

DAS KRANKENHAUSVERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ | KHVVG

15. JANUAR 2025

Franz + Wenke GmbH

PD Dr. med. Dominik Franz
d.franz@dasgesundheitswesen.de

Mendelstraße 11
Tel.: 0251-149 824 10



Andreas Wenke
a.wenke@dasgesundheitswesen.de
48149 Münster
www.dasgesundheitswesen.de



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz



Die Unternehmen der
 Medizintechnologie
 www.franz-wenke.de

Webinar
 15. Januar 2025

Das Krankenhausversorgungs- verbesserungsgesetz | KHVVG

- > Die große Krankenhausreform – Stand der Dinge
- > Auswirkungen politischer Verzögerungen auf die Kliniken
- > Vorhaltefinanzierung – Zukunft der DRG-Vergütung
- > Leistungsgruppen – Lernen von Nordrhein-Westfalen?

14:05 Uhr PD Dr. Dominik Franz & Andreas Wenke

- Die große Krankenhausreform – Stand der Dinge
- Auswirkungen politischer Verzögerungen auf die Kliniken
- Vorhaltefinanzierung – Zukunft der DRG-Vergütung

14:50 Uhr Fragen der Teilnehmer:innen

15:05 Uhr PD Dr. Dominik Franz & Andreas Wenke

- Sektorübergreifende Versorgung
- Ambulante Potentiale-Auswirkungen auf die MedTech-Versorgung
- Leistungsgruppen – Lernen von Nordrhein-Westfalen (NRW)?
- NRW-Krankenhausplanung – aktueller Stand
- Leistungsgruppenverteilung – NRW vs. KHVVG

15:45 Uhr Fragen der Teilnehmer:innen



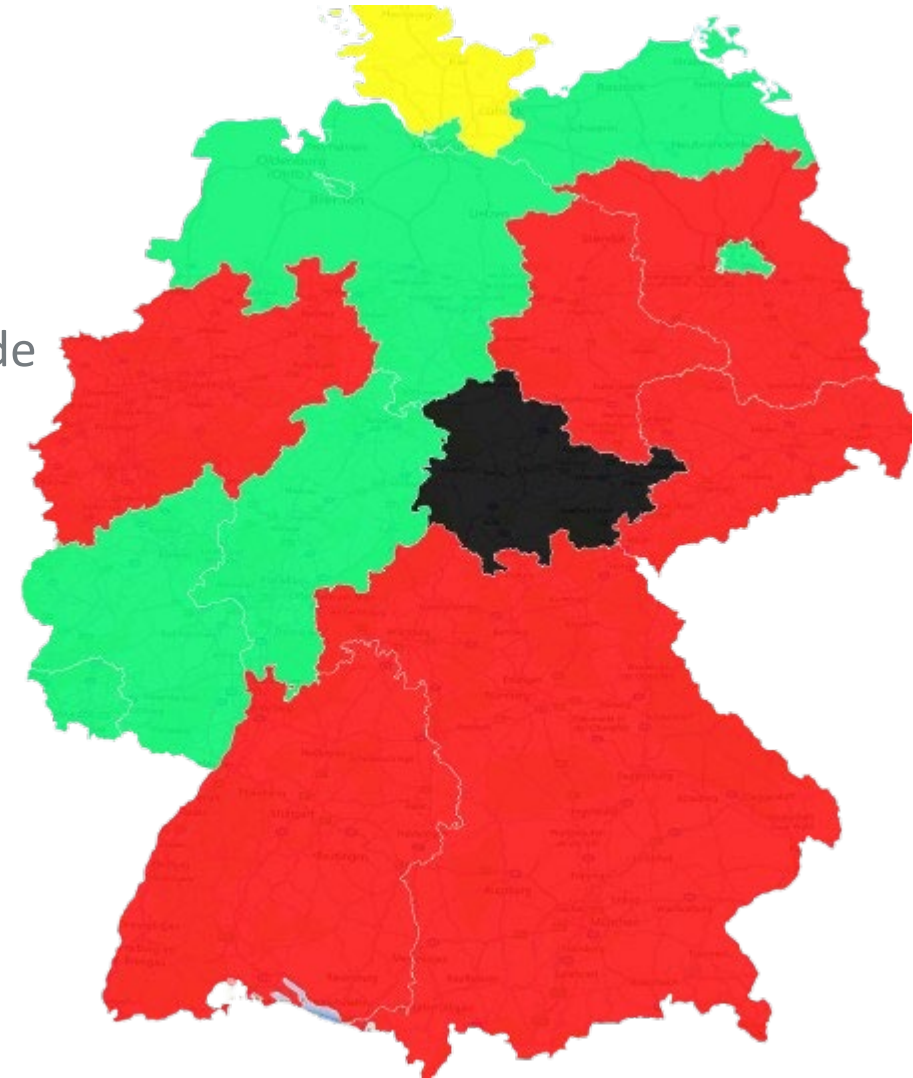
DIE KRANKENHAUSREFORM

STAND DER DINGE

Inkrafttreten des KHVVG

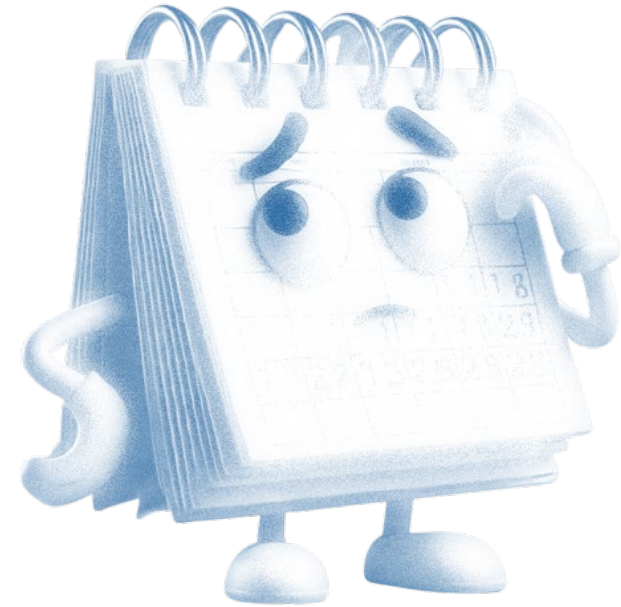
- Verabschiedet vom Bundesrat am 22. November 2024.
- Vermittlungsausschuss wurde nicht angerufen.
- Inkrafttreten: Am Tag nach Verkündung.
- Ziel: Anpassung der Rahmenbedingungen für Krankenhausplanung, -finanzierung sowie sektorenübergreifende Versorgung.

	Pro	Contra	Enthaltung	Ungültig
Baden-Württemberg		x		
Bayern		x		
Berlin	x			
Brandenburg		x		
Bremen	x			
Hamburg	x			
Hessen	x			
Mecklenburg-Vorpommern	x			
Niedersachsen	x			
Nordrhein-Westfalen		x		
Rheinland-Pfalz	x			
Saarland	x			
Sachsen		x		
Sachsen-Anhalt		x		
Schleswig-Holstein			x	
Thüringen				x



Der Zeitplan – wenn es denn so kommen sollte...

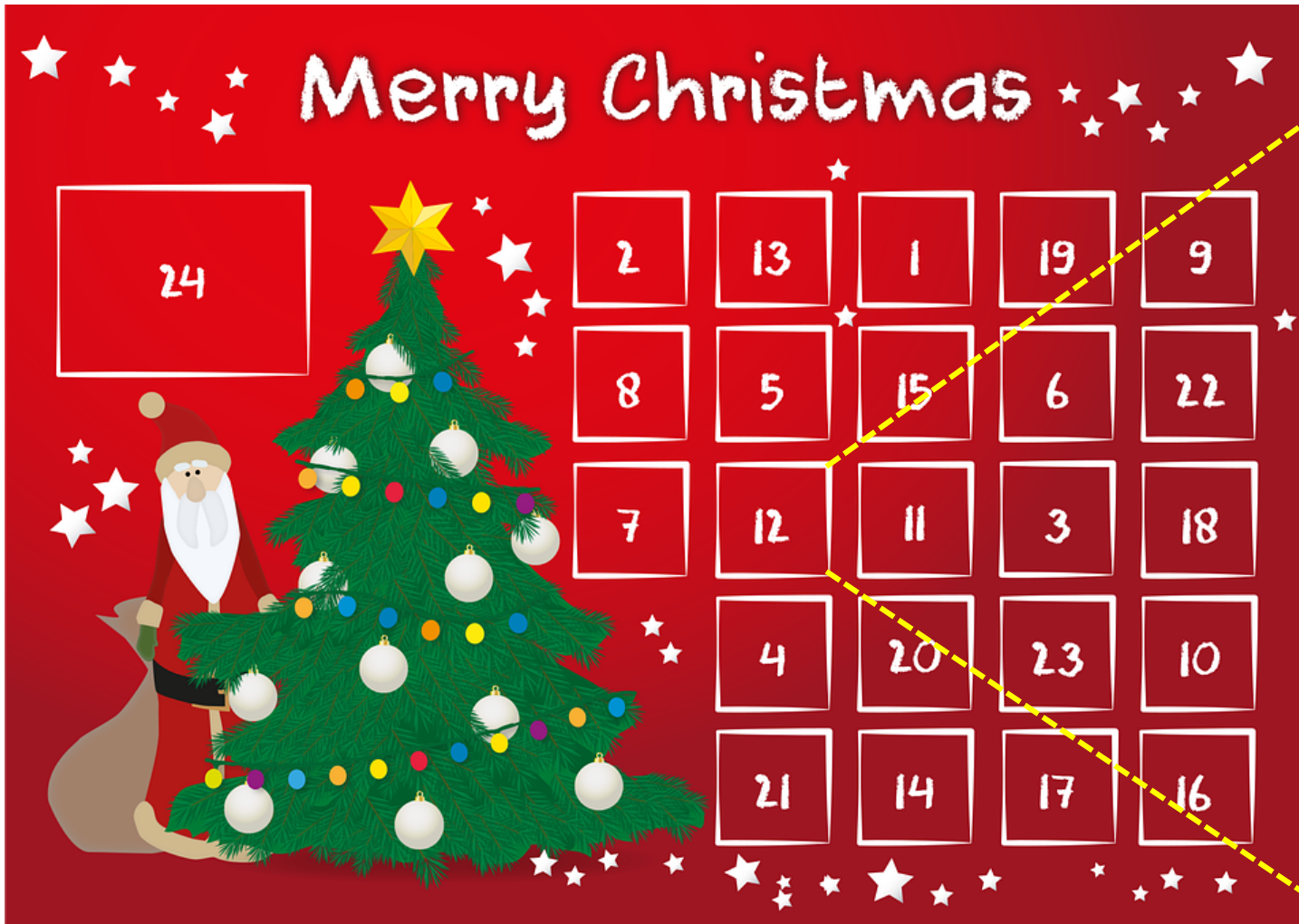
	Rechtsverordnung	Wirkung
Inkrafttreten des KHVVG		12.12.2024
Einführung von 65 Leistungsgruppen	31. Mrz 25	01. Jan 27
Einführung einer Vorhaltevergütung		01. Jan 27
Vollständige Refinanzierung aller Tarifierhöhungen.		Rückwirkend ab 2024
Weiterentwicklungen beim Pflegebudget		01. Jan 25
Weiterentwicklung amb/sectorenüber Versorgung		01. Jan 26
Errichtung eines Transformationsfonds		01. Jan 26



Die Krankenhausreform ist frisch beschlossen, da soll sie schon wieder umfangreich überarbeitet werden: Die Union im Bundestag kündigt dies für den Fall an, dass sie die Regierung übernimmt. Und CDU/CSU wollen im Gesundheitsministerium noch weiter gehen.

