalls einen Anreiz, weniger stationäre Fälle bei gleichbleibendem Vorhaltebudget zu behandeln
- Auf einen Bevölkerungsbezug wurde vollständig verzichtet
 - Diesbezüglich wird die GKV sicherlich im Gesetzgebungsverfahren intervenieren
- Die Koordinierungsfunktion kann (mit wirtschaftlicher Wirkung) de facto nur auf Universitätskliniken übertragen werden
 - Dementsprechend werden Universitätskliniken doppelt gefördert, einmal mit 75 Mio € direkt und einmal mit 125 Mio. € über die Koordinierungsaufgaben. Andere koordinierende Level III Häuser gehen leer aus.

Vorhaltevergütung

- Verteilung der Vorhaltevergütung auf die Krankenhäuser

Überprüfung nach 2/3 Jahren



- Es besteht der Anreiz innerhalb einer Leistungsgruppe
 - die stationäre Fallzahl (leicht) zu senken (z. B. durch ambulante Behandlung)
 - und gleichzeitig den Schweregrad der verbleibenden stationären Fälle zu erhöhen

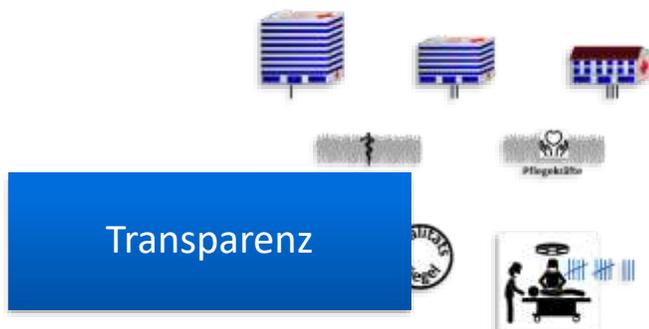
Vorhaltevergütung

Bewertung

- Aufgrund der Komplexität ist auch nicht endgültig zu bewerten, ob tatsächlich der als Vorhaltevergütung ausgegliederte Wert vollständig bei den Krankenhäusern ankommt
- Dass die Zuschläge und Förderungen besonderer Bereiche nicht umgelegt, sondern gesondert finanziert werden, ist positiv zu bewerten
- Grundsätzlich wird (erneut – wie bereits bei den DRG) ein für einen Zweck (Krankenhausplanung) sinnvolles System mit der Finanzierung verknüpft und dadurch hochkomplex
- Aufgrund der nicht überschaubaren Auswirkungen bergen Geschwindigkeit und Umfang der Einführung insbesondere des Vorhaltebudgets hohe Risiken
 - Insgesamt ist führt die Komplexität zu einem deutlichen Mehraufwand bei allen Beteiligten
 - Zusätzliches Controlling, Beratung, juristische Fragestellungen auf Kosten der Beitragszahler und zu Lasten der Versorgung
- Im Referentenentwurf sind noch handwerkliche Fehler zu erkennen
 - z. B. Nichtberücksichtigung der Umwandlung in eine Sektorübergreifende Einrichtung bei Neuberechnung und Ausgleich der Vorhaltevergütung (§ 37 Abs. 4 und 5 sowie § 39 Abs. 4)

Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)

Beschluss des Bundestages vom 19.10.2023



Neuer § 135d SGB V

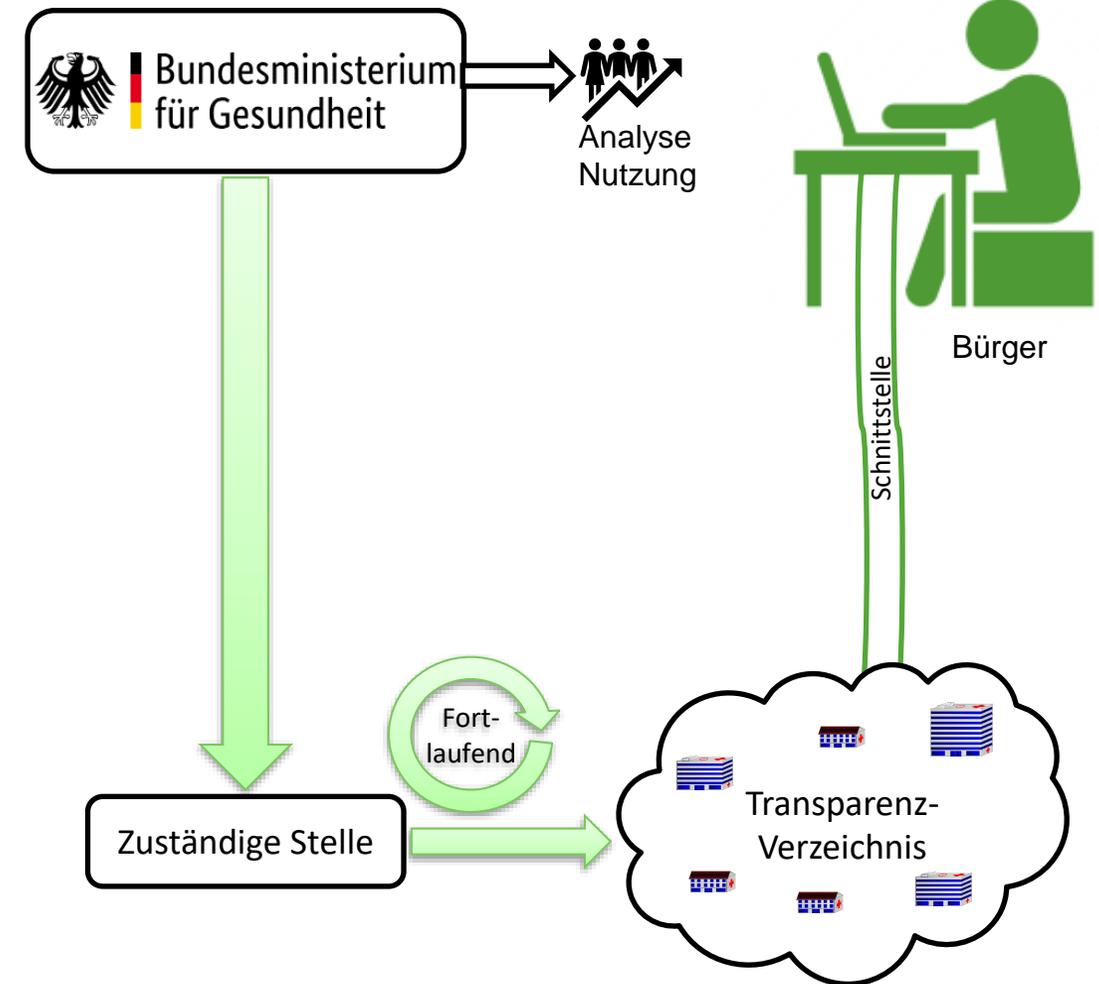
(1) Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht ab dem 1. Mai 2024 ein Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet

- Fortlaufende Aktualisierung
- Untersuchung der Nutzung des Transparenzverzeichnisses durch die Öffentlichkeit
- Benennung einer zuständigen Stelle zur technischen Umsetzung der Veröffentlichung

durch das BMG

Die Veröffentlichung von Informationen erfolgt ohne Personenbezug

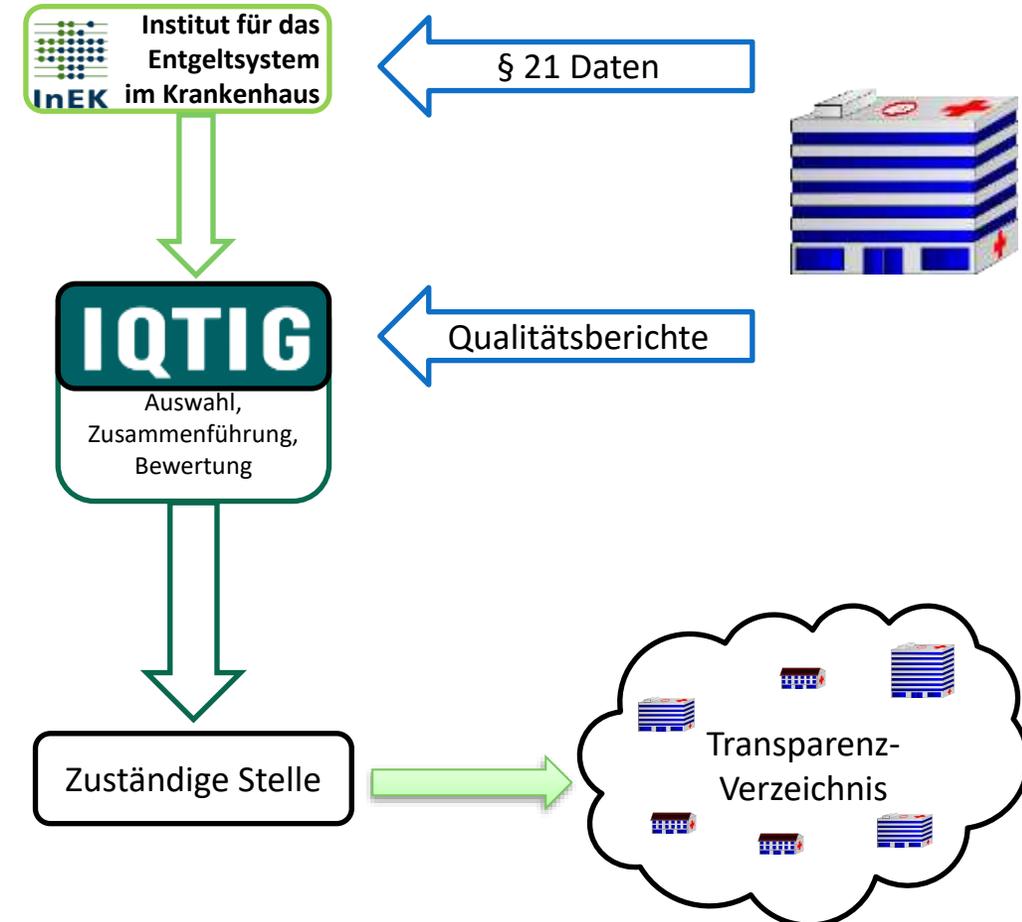
Öffentliche Verfügbarkeit der Daten in maschinenlesbarer Form, ab 1. Januar 2026 über eine technische Schnittstelle



Neuer § 135d SGB V

(2) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) arbeitet des jeweils aktuellsten Daten auf **und bewertet sie**

- Das IQTIG wählt geeignete Daten aus der Qualitätssicherung aus und führt sie mit den Daten des InEK (§ 21 Abs. 3d KHEntgG) zusammen
- Das IQTIG kann weitere Datenauswertungen und Bewertungen durchführen
- Das IQTIG übermittelt die aufbereiteten Daten ohne Personenbezug an die zuständige Stelle
- Das IQTIG kann externen Sachverstand einbinden
- Die termingerechte Aufgabenwahrnehmung und die Finanzierung sind durch die Trägerin (G-BA) sicherzustellen



Neuer § 135d SGB V

(3) Folgende Informationen werden Standortbezogen dargestellt **und bewertet:**

1. Fallzahlen

- bis 30.09.2024 nach Abteilung
- ab 01.10.2024 nach Leistungsgruppen
- Weitere Fallzahlen für bestimmte relevante Leistungen
 - Auswahl der relevanten Leistung durch InEK im Einvernehmen mit IQTIG

2. Versorgungsstufe (Level)

3. personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang

4. Daten der Qualitätssicherung (§ 136 Abs. 1 Nr. 1)

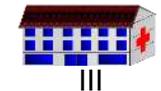
5. Qualitätssiegel und Zertifikate, die das Krankenhaus vorlegt

6. Erfüllung der Mindestmengen

7. G-BA Notfallstufe

...