<https://www.n-tv.de/politik/Union-will-Krankenhausreform-schon-wieder-reformieren-article25384282.html>

Der Tag des Inkrafttretens – ungünstiger geht es nicht...



Der Tag des Inkrafttretens – ungünstiger geht es nicht...



Bundesgesetzblatt

Teil I

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

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

Vom 5. Dezember 2024



- Das KHVVG wurde am 11. Dezember 2024 verkündet, so dass es am 12. Dezember 2024 in Kraft treten konnte.
- Bis zum 11. Dezember 2024 beträgt die Höhe des Aufschlages, den ein Krankenhaus im Falle einer Rechnungsminderung zusätzlich zur Erstattung des Differenzbetrages an die Krankenkasse zu zahlen hat, wie bisher abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Rechnungen des Krankenhauses 25 % bzw. 50 % des Differenzbetrages, mindestens 300 Euro und maximal 10 % des geminderten Abrechnungsbetrages.
- Dieses Berechnungssystem wird ab dem 12. Dezember 2024 durch eine Pauschale ersetzt.
- Hat ein Krankenhaus künftig einen Aufschlag zu zahlen, beträgt dieser pauschal 400 Euro.
- Krankenhäuser mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen in Höhe von mindestens 60 % haben weiterhin keinen Aufschlag zu zahlen.

Wichtige Regelungsthemen des (KHVVG)

- Einführung der Vorhaltefinanzierung
- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung
- Zuweisung von Leistungsgruppen
- Qualitätsorientierte Vergütung mit Personalvorgaben und Mindeststandards
- Regionale Krankenhausplanung durch die Länder
- Neues Vergütungssystem für Level 1i-Kliniken
- Vergütungszuschläge für bestimmte Leistungen
- Neuregelung der Notfallversorgung
- Digitalisierung und IT-Förderung
- Einführung eines Transformationsfonds



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024

Nr. 400

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

Vom 5. Dezember 2024



Aus Sicht der Industrie wichtig - Transformationsfond

Zweck des Transformationsfonds:

Der Fonds dient dazu, Investitionen in die **Strukturanpassung**, **Digitalisierung** und **medizinische Modernisierung** von Krankenhäusern zu unterstützen. Ziel ist es, die Versorgungslandschaft bedarfsgerechter zu gestalten, Überkapazitäten abzubauen und bestehende Standorte besser auf die neuen Versorgungsstufen (Level 1i, 2 und 3) auszurichten.

Volumen und Mittelvergabe:

Der Transformationsfonds umfasst mehrere Milliarden Euro und wird über Bund-Länder-Vereinbarungen verwaltet. Die Länder beantragen Mittel zur Förderung einzelner Projekte, die den Zielen der Krankenhausreform entsprechen.

Förderschwerpunkte:

1. **Umwandlung von Krankenhäusern** in Level 1i-Kliniken oder ambulante Versorgungszentren.
2. **Digitalisierungsvorhaben** wie die Einführung elektronischer Patientenakten, Telemedizin und Krankenhausinformationssysteme.
3. **Modernisierung der Infrastruktur**, insbesondere zur Sicherung der Vorhaltekapazitäten in wichtigen Versorgungsbereichen.
4. **Abbau von Überkapazitäten** und Förderung neuer Versorgungsmodelle, z. B. sektorenübergreifende Netzwerke.



Aber:
Die Ausgestaltung bleibt derzeit noch unklar...

Aber - ohne Rechtsverordnungen keine Umsetzung

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien Erstmalige Festlegung / Weiterentwicklung

Das BMG legt diese durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats gemäß § 135e Abs. 1 SGB V (zu erlassen bis zum 31.03.2025 mit Wirkung ab dem 01.01.2027) fest.

Mindestvorhaltezahlen Festlegung / Entwicklung von Mindestvorhaltezahlen

Das BMG legt mit Zustimmung des Bundesrats (§ 135 Abs. 4 SGB V) in einer Rechtsverordnung Mindestvorhaltezahlen fest. Zu erlassen bis 1 Jahr nach dem Inkrafttreten des KHVVG mit Wirkung ab dem 01.01.2027.



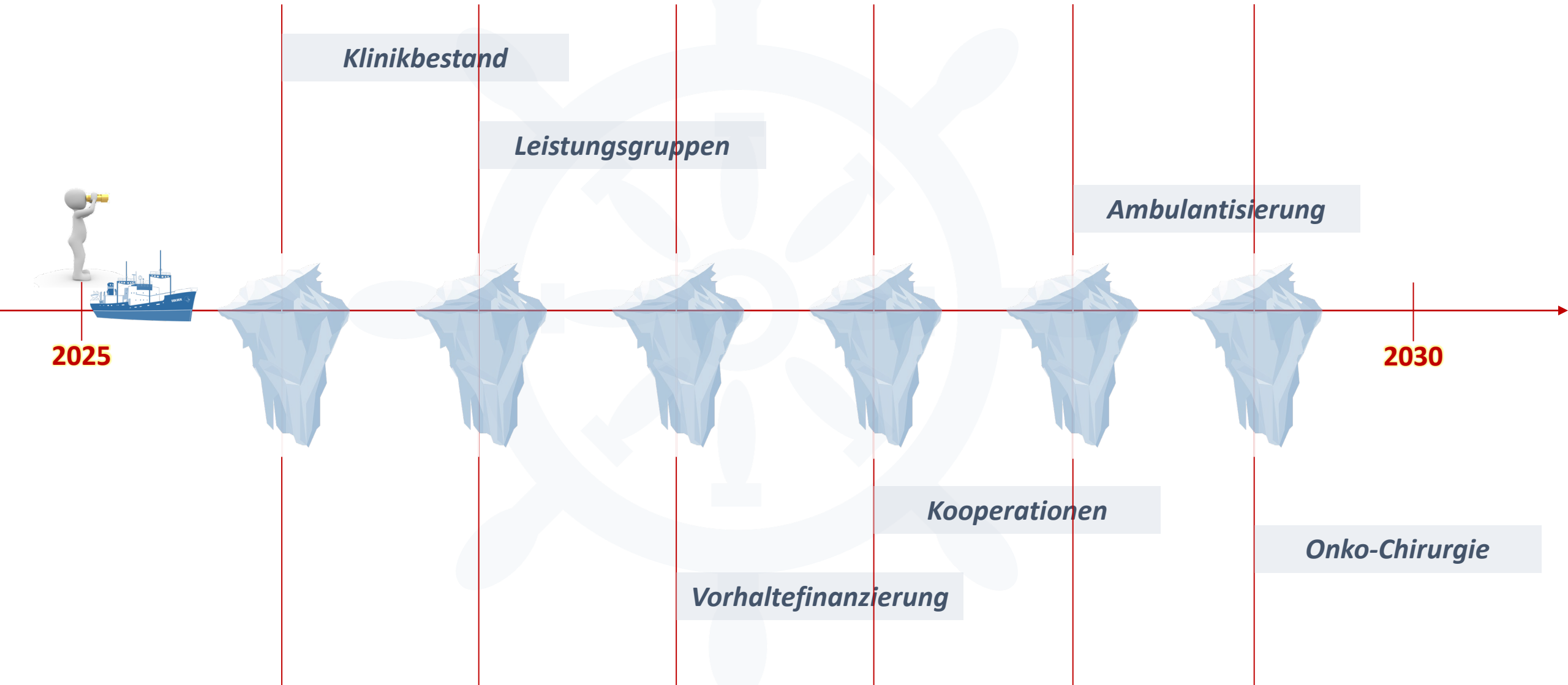
**DAMIT HÄNGEN DIE
KLINIKEN (MAL WIEDER)
PLANUNGSTECHNISCH IN
DER LUFT...**





AUSWIRKUNGEN POLITISCHER VERZÖGERUNGEN AUF DIE KLINIKEN

Herausforderung Navigation in der Klinikstrategie



Viele Themen und Fragen für die Kliniken

Klinikbestand

- *Ist die Klinik noch als stationäre Einrichtung haltbar?*
- *Liegt die Zukunft in der sektorenübergreifende Versorgung (Level 1i)?*

Leistungsgruppen + Onko-Chirurgie

- *Welche Leistungen kann und darf die Klinik noch erbringen?*
- *Wie kann die Personalsituation stabil gehalten werden?*