A	B	C	D	E	F



Ärzte



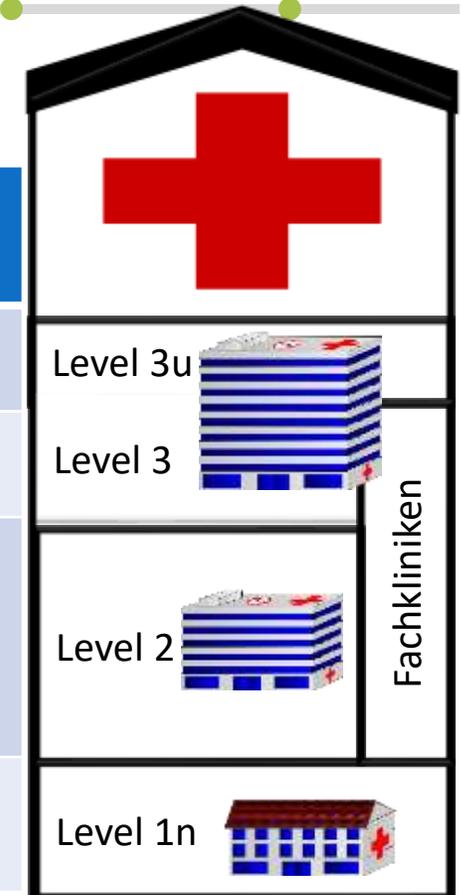
Pflegekräfte



Neuer § 135d SGB V

(4) InEK ordnet den Krankenhäusern Versorgungsstufen nach folgenden Kriterien zu

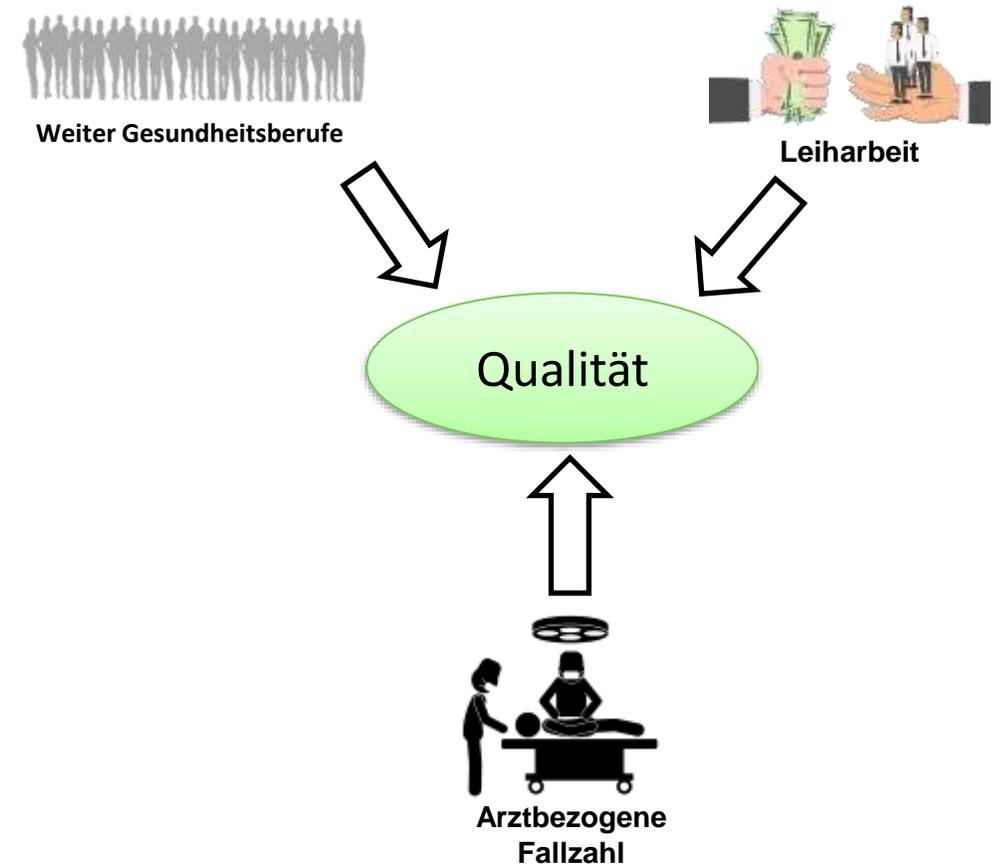
Internistische Leistungsgruppen	Chirurgische Leistungsgruppen	Intensivmedizin	Notfallmedizin	Sonstige Leistungsgruppen	Universität
5	5	X	X	8	X
5	5	X	X	8	
2	2	X	X	3	
Allgemeine Innere	Allgemeine Chirurgie	X	X		



- Fachkliniken und Level 1i: Zuordnung durch die Landeskrankenhausplanung
- BMG kann auf Vorschlag des InEK festlegen, wann bei Standorten Leistungsgruppen mit geringer Leistungsmenge bei der Einstufung unberücksichtigt bleiben

Neuer § 135d SGB V

- (5) Gegen die Veröffentlichung im
Transparenzverzeichnis ist der Rechtsweg vor den
Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.
- (6) Das IQTIG prüft, welchen Einfluss
- (1) die personelle Ausstattung weiterer im
Krankenhaus tätiger Gesundheitsberufe und
 - (2) der jeweilige Anteil von Leiharbeit bei Ärzten
und Pflegepersonal
- auf die Qualität der Versorgung hat.
- Prüfung, welche Daten dafür erforderlich sind
 - Prüfung des Zusammenhangs zwischen
arztbezogener Fallzahl und Qualität
 - Vorlage eines Berichts an das BMG bis
31.12.2024



Anlage 1 zu § 135d SGB V

Internistische Leistungsgruppen	
1	Allgemeine Innere Medizin
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
3	Infektiologie
4	Komplexe Gastroenterologie
5	Komplexe Nephrologie
6	Komplexe Pneumologie
7	Komplexe Rheumatologie
8	Stammzelltransplantation
9	Leukämie und Lymphome
10	EPU/Ablation
11	Interventionelle Kardiologie
12	Kardiale Devices
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention

Chirurgische Leistungsgruppen	
14	Allgemeine Chirurgie
15	Kinder- und Jugendchirurgie
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
18	Bauchaortenaneurysma
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

Anlage 1 zu § 135d SGB V

Weitere Leistungsgruppen	
35	Augenheilkunde
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten
37	MKG
38	Urologie
39	Allgemeine Frauenheilkunde
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 und -Onkologie – Stammzelltransplantation
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome

Weitere Leistungsgruppen	
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	Pankreastransplantation
64	Intensivmedizin
65	Notfallmedizin

Ergänzung §21 KHEntgG

- Ergänzung Abs. 2 Nr. 1 (Strukturdatensatz)
 - e) Ergänzung (neben dem bereits zu meldenden Pflegepersonal) um Hebammen in VK im Kreißaal und auf bettenführenden Stationen nach Standort und Fachabteilungen sowie pflegesensitiven Bereichen (PpUGV)
 - f) Neue Meldung von ärztlichem Personal in der unmittelbaren Patientenversorgung in VK mit Facharzt- und ggf. Schwerpunktbezeichnung bzw. Weiterbildungsgebiet nach Standort und Fachabteilungen
 - g) Neue Meldung der Leistungsgruppen des Standortes (Anlage 1 SGB V bzw. ab 01.01.2026 die durch die Landeskrankenhausplanung zugewiesene Leistungsgruppen)
- Ergänzung Abs. 2 Nr. 2 (Falldatensatz)
 - f) Ergänzung der Angabe des Standorts im Diagnosedatensatz
 - i) Neue Meldung der Leistungsgruppen, denen die Einzelfälle zuzuordnen sind (Anlage 1 SGB V bzw. ab 01.01.2026 die durch die Landeskrankenhausplanung zugewiesene Leistungsgruppen)



Facharzt/Schwerpunkt
oder Weiterbildungsgebiet

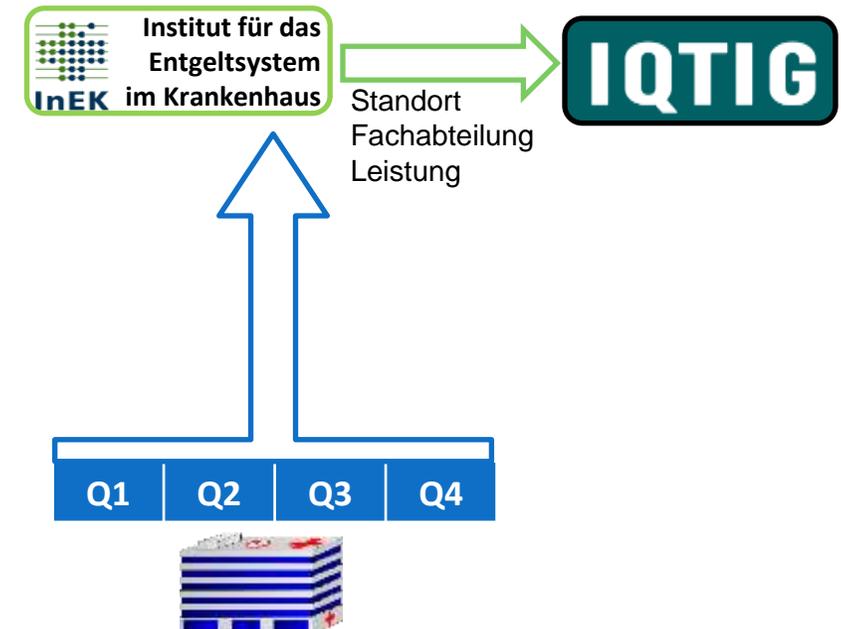
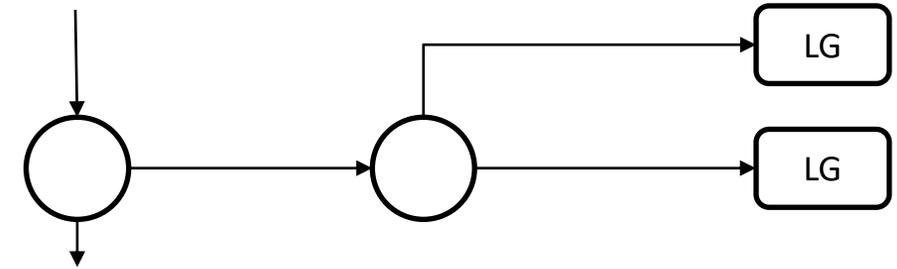
Leistungsgruppen



→ Leistungsgruppe

Ergänzung §21 KHEntgG

- Neuer Absatz 3c, 3d und 7
- 3c) Das InEK definiert die Zuordnung der Fälle zu Leistungsgruppen und zertifiziert bis zum 30.09.2024 Datenverarbeitungslösungen, die durch die Krankenhäuser zu verwenden sind
- 3d) Das InEK wertet die ihm übermittelten Daten beginnend ab Datenjahr 2022 standort-, fachabteilungs- und leistungsbezogen in Abstimmung mit dem IQTIG aus
- InEK übermittelt die Daten und Auswertungen sowie die Zuordnung der Standorte nach Versorgungsstufe unverzüglich an das IQTIG
- 7) Standortdaten und ärztliches Personal sind Quartalsweise bis zum 15. des auf das Quartalsende folgenden Monats an das InEK zu übermitteln
- Mehraufwand des InEK oder IQTIG aufgrund fehlender oder nicht fristgerecht gelieferter Daten sind durch das Krankenhaus zu erstatten



Bewertung

Bewertung

- Mehraufwand für Krankenhäuser durch Meldung des standort- und abteilungsbezogenen ärztlichen Personals (Quartalsweise) sowie der Leistungsgruppen und der Standortzuordnung der Diagnosen
- Insgesamt hält sich der Mehraufwand in Grenzen, allerdings wird weitere Transparenz über das Personal geschaffen. Dies ist natürlich beabsichtigt, kann jedoch für das Krankenhaus im Rahmen der Konkurrenz um Fachkräfte beispielsweise zu Abwerbungsversuchen führen
- Viele Begrifflichkeiten und für die Darstellung zu verwendenden Daten bzw. Kriterien für deren Bewertung bleiben offen. De facto bleibt die konkrete Ausgestaltung dem IQTIG überlassen
- Auch die Leistungsgruppen sind nicht näher definiert. Durch den Auftrag an das InEK zur Entwicklung eines entsprechenden Gruppierungsalgorithmus liegt auch hier die konkrete Ausgestaltung beim InEK
- Angesicht eines fragwürdigen Nutzens des Transparenzverzeichnisses bleiben die Fragen:
 - Warum jetzt und warum so dringlich?
 - Es bleibt der Verdacht, dass es vordringlich um die von den Ländern abgelehnte Einführung der Versorgungsstufen geht, die Seitens des Bundes nach Einführung der (zustimmungspflichtigen) Krankenhausreform möglicherweise doch weitergehend genutzt werden sollen?

Bewertung

- Die zusätzlichen Regelungen zum Pflegebudget sind aus Krankenhaussicht positiv zu bewerten, da sie die Liquidität leicht erhöhen und die teilweise hohe Vorfinanzierung des Pflegebudgets durch die Krankenhäuser abmildern
- Sie reichen jedoch nicht aus, um die akute strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhausversorgung auszugleichen

Aktueller Stand der Krankenhausreform

Teil 5
Finanzierung



Finanzierungsreform?

Finanzierung

- Transformationsfonds
 - Jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (Beitragsmittel) für die Jahre 2026 bis 2035 (Ergänzung § 271 Abs. 6 SGB V)
 - Übertragung nicht abgerufener Mittel aus dem Strukturfonds (§ 12a KHG)
 - Neuer § 12b KHG
 - (1) Bildung eines Transformationsfonds von 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
 - Maximal 2,5 Milliarden Euro pro Jahr zuzüglich übriger Mittel aus dem Vorjahr
 - Förderungstatbestände
 1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten zur Erfüllung der Qualitätskriterien oder Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppen
 2. Vorhaben zur Umstrukturieren eines Krankenhauses als Sektorübergreifende Einrichtung
 3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen (auch Hochschulkliniken)
 4. Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken in Kooperation mit nicht universitären Kliniken
 5. Bildung von Krankenhausverbänden und integrierten Notfallstrukturen
 6. Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen davon

Finanzierung

- Transformationsfonds

- Neuer § 12b KHG

(2) Länder können in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 95% ihres Anteils nach dem Königsteiner Schlüssel des zur Verfügung stehenden jährlichen Betrags beantragen

- Nicht beantragte Mittel werden auf die Folgejahre übertragen
- Mit den verbleibenden 5% werden länderübergreifende Projekte gefördert
- Restmittel aus dem Jahr 2035 verbleiben beim Gesundheitsfonds

Finanzierung

- Transformationsfonds

- Neuer § 12b KHG

- (3) Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln

1. Anträge werden jeweils bis 30.09 des Vorjahres gestellt
2. Die Umsetzung des Vorhabens beginnt nicht vor dem 01.01.2026
3. Land und ggf. Träger tragen mindestens 50% der förderfähigen Kosten, das Land mindestens die Hälfte davon aus eigenen Landesmitteln
4. Das Antragstellende Land verpflichtet sich
 - a) die Mittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser nicht abzusenken (mind. Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2025)
 - b) Die Investitionsfördermittel mindestens um den Betrag der Landesmittel nach Nr. 3 zu erhöhen
5. Die in einer Rechtsverordnung des BMG festzulegenden Kriterien erfüllt sind
 - Das Land darf keine Mittel aus Kommunalumlagen für die Finanzierung nach Nr. 3 verwenden oder das Krankenhaus zur Rückzahlung von entsprechenden Investitionsmitteln verpflichtet wird.
 - Auszahlung und Prüfung durch das Bundesamt für soziale Sicherung