Vorhaltefinanzierung

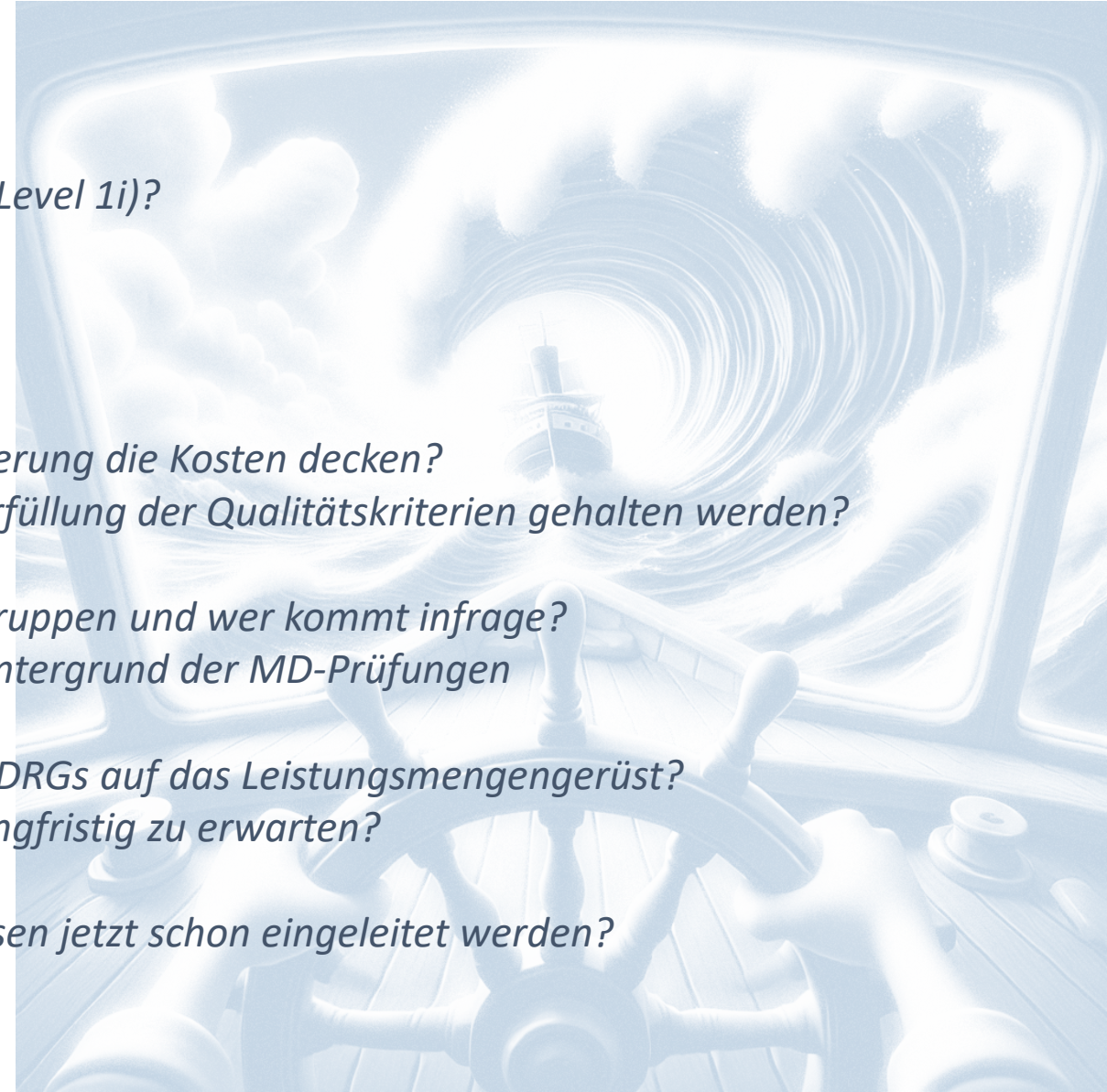
- *Wird die Summe aus Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung die Kosten decken?*
- *Wie kann eine Abteilung bei passageren Engpässen in der Erfüllung der Qualitätskriterien gehalten werden?*

Kooperationen

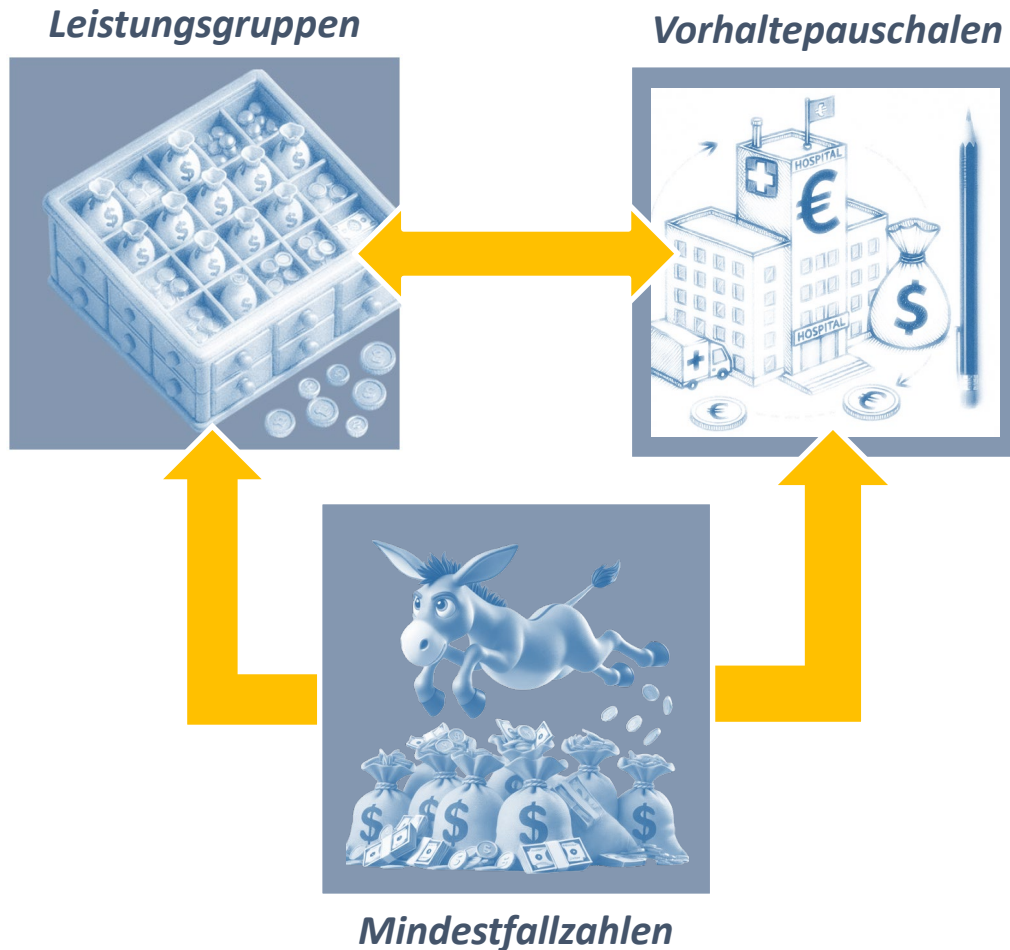
- *Welche Kooperationen benötigt die Klinik für die Leistungsgruppen und wer kommt infrage?*
- *Rechtssichere Ausgestaltung von Kooperationen vor dem Hintergrund der MD-Prüfungen*

Ambulantisierung

- *Welche Auswirkungen haben Ambulantisierung und Hybrid-DRGs auf das Leistungsmengengerüst?*
- *Ist eine sachgerechte Finanzierung dieser Fälle mittel- bis langfristig zu erwarten?*
- *Von welchen Leistungen muss die Klinik sich trennen?*
- *Welche strukturellen und prozessualen Veränderungen müssen jetzt schon eingeleitet werden?*



Zusammenspiel der Themen – komplexe Folgen



Leistungsgruppen:

- Krankenhäusern werden bestimmten Leistungsgruppen zugewiesen, oft basierend auf regionalen Vorgaben.
- Diese Zuweisung schränkt die Flexibilität der Krankenhäuser ein, da sie nur für die zugewiesenen Leistungen vergütet werden.

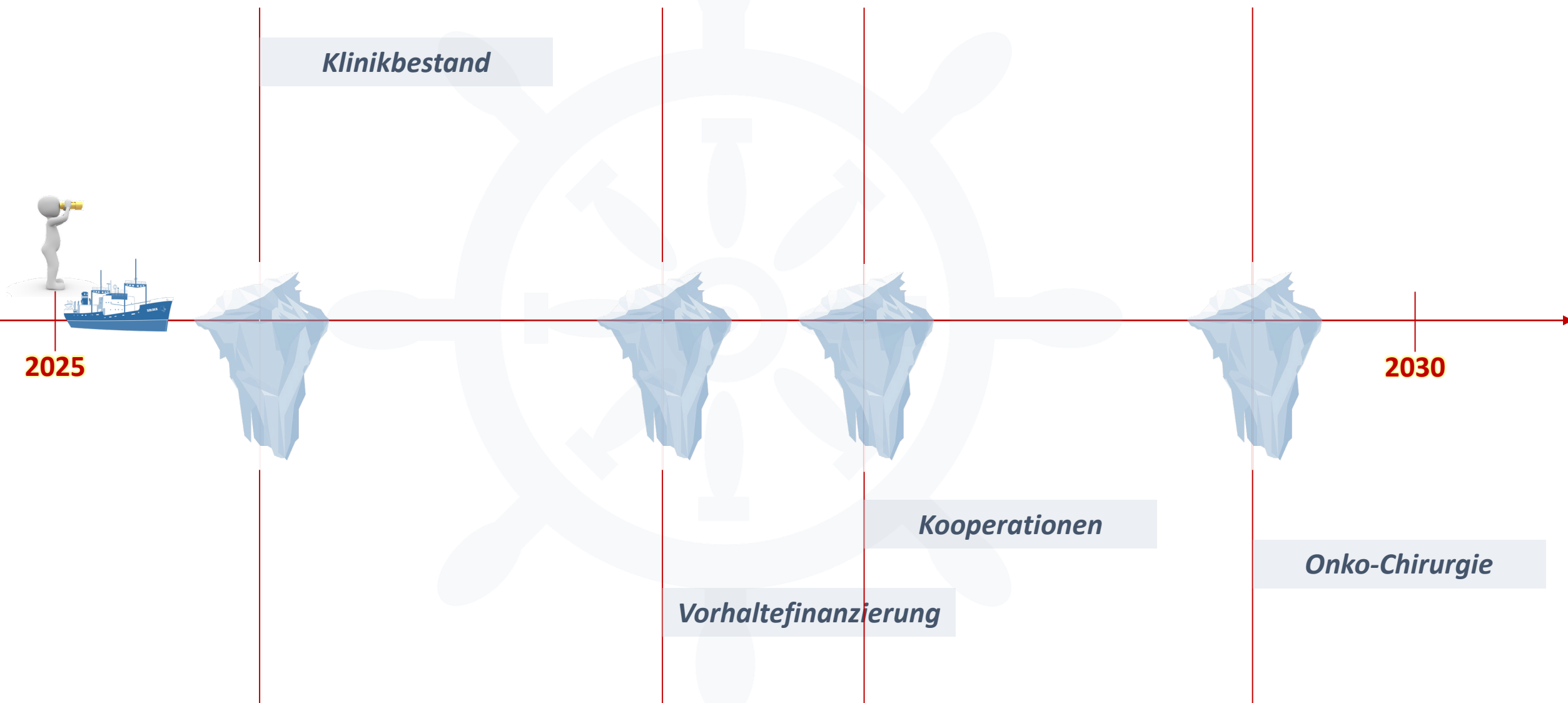
Vorhaltepauschalen:

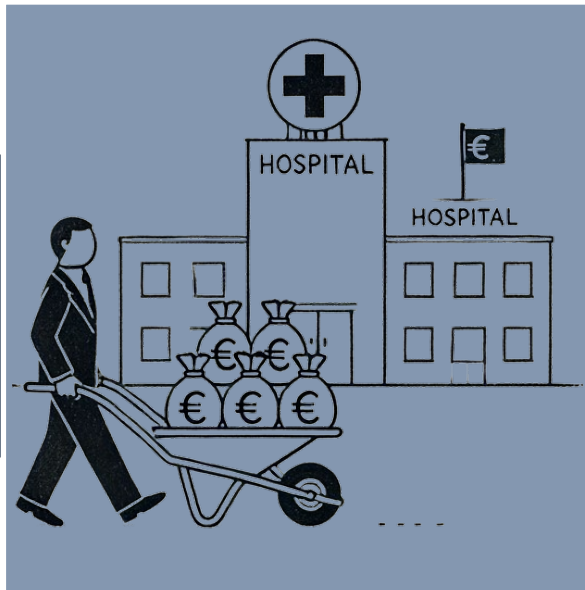
- Die Pauschalen sollen die fixen Kosten der Krankenhäuser abdecken, unabhängig von der tatsächlichen Auslastung.
- Sie sind jedoch oft unzureichend, um die tatsächlichen Vorhaltungskosten für Personal, Technik und Infrastruktur abzudecken, insbesondere bei spezialisierten Leistungen.

Mindestfallzahlen:

- Krankenhäuser müssen für bestimmte Leistungsgruppen eine Mindestanzahl an Behandlungsfällen erreichen, um die Vorhaltepauschalen zu sichern.
- Besonders in kleineren Häusern oder ländlichen Regionen kann dies schwer erreichbar sein, was den Druck auf diese Krankenhäuser erhöht, eventuell unrentable Bereiche zu schließen oder zu spezialisieren.

Themen der ersten Stunde des Seminars





KLINIKBESTAND UND PORTFOLIO

Frage 1:

**Bleibt meine Klinik für die stationäre
Versorgung erhalten?**



Halb Krankenhaus – halb Praxis – die neue Level 1i-Klinik

- Das KHVVG führt die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ein, die auch als "Level 1i-Krankenhäuser" bezeichnet werden.
- Diese Einrichtungen kombinieren stationäre, ambulante und pflegerische Leistungen der Grundversorgung und sollen insbesondere in ländlichen Gebieten die wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen.
- Es wird allgemein erwartet, dass vor allem kleinere Krankenhäuser, die bisher eine Grund- und Notfallversorgung anbieten, in Level 1i-Kliniken umgewandelt werden könnten.
- Diese Einrichtungen sollen künftig eine sektorenübergreifende Versorgung sicherstellen, indem sie sowohl ambulante als auch tagesstationäre Leistungen anbieten.
- Die Finanzierung der Level 1i-Kliniken wird neu gestaltet. Anstelle des bisherigen DRG-Systems erfolgt die Vergütung dieser Einrichtungen über degressive, verweildauerabhängige Tagespauschalen. Diese Pauschalen sind krankenhausesindividuell kalkuliert und sollen sowohl die Vorhaltekosten als auch die variablen Sachkosten abdecken.
- Für ambulante Leistungen, die Level 1i-Kliniken erbringen, ist vorgesehen, dass diese nach dem EBM über die Budgets der KVen abgerechnet werden.
- Dies erfordert jedoch spezifische Vereinbarungen mit den jeweiligen KVen, da die üblichen EBM-Sätze möglicherweise nicht ausreichen, um die höheren Kostenstrukturen der Kliniken vollständig zu decken.

Level 1i-Kliniken mit neuen Herausforderungen



Chancen:

- Zukunftssicherung durch neue Aufgaben (z. B. ambulante Versorgung und allgemeinmedizinische Leistungen)
- Erweiterung des Leistungsspektrums (z. B. regionale Gesundheitsversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten mit Facharztmangel)
- Spezielle Vergütungsmodelle (z. B. könnte die Vergütung, die sich an Tagesentgelten orientiert im Vergleich zum bisherigen DRG-System eine stabilere und planbarere Finanzierungsgrundlage bieten)

Risiken:

- Verlust stationärer Klinikstatus (keine vollwertige stationäre Einrichtung mehr, was aus Sicht der Öffentlichkeit negativ bewertet könnte)
- Rückgang der Attraktivität für Personal (Qualifiziertes Personal wird möglicherweise vor dem Hintergrund der Personalknappheit in größere Kliniken abwandern)
 Einschränkungen der Investitionsfähigkeit (Ohne den Status eines „vollwertigen“ Krankenhauses könnte es schwieriger werden, Investitionen in moderne Medizintechnik und Infrastruktur zu rechtfertigen).
- Abhängigkeit von Landesplanungsbehörden (Die Entscheidung zur Umwandlung zu einem Level 1i-Haus liegt bei den Planungsbehörden der Länder. Dadurch Verlust von Einfluss die Zukunftsplanung)

Frage 2:

Die Klinik bleibt für die stationäre
Versorgung erhalten
aber
welche Leistungen darf ich weiter
erbringen?

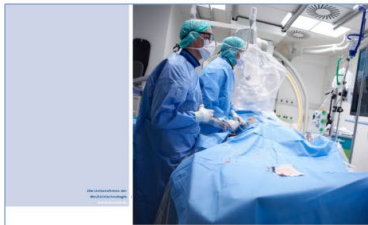


Leistungsgruppen – ein Thema des zweiten Teils

KHVVG 2025


FRANZ + WENKE
 Beratung im Gesundheitswesen

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Webinar
15. Januar 2025Das Krankenhausversorgungs-
verbesserungsgesetz | KHVVG

- Die große Krankenhausreform – Stand der Dinge
- Auswirkungen politischer Verzögerungen auf die Kliniken
- Vorhaltefinanzierung – Zukunft der DRG-Vergütung
- Leistungsgruppen – Lernen von Nordrhein-Westfalen?

14:05 Uhr PD Dr. Dominik Franz & Andreas Wenke

- Die große Krankenhausreform – Stand der Dinge
- Auswirkungen politischer Verzögerungen auf die Kliniken
- Vorhaltefinanzierung – Zukunft der DRG-Vergütung

14:50 Uhr Fragen der Teilnehmer:innen

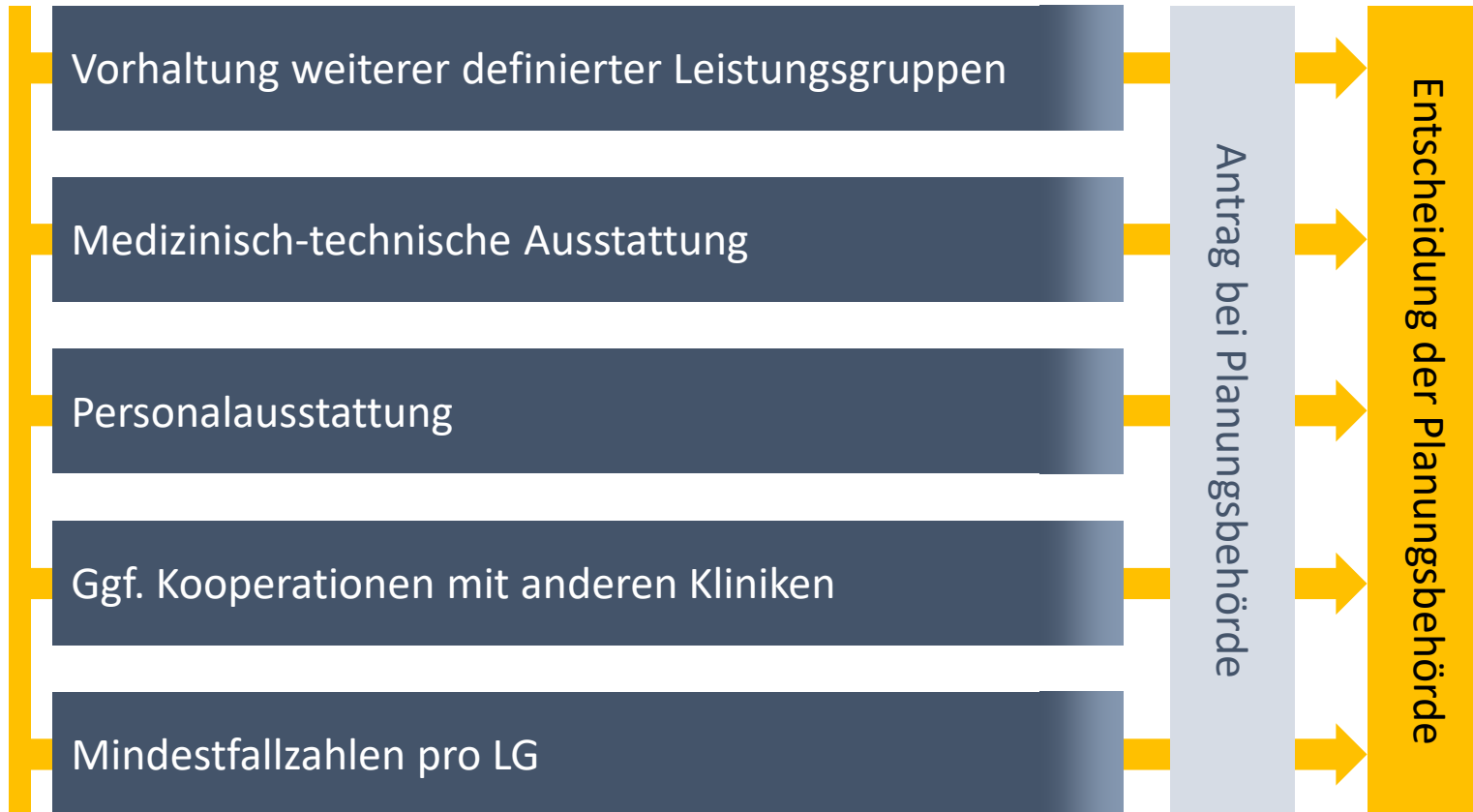
15:05 Uhr PD Dr. Dominik Franz & Andreas Wenke