Finanzierung

- Transformationsfonds
 - Neuer § 12b KHG
 - (4) Näheres durch Verordnung des des BMG zu
 1. Kriterien und Verfahren der Vergabe der Förderung
 2. Nachweis der Fördervoraussetzungen
 3. Nachweis zweckentsprechender Mittelverwendung und Rückzahlung bei Überzahlung oder fehlendem Nachweis

Finanzierung

- Anpassung der Landesbasisfallwerte und Erhöhung der Mittel für die Notfallversorgung
 - Änderung § 9 KHEntgG
 - Ergänzung Abs. 1a Nr. 5:
 - ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um insgesamt 33 Millionen Euro zu erhöhen
 - Änderung Abs. 1b Satz 1:
 - Vollständige Berücksichtigung des Orientierungswertes als Veränderungswert, falls höher als die Veränderungsrate ab dem Jahr 2025
 - Änderung § 10 KHEntgG:
 - Änderung Abs. 5
 - Berücksichtigung der Tarifraten zu 100% ab dem Jahr 2024
 - Bei unterjährigen Tarifierhöhungen unterjährige Vereinbarung der Tarifraten und Erhöhung des Landesbasisfallwerts
 - Entsprechende Änderungen in der BPfIV

Bewertung

Finanzierungsreform

- **Strukturelle Unterfinanzierung**

- Die Einnahmen der Krankenhäuser bestehen (im Wesentlichen) aus Investitionsförderung (Bundesland) und Leistungsvergütung (Krankenkassen)

§ 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

⇒ Rechtsgutachten von Prof. Huster, Ruhr Universität Bochum

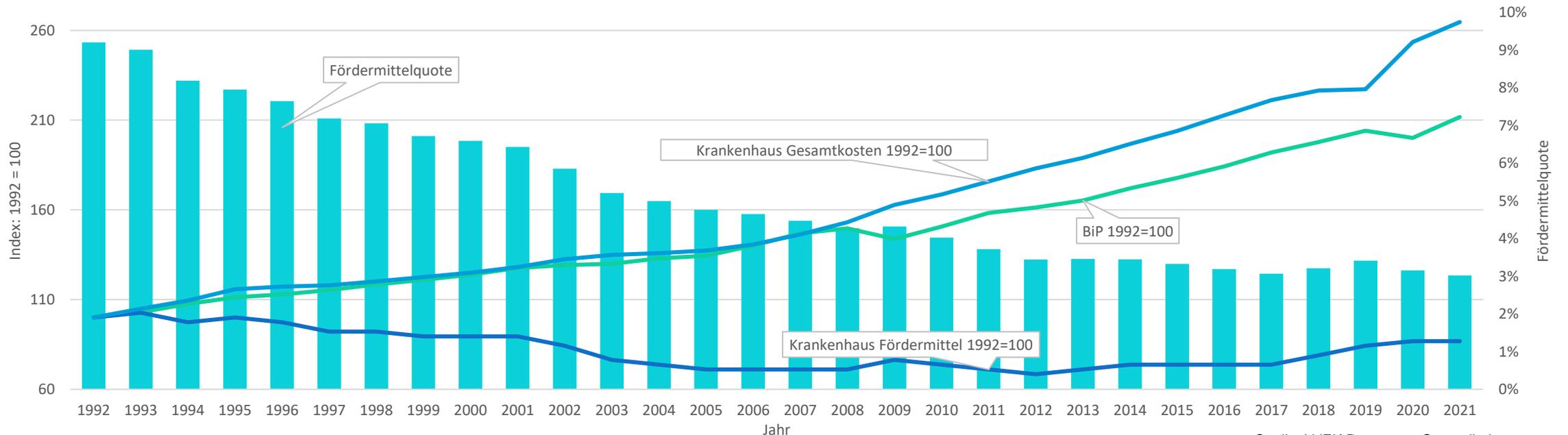
Bei gesetzlich geregelten und begrenzten Einnahmemöglichkeiten verstößt die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser gegen die Verfassung

Finanzierungsreform

● Strukturelle Unterfinanzierung

- Die Investitionsförderung der Länder ist seit Jahrzehnten zu gering (3% statt notwendiger 8-10% Anteil an den Gesamtkosten)
- Bis 2019 war ein Ausgleich der Investitionsförderlücke über Fallzahlsteigerung und (Personal-)Kosteneinsparungen möglich
- Über die Coronazeit haben die Ausgleichszahlungen viele Krankenhäuser gerettet

Entwicklung der Krankenhaus Gesamtkosten und Fördermittel (1992 = 100)
sowie des Anteils der Fördermittel an den Gesamtkosten (Fördermittelquote)