- Sektorübergreifende Versorgung
- Ambulante Potentiale-Auswirkungen auf die MedTech-Versorgung
- Leistungsgruppen – Lernen von Nordrhein-Westfalen (NRW)?
- NRW-Krankenhausplanung – aktueller Stand
- Leistungsgruppenverteilung – NRW vs. KHVVG

15:45 Uhr Fragen der Teilnehmer:innen

- Das Thema der Leistungsgruppen wird im zweiten Teil gesondert und ausführlicher dargestellt werden.
- Trotzdem rührt ein erheblicher Teil der Sorgen von Krankenhausleitungen aktuell aus der Unsicherheit der Portfolioentwicklung her.
- Diese begründet sich in der Systematik und Anwendung der Leistungsgruppen.
- Dabei ist derzeit noch völlig unklar, welche Klinik welche Leistungen weiter wird erbringen und abrechnen dürfen.
- Deshalb hier schon einmal ein kurzer Ausblick auf die Thematik.

Planungseinheit Leistungsgruppe



Beispiel Krankenhausplanung NRW

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Besondere Leistungsgruppen



Nummer Leistungsgruppe	Leistungsgruppe	Planungsebene	Besondere Leistungsgruppen			
			Anzahl der beantragenden Standorte	Anzahl der zugewiesenen Standorte	Abweichung absolut	Abweichung prozentual
08.2	8.2 Interventionelle Kardiologie	Versorgungsgebiet	165	141	-24	-15%
14.1	14.1 Endoprothetik Hüfte	Versorgungsgebiet	236	137	-99	-42%
14.2	14.2 Endoprothetik Knie	Versorgungsgebiet	214	136	-78	-36%
14.3	14.3 Revision Hüftendoprothese	Regierungsbezirk	201	79	-122	-61%
14.4	14.4 Revision Knieendoprothese	Regierungsbezirk	191	75	-116	-61%

- Wir wissen nicht, ob alle beantragenden Standorte bisher an der Leistungserbringung teilgenommen haben, es ist aber fast als sicher anzusehen, dass dem so ist.
- Damit fallen nicht wenige Einrichtungen aus der Leistungserbringung heraus und stehen somit vor Personal- und Infrastruktur, welche Kosten verursacht (hat) und nicht mehr benötigt wird.
- Der Wegfall von Leistungen führt für Hersteller folgerichtig zum Verlust von Kunden, wobei Kliniken, welche die Versorgung übernehmen, möglicherweise andere Hersteller präferieren.
- Dort steigende Fallzahlen führen dann im Einkauf zusätzlich zu einer besseren Position für Preisverhandlungen.

Die Auswirkungen sind durchaus beträchtlich...

Nummer Leistungsgruppe	Leistungsgruppe	Planungsebene	Abweichung prozentual
08.2	8.2 Interventionelle Kardiologie	Versorgungsgebiet	-15%
14.1	14.1 Endoprothetik Hüfte	Versorgungsgebiet	-42%
14.2	14.2 Endoprothetik Knie	Versorgungsgebiet	-36%
14.3	14.3 Revision Hüftendoprothese	Regierungsbezirk	-61%
14.4	14.4 Revision Knieendoprothese	Regierungsbezirk	-61%

- Gerade im Bereich der Endoprothetik fallen in NRW viele Leistungserbringer weg.
- Diese dürfen die Leistungen künftig weder erbringen noch abrechnen.
- Damit sind sie natürlich auch keine Kunden der jeweiligen Hersteller von Endoprothesen mehr...

- Gemäß den Bestimmungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sind Krankenhäuser verpflichtet, die Qualitätskriterien der ihnen zugewiesenen Leistungsgruppen kontinuierlich zu erfüllen. Sollte es aufgrund unvorhergesehener Ereignisse, wie beispielsweise plötzlichen Personalausfällen durch Kündigungen oder Krankheiten, zu einer kurzfristigen Nichterfüllung dieser Kriterien kommen, sind die Krankenhäuser verpflichtet, dies unverzüglich dem MD, der Landesplanungsbehörde und den Krankenkassenverbänden mitzuteilen.
- In solchen Fällen kann die Landesbehörde dem betroffenen Krankenhaus eine Frist von bis zu drei Monaten einräumen, um die Qualitätskriterien wieder zu erfüllen. Sollte die Erfüllung der Kriterien innerhalb dieses Zeitraums nicht realistisch erscheinen, kann der Versorgungsauftrag für die betreffende Leistungsgruppe entzogen werden. Wird ein Verstoß gegen die Qualitätskriterien nicht fristgerecht oder gar nicht gemeldet, kann dies zu einem Abrechnungsverbot für die entsprechende Leistungsgruppe führen.

Der Notfall – kommender Star des Sozialrechts

§ 8 Abs. 4, Satz 4 KHEntgG

Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten.

- Das wird sicher sehr spannend werden.
- Kliniken werden hier mit angeblichen Notfällen nicht selten nicht zugeteilte Leistungsgruppen unterlaufen wollen.
- Kostenträger werden den Notfallcharakter von Leistungen in Abrede stellen.
- Ein Notfall ist im strengen Sinne nicht enger definiert als der Wortlaut.
- Damit kann ein Notfall unterschiedliche Definitionen zur Grundlage haben:
 - Alle Fälle, die nicht mit Einweisung kommen
 - Alle Fälle, bei denen sofort medizinisches Eingreifen erforderlich ist, ohne dass der nicht in der Klinik zugelassene Eingriff selbst unmittelbar durchgeführt werden müsste
 - Alle Fälle, bei denen der nicht in der Klinik zugelassene Eingriff unmittelbar durchgeführt werden muss
 - ...

Blindflug im Nebel...

- Die fehlenden politischen Rahmenbedingungen zum KHVVG führen dazu, dass elementare Planungsgrundlagen in den Kliniken derzeit fehlen.
- In der Folge hat sich in vielen Kliniken eine eher abwartende Position eingestellt.
- Diese verhindert weitere Aktivitäten und Entwicklungen.
- Gerade im Bereich von Investitionen (Infrastruktur medizinisch und baulich) und bei Zukunftsprojekten sind viele Kliniken derzeit nahezu unbeweglich.
- Diese Situation ist auch durchaus nachvollziehbar, allerdings ist aus einem Stillstand selten eine Perspektive entstanden...





KOOPERATIONEN

Kooperationen werden noch wichtiger

Regelungen zu Klinikkooperationen im KHVVG:

1. Zuweisung von Leistungsgruppen:

- Kooperationen mit anderen Kliniken können helfen, die Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen zu erreichen.

2. Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung:

- Die Bildung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfordert eine Kooperation zwischen verschiedenen medizinischen Einrichtungen.

3. Transformationsfonds:

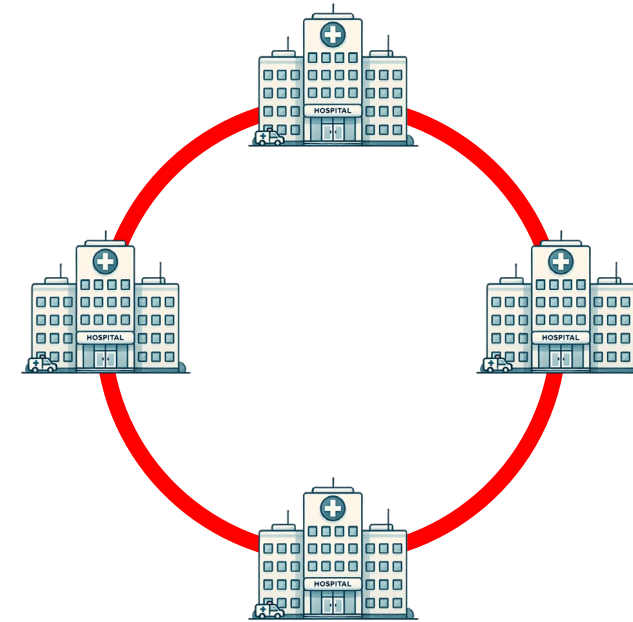
- Krankenhäuser können durch Kooperationen von diesen Mitteln profitieren, um gemeinsam innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Bedeutung der Klinikkooperationen:

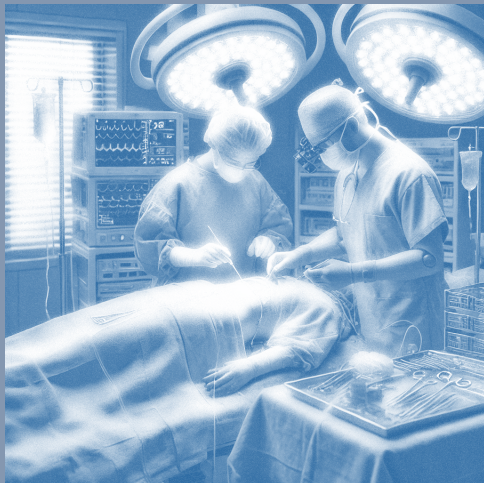
- **Qualitätssteigerung:** Durch Spezialisierung und Arbeitsteilung können Kliniken ihre Behandlungsqualität erhöhen und Gelegenheitsversorgung vermeiden.
- **Ressourceneffizienz:** Gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und medizinischem Personal reduziert Kosten und vermeidet Doppelstrukturen.
- **Flächendeckende Versorgung:** Insbesondere in ländlichen Gebieten sichern Kooperationen die medizinische Versorgung, indem sie den Zugang zu spezialisierten Leistungen ermöglichen.
- **Erfüllung gesetzlicher Vorgaben:** Durch Zusammenarbeit können Kliniken die im KHVVG festgelegten Mindestanforderungen und Qualitätsstandards besser erfüllen.