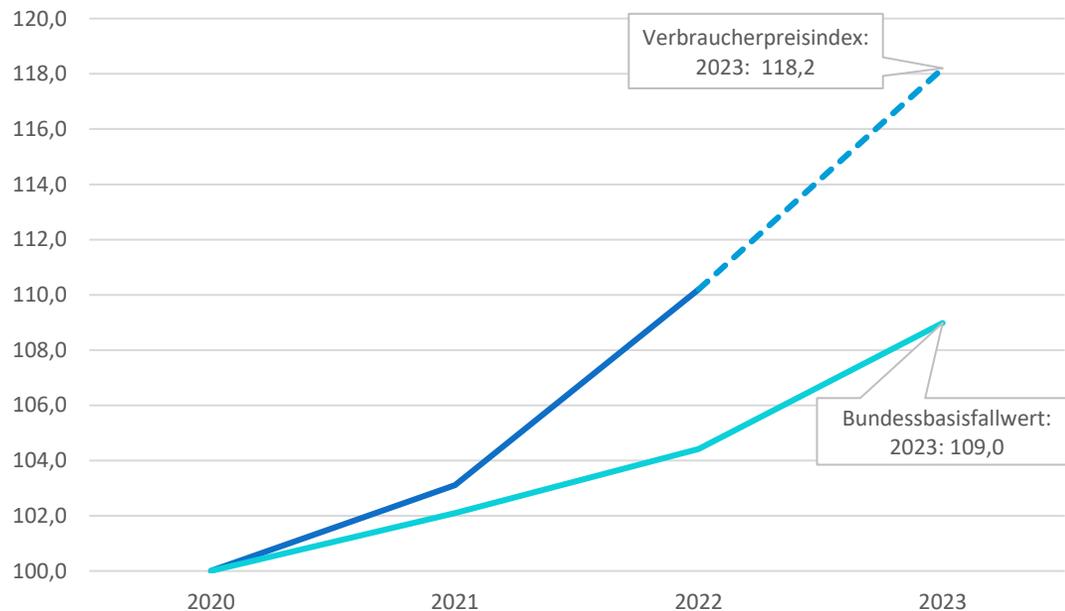
Quelle: VdEK Daten zum Gesundheitswesen

Finanzierungsreform

● Strukturelle Unterfinanzierung

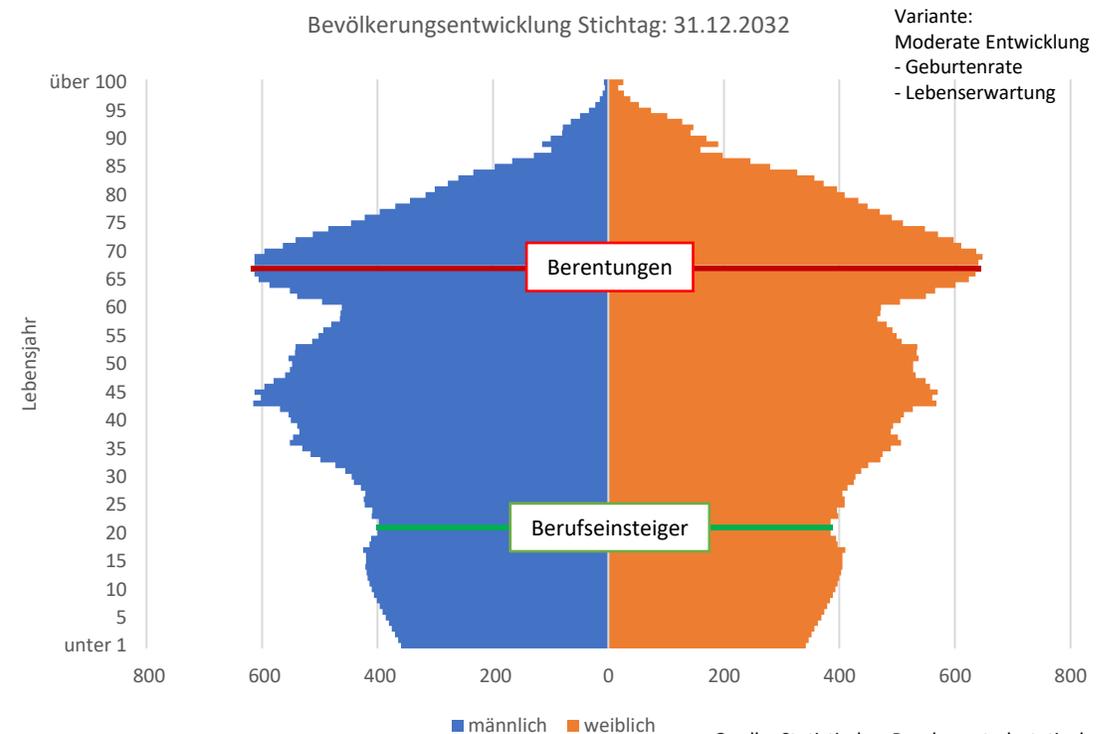
- Aufgrund der Inflation und der nicht daran angepassten Basisfallwerte ist inzwischen auch die Leistungsvergütung unzureichend und kann die fehlenden Investitionskosten nicht mehr quersubventionieren
- Leistungssteigerung ist durch zunehmenden Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigenden Personalvorgaben ebenfalls nicht mehr möglich

Entwicklung Inflation (Verbraucherpreisindex) und Bundesbasisfallwert
(2020 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt, destatis.de; GKV-SV

Bevölkerungsentwicklung Stichtag: 31.12.2032



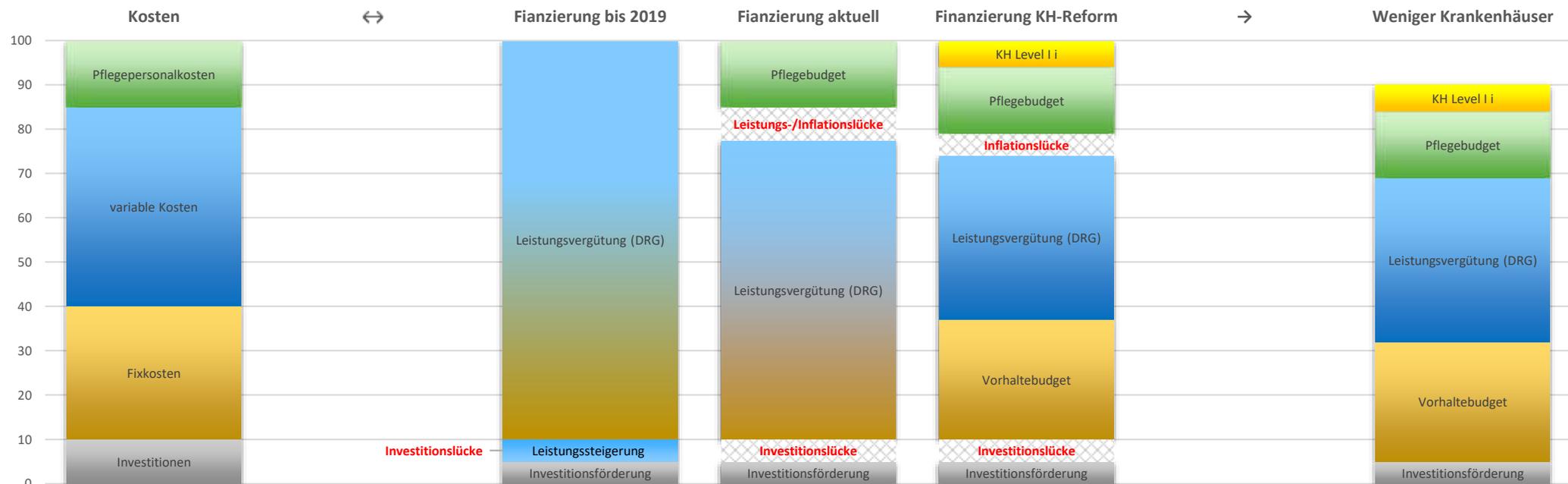
Quelle: Statistisches Bundesamt, destatis.de

Finanzierungsreform

● Strukturelle Unterfinanzierung

- Dazu kommt eine zunehmende Zweckbindung der Leistungsvergütung (z. B. Pflegebudget)
- Mehr Geld soll nicht in das Gesundheitssystem fließen und ist zumindest bei den Krankenkassen durch demographischen Wandel auch nicht zu erwarten
- Auch wie und durch wen die für die Reform notwendigen Transformationskosten finanziert werden, ist offen

⇒ **Eine Reihe von Krankenhäusern werden den Reformprozess nicht mehr erleben!**



**Vorschläge und Forderungen für eine
echte und notwendige
Reform der Gesundheitsversorgung**

Diskussionsgrundlage

Vorschläge für eine echte Reform

- Grundsätzlich:
 - ⇒ Ambulante und stationäre Versorgung muss gemeinsam gedacht werden
 - ⇒ Dafür ist eine klare Definition des Ziels einer durchgängigen Gesundheitsversorgung und der dafür erforderlichen Schritte notwendig
 - ⇒ Die gesetzliche Umsetzung muss unter Berücksichtigung der komplexen Zusammenhänge fundiert und handwerklich korrekt erfolgen
 - ⇒ Dies muss höhere Priorität als der Zeitplan haben
 - ⇒ Den fachlichen Stellungnahmen der Verbände und Praktiker ist angemessen Zeit und Raum zu geben
 - ⇒ Ziel und notwendige Schritte müssen klar und ehrlich der Bevölkerung unter Einbeziehung der betroffenen Kommunen kommuniziert werden
 - ⇒ Politik und Verbände müssen sich aus dem sektoralen Lagerdenken lösen



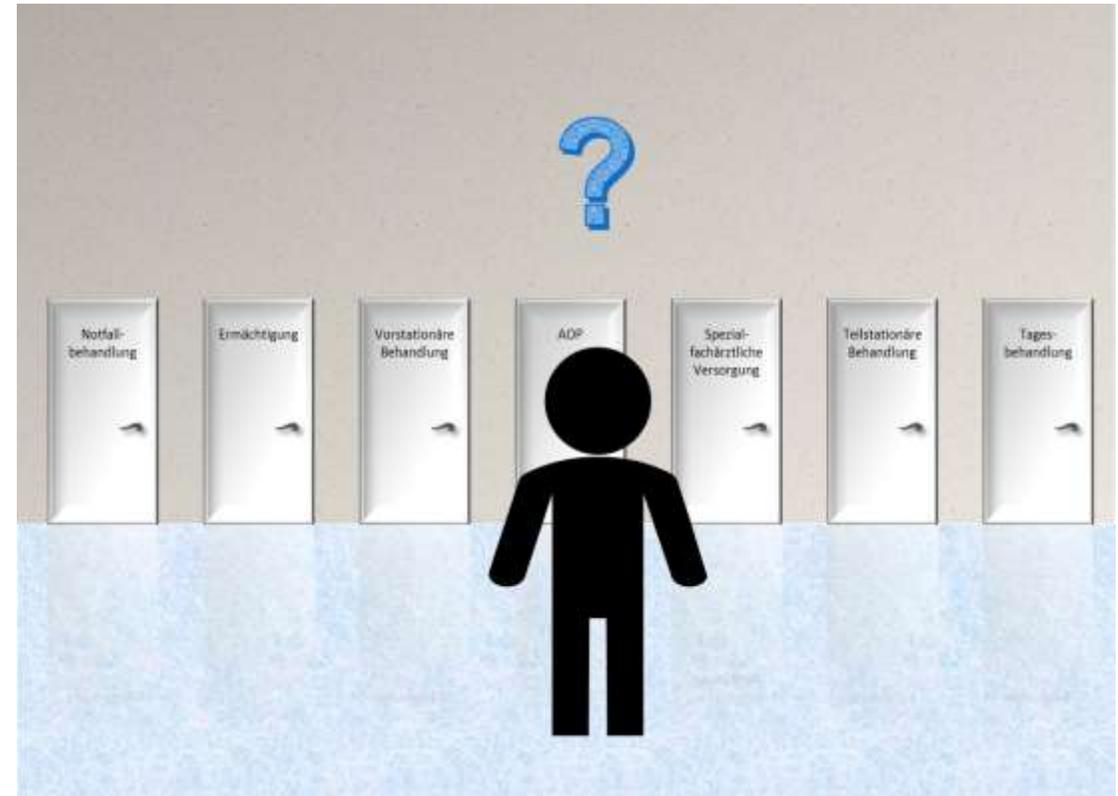
Vorschläge für eine echte Reform

- **Sektorenfreie Versorgung**
 - Sektorale Regelungen und Abgrenzungen historisch
 - Voraussetzungen und Begründungen für deren Einführung heute nicht mehr gültig
 - „Angebotsinduzierte Leistungsausweitung“ wegen mangelndem Personal nicht mehr ohne weiteres möglich
 - Konkurrenz
 - Es besteht keine Konkurrenz der Leistungsanbieter um Patientinnen und Patienten mehr ...
 - ... sondern eher Konkurrenz der Patientinnen und Patienten um die Leistungen
 - **Arbeitsteilung**
 - Umfassender Arztvorbehalt
 - Im Sinne einer effizienten Arbeitsteilung überholt
 - Pflege- und andere Gesundheitsberufe können in definierten Bereichen eigenständiges heilberufliches Handeln übertragen bekommen



Vorschläge für eine echte Reform

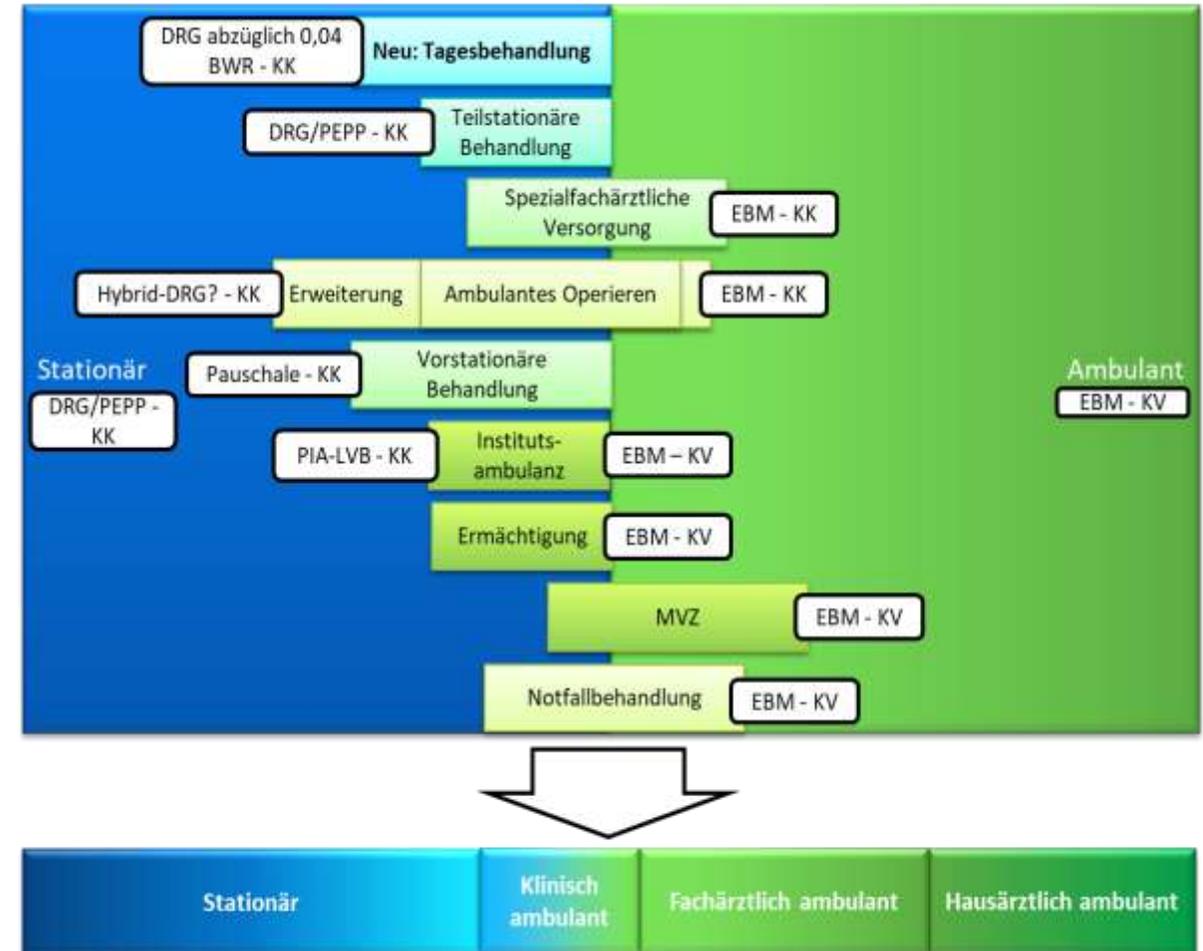
- **Sektorenfreie Versorgung**
 - **Aus Patientensicht:**
 - **Intransparenz und Komplexität:**
 - „richtige“ Anlaufstelle oft nicht bekannt
 - **Fehlende Kontinuität, viele unterschiedliche Behandlungsschritte:**
 - Keine Behandlung „aus einer Hand“, selbst bei definierten Krankheitsbildern
 - Z. B. Nachbehandelnder ≠ Operateur
 - **Verzögerung des Behandlungsablaufs:**
 - Mehrere Terminvereinbarungen bei unterschiedlichen Behandlern