Hoher Aufwand Kooperationsmanagement

Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG	
		Standort	Kooperation
Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome



- In vielen Leistungsgruppen sind Kooperationen vorgeschrieben.
- Diese gelten natürlich nur dann, wenn die Leistung am Standort nicht ohnehin erbracht wird.
- Kooperationen müssen durch schriftliche Kooperationsvereinbarung nachgewiesen werden.
- Voraussetzung ist, dass die Erfüllung eines Kriteriums in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen oder
- dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.



ONKO-CHIRURGIE

Onkochirurgie – keine Leistung für alle

§ 40 KHVVG

Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert (...) alle Krankenhausstandorte, die (...) [onkochirurgische] Leistungen erbracht haben, erstellt für jeden der (...) Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, (...), und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach der Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der (...) sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; (...).

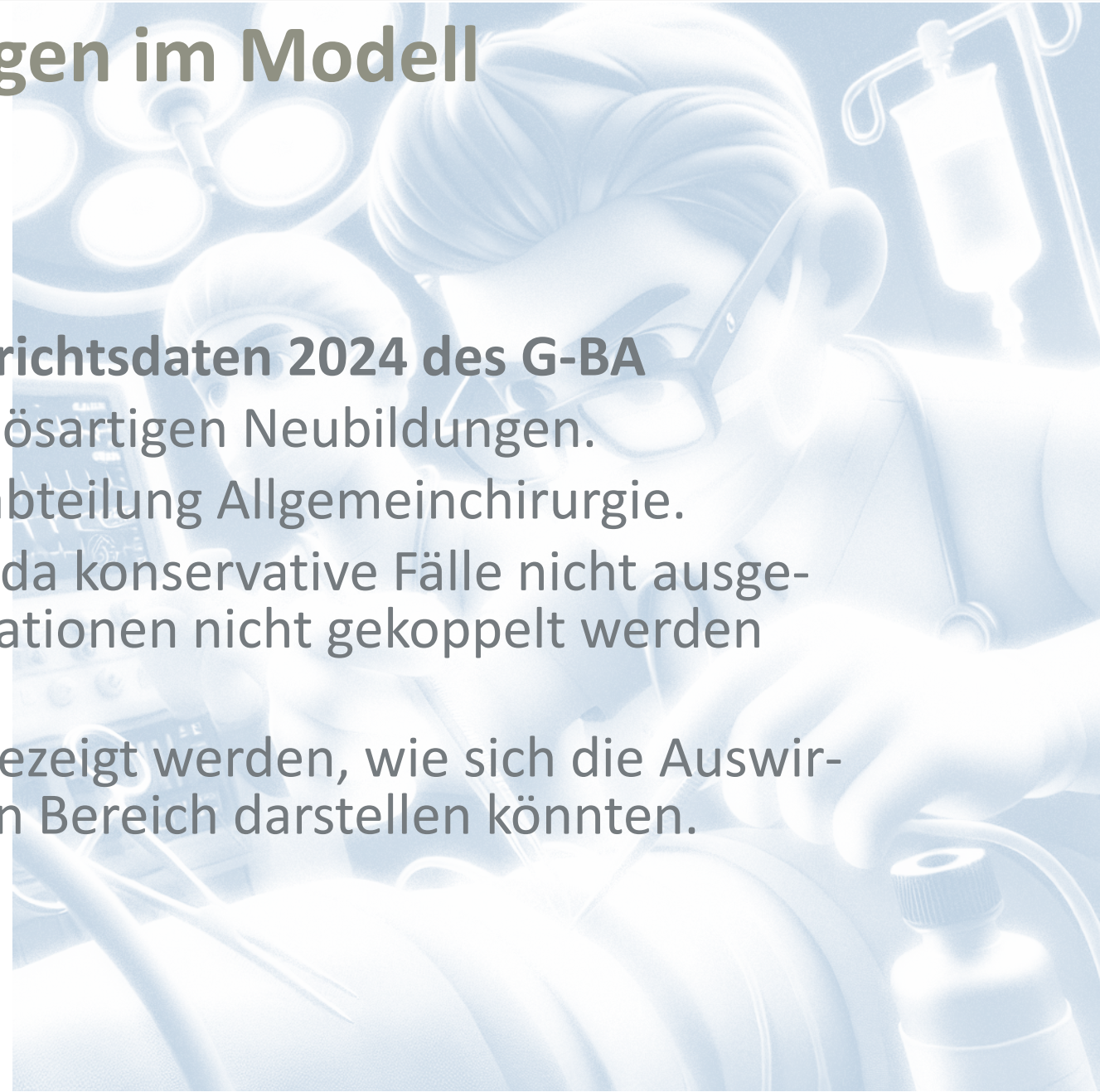
§8 Abs. 4 KHEntgG

„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste genannt sind, für einem nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich zugeordnete Fälle Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht berechnet werden (...)“

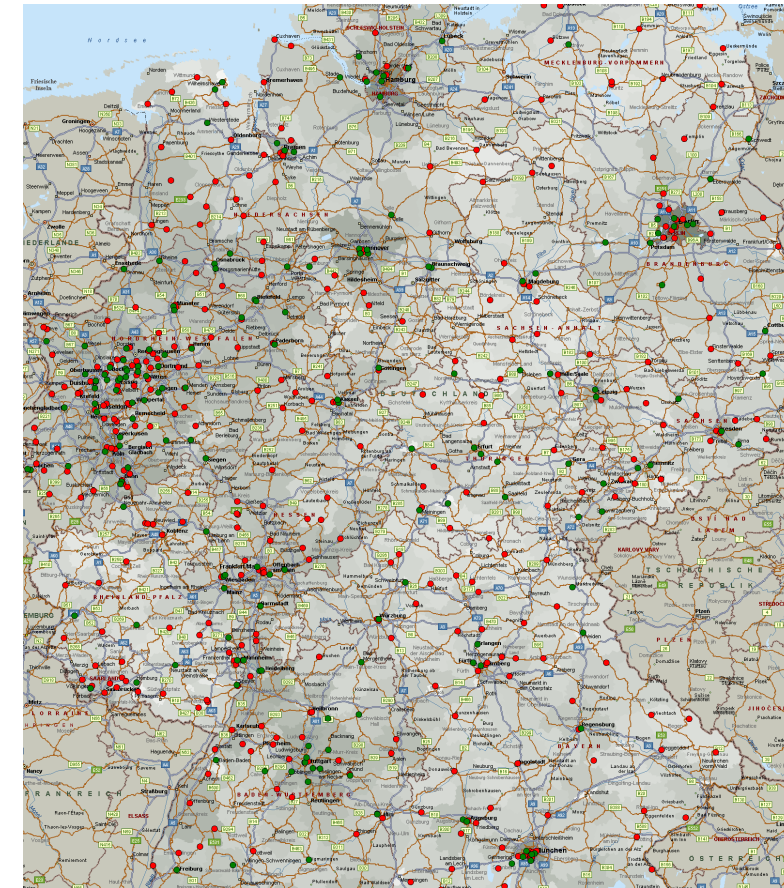
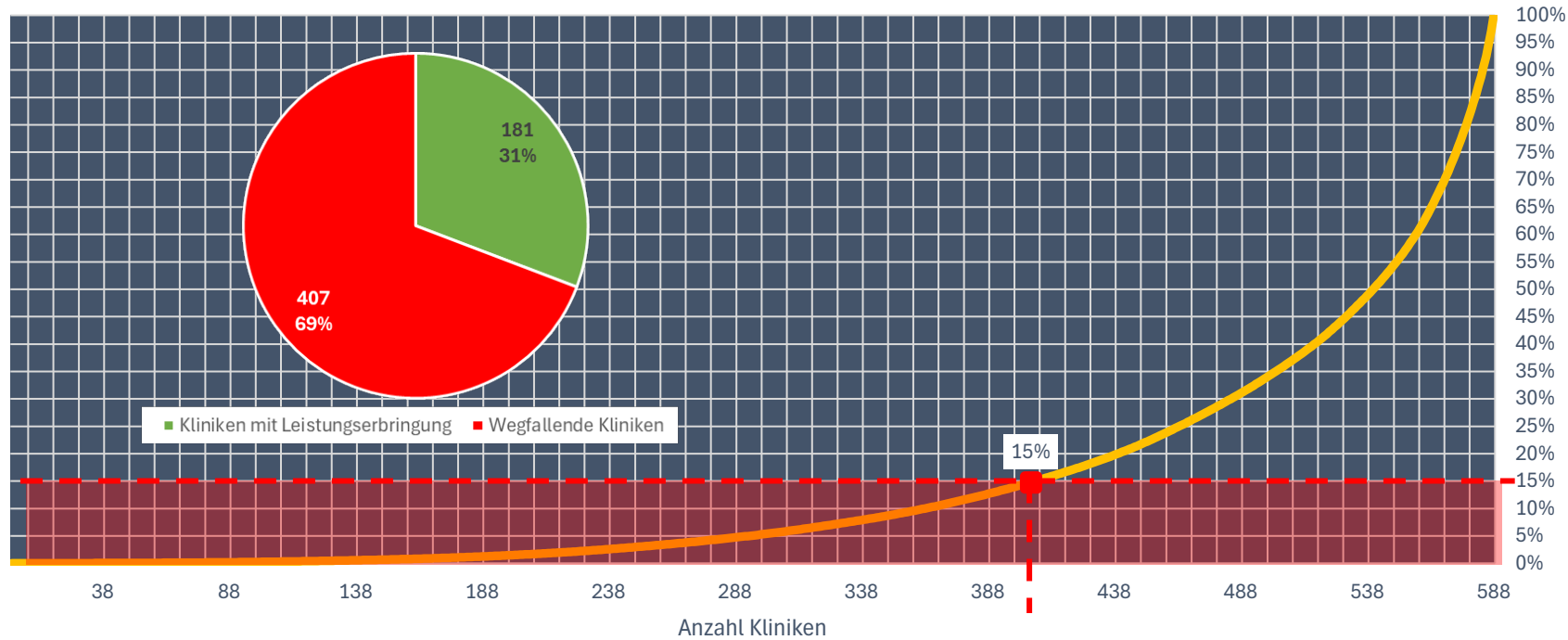
Onkochirurgie - Auswirkungen im Modell

Datengrundlage Modell: Qualitätsberichtsdaten 2024 des G-BA

- Fälle mit HD aus dem Kapitel der bösartigen Neubildungen.
- Gleichzeitig Buchung auf die Fachabteilung Allgemeinchirurgie.
- Das ist eine sehr grobe Näherung, da konservative Fälle nicht ausgeschlossen werden und große Operationen nicht gekoppelt werden können.
- Es soll lediglich an einem Modell gezeigt werden, wie sich die Auswirkungen insbesondere im ländlichen Bereich darstellen könnten.

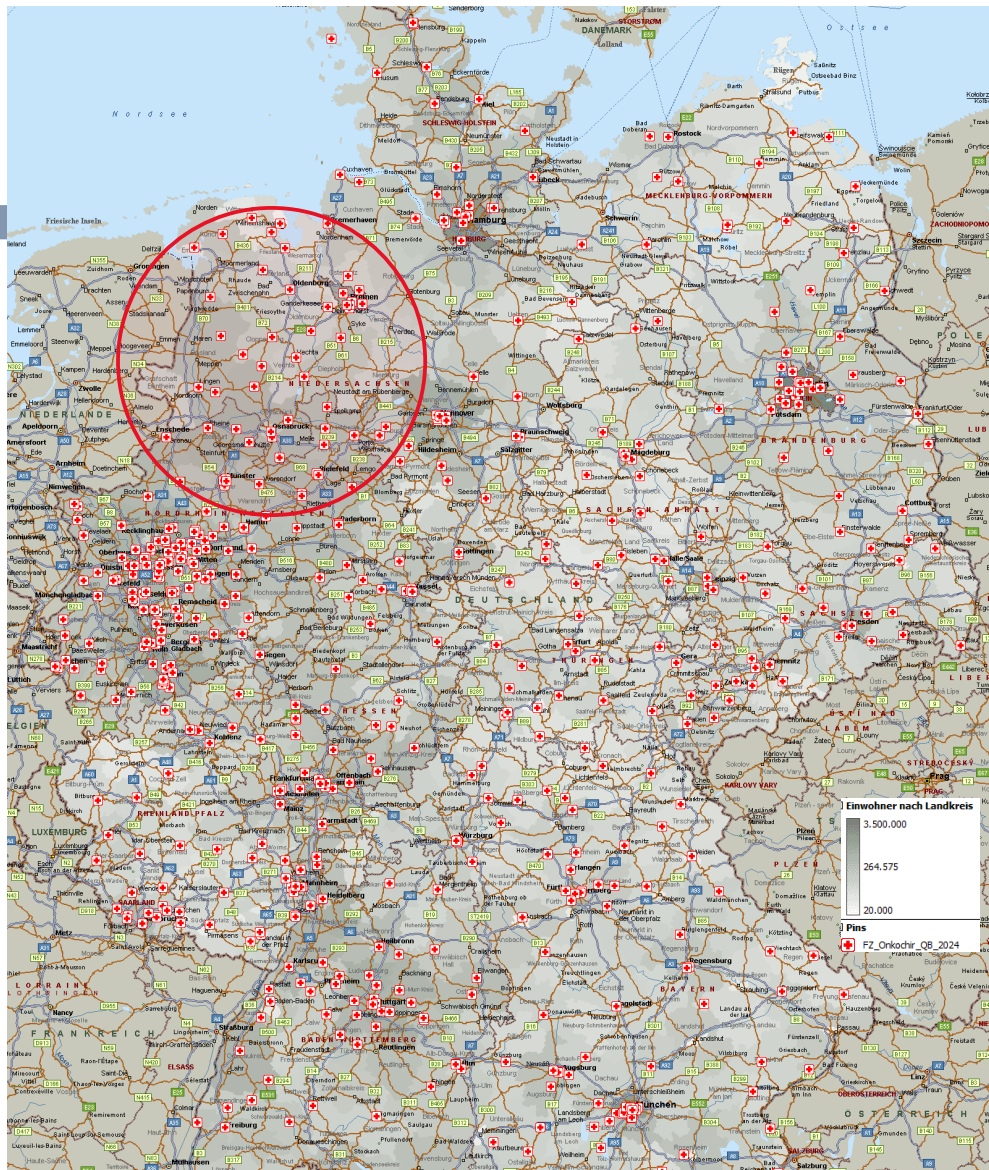


Onkochirurgie: die meisten Standorte werden wegfallen



- Die Grundannahme ist, dass die Kliniken, die zu denen gehören, die in aufsteigender Fallzahl sortiert, lediglich in Summe 15% der Gesamtfälle in diesem Bereich repräsentieren, nicht mehr an der Versorgung teilnehmen
- Unter dieser Prämisse fallen im Modell mehr als 2/3 der Kliniken weg.
- Das bedeutet eine deutliche Beeinträchtigung der flächigen Versorgung der Bevölkerung mit diesen Leistungen.
- Auch wenn es sich hier in der Regel nicht um Notfallmedizin handelt, ist dies aus psychoonkologischer Sicht sicher ein fragwürdiger Ansatz.
- Ob die Qualität damit ansteigt, wartet überdies aktuell noch auf Validierung...

Die Reduktion von Klinikstandorten ist erheblich



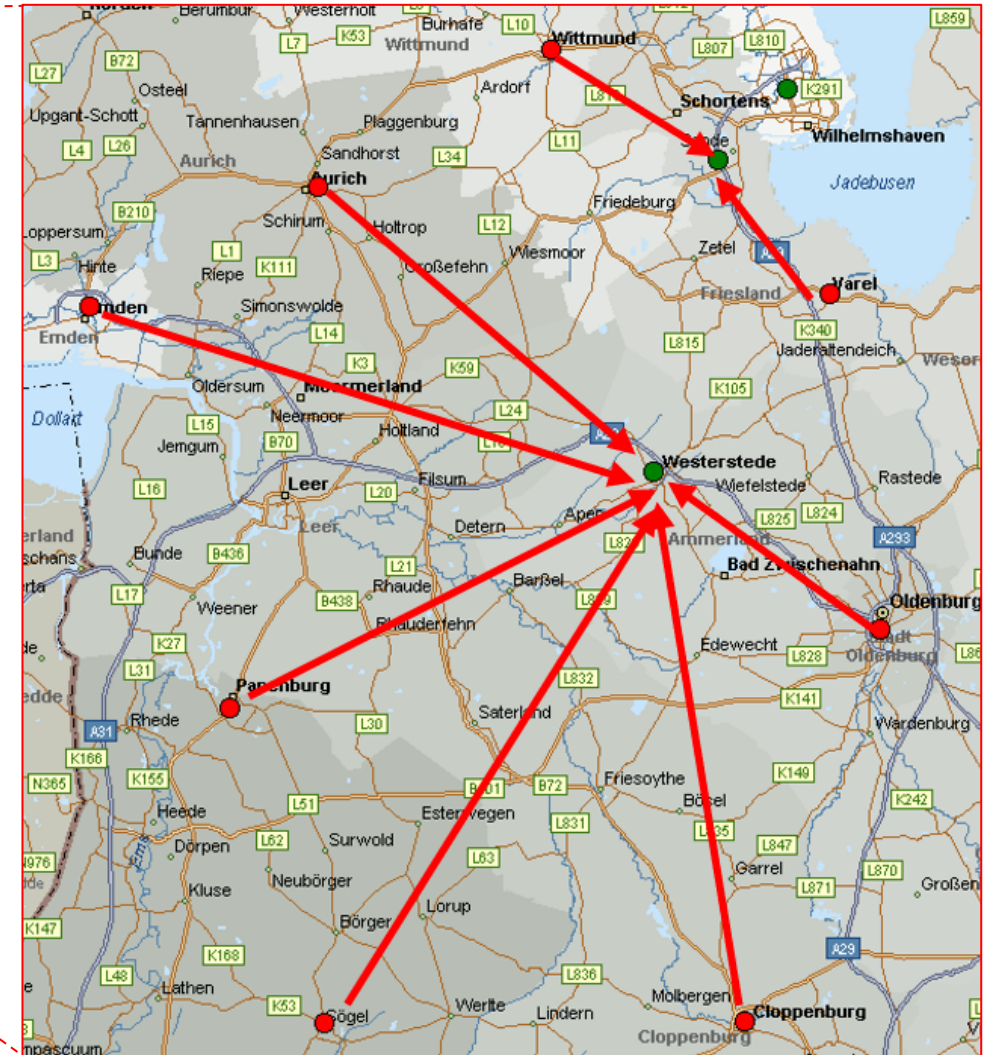
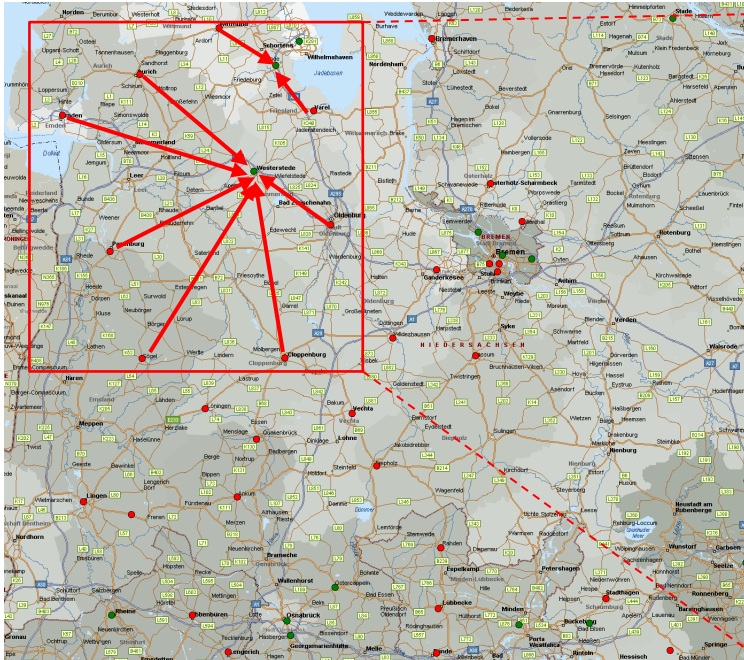
Aktuelle
Situation



Situation nach
Reduktion



Beispielregion Westerstede (Modell!!)