Vorschläge für eine echte Reform

- **Sektorenfreie Versorgung**

- ⇒ Aufhebung und Zusammenfassung der Vielzahl „sektorübergreifender“ Behandlungsformen und Abrechnungsarten
- ⇒ Fließender Übergang der Versorgung je nach Behandlungsaufwand
- ⇒ Erleichterung und Anreize für ambulante Behandlung am Krankenhaus
- ⇒ Rasche, ggf. vorgezogene Umsetzung von „intersektoralen Gesundheitszentren“/ „Polikliniken“ (Level 1i) um geeigneten Krankenhäusern den freiwilligen Einstieg in die ambulante Versorgung zu ermöglichen



Vorschläge für eine echte Reform

- Bürokratieentlastung

- Gründliche Entlastung von administrativem Aufwand kann schnell und effektiv Ressourcen freisetzen und Kosten einsparen
- ⇒ Überprüfung des SGB V (und anderer relevanter Gesetze) auf historische, unnötige und unverhältnismäßige bürokratische Regelungen (wie im Koalitionsvertrag vereinbart!)

Beispielsweise:

- ⇒ Überprüfung der Datenübermittlungspflichten:
 - ⇒ Definition eines einheitlichen Datensatzes, aus dem sich alle notwendigen Übermittlungen generieren lassen
- ⇒ Qualitätssicherung:
 - ⇒ Reduktion auf einzelne, aussagekräftige Leistungen und Indikatoren sowie Beschränkung auf Routinedaten
- ⇒ Regelungen zur Leistungsmengenbegrenzung:
 - ⇒ Da wegen Fachkräftemangel und zunehmenden Personalvorgaben Leistungsausweitung (systemweit) nicht zu erwarten ist, sind die entsprechenden Regelungen im ambulanten (Budgets) und stationären Bereich (FDA) abzuschaffen
- ⇒ OPS-Strukturmerkmale und Strukturprüfungen:
 - ⇒ Bei Definition der Krankenhausleistungen durch Leistungsgruppen sowie deren Überprüfung durch den MD werden die OPS-Strukturmerkmale und Prüfungen überflüssig

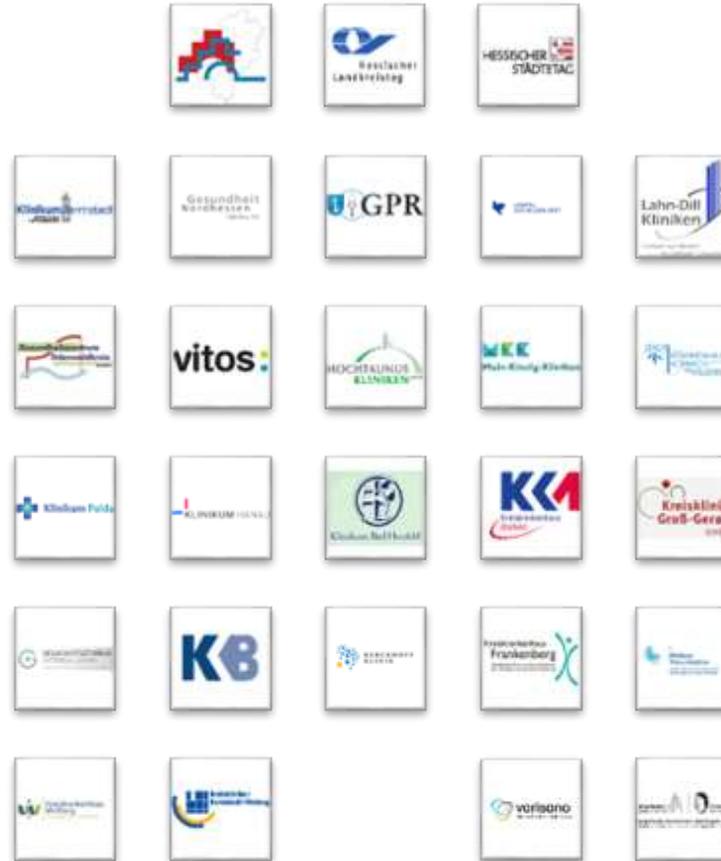


Vorschläge für eine echte Reform

- Strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser
 - ⇒ Anpassung der Landesbasisfallwerte an die Inflation
 - ⇒ Deutliche Erhöhung der Investitionsförderung durch die Länder
 - ⇒ Krankenhäuser müssen durch Behandlungserlöse und Investitionsförderung ausreichend finanziert sein
- Notfallkosten
 - ⇒ Deutliche Aufstockung (z. B. Verdreifachung) der Pauschalen für die GBA-Notfallstufen als zusätzliche Mittel
- Transformationskosten
 - ⇒ Weiterführung, Erweiterung und Aufstockung des Strukturfonds zur Finanzierung der Transformationskosten



Vielen Dank



Geschäftsstelle:

Frankfurter Straße 2
65189 Wiesbaden

+49 611 50595820

gf@klinikverbund-hessen.de



klinikverbund-hessen.de | bestens-fairsorgt.de