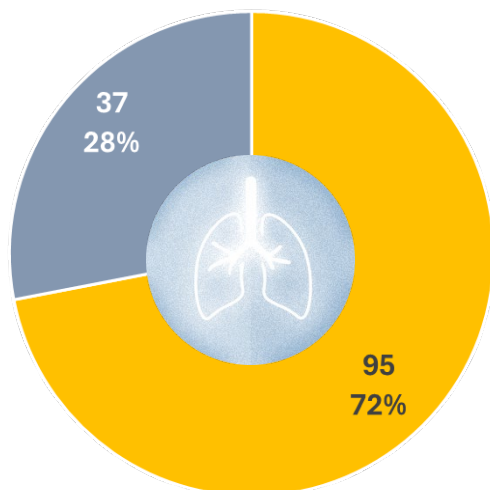


- Im ländlichen Raum (hier Beispiel Niedersachsen) reduzieren sich die Leistungserbringer in diesem Beispiel erheblich.
- Wenn hier die Entfernungskriterien nicht greifen sollen, dann werden die Patienten große Entfernungen zurücklegen müssen, um eine entsprechende Versorgung zu erhalten.

Das hat auch Konsequenzen auf die Leistungsgruppen

LG-ID	LG-Name	Version	ICD-Einschlusskriterium	Diagnoseart des ICD-Einschlusskriteriums	ICD-Ausschlusskriterium	Diagnoseart des ICD-Ausschlusskriteriums	OPS-Einschlusskriterium
15.1	Thoraxchirurgie	2019					5-32[134578]%

OPS	Text	BNB	Keine BNB
5-322-	Atypische Lungenresektion	36	26
5-323-	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge	11	3
5-324-	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	35	7
5-325-	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge	4	0
5-327-	Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie	2	1
5-328-	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie	7	0
Σ		95	37



■ BNB ■ Keine BNB

- In diesem Beispieldatensatz (Echtdaten) entfallen 72% der Fälle mit Resektion an Lunge/Bronchus auf eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen.
- Das bedeutet, dass bei Wegfall der Teilnahme an der onkologischen operativen Therapie nahezu $\frac{3}{4}$ der Behandlungsfälle in diesem Bereich wegfällt.
- Damit werden die Mindestfallzahlen möglicherweise auch für die entsprechende Leistungsgruppen nicht mehr erreicht und der Leistungsbereich fällt für die Klinik vollständig weg.
- Für diesen Bereich existiert aktuell bereits eine Leistungsgruppe, sodass die Gefahr sehr real ist.





FAHRZEITREGELUNGEN

Fahrzeitzonen – ein gefährliches Gebiet

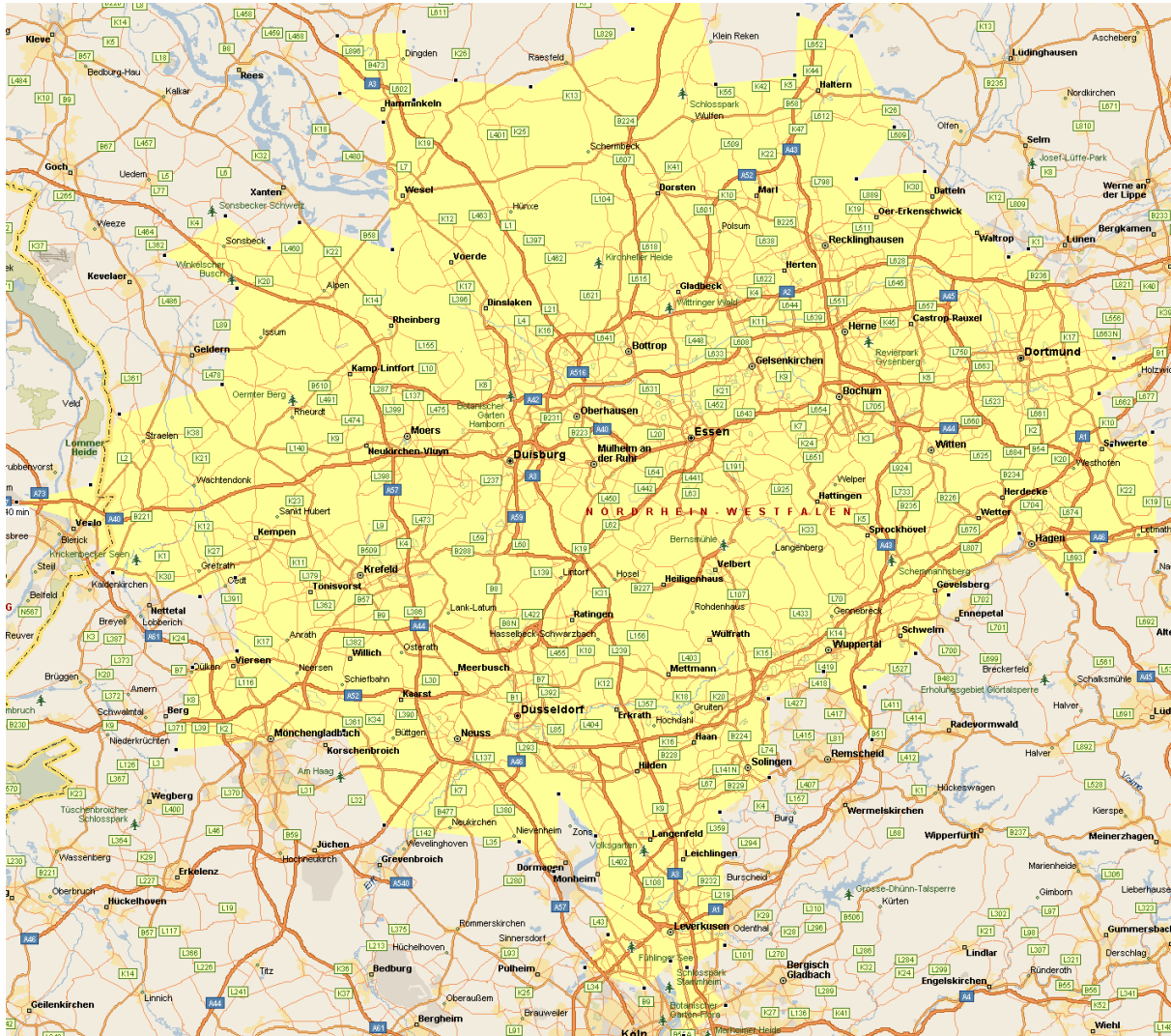
§ 6a Abs. 4 KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,
2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.



Da dürften methodische Fragen erlaubt sein...



- Keine Kritik am Verfahren, da wir ja nicht wissen, welche innovative Methodik zum Einsatz kommen wird.
- Nur als Denkanstoß wird nebenstehend die Fahrzeitzone von 40 Minuten um die Innenstadt von Essen dargestellt.
- Gemäß handelsüblicher Software ist selbst Köln innerhalb von 40 Minuten erreichbar.
- Faktisch verlässt man zu ungünstigen Zeiten innerhalb der 40 Minuten nicht einmal das Essener Stadtgebiet mit dem PKW.
- Insofern wird es interessant, welche Verkehrsbedingungen, Uhrzeiten und regionale Besonderheiten bei der offiziellen Ermittlung der Fahrzeitzonen Berücksichtigung finden werden.



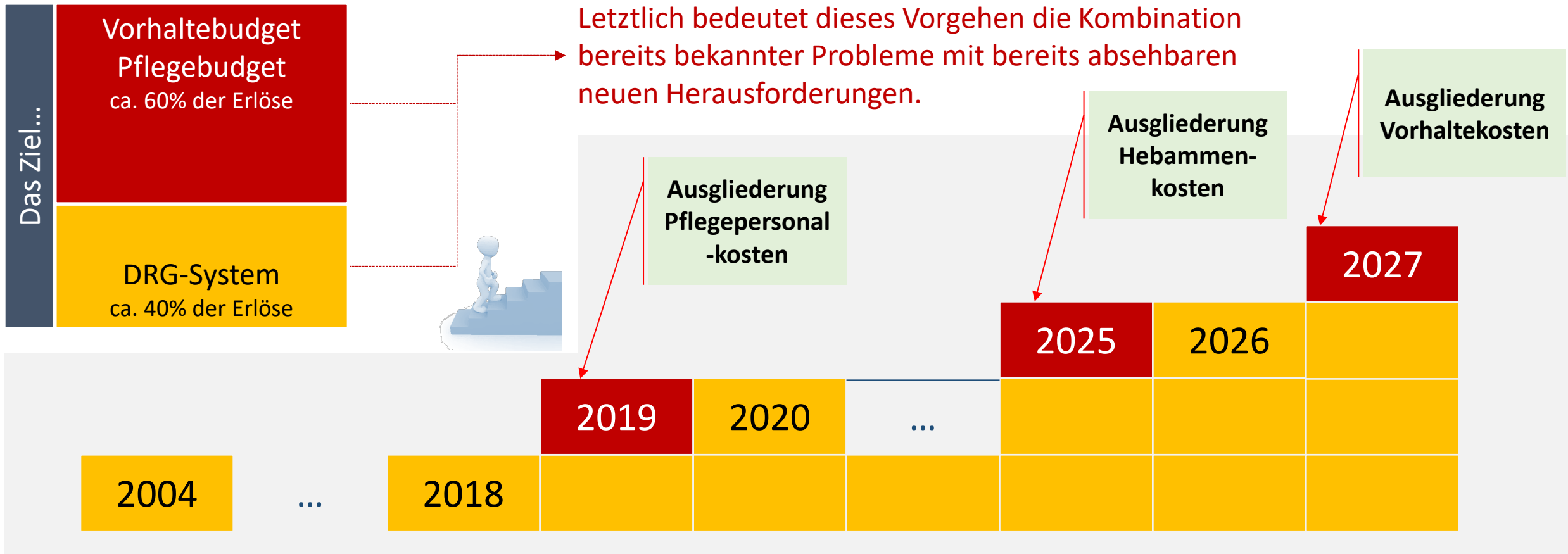


VORHALTEPAUSCHALEN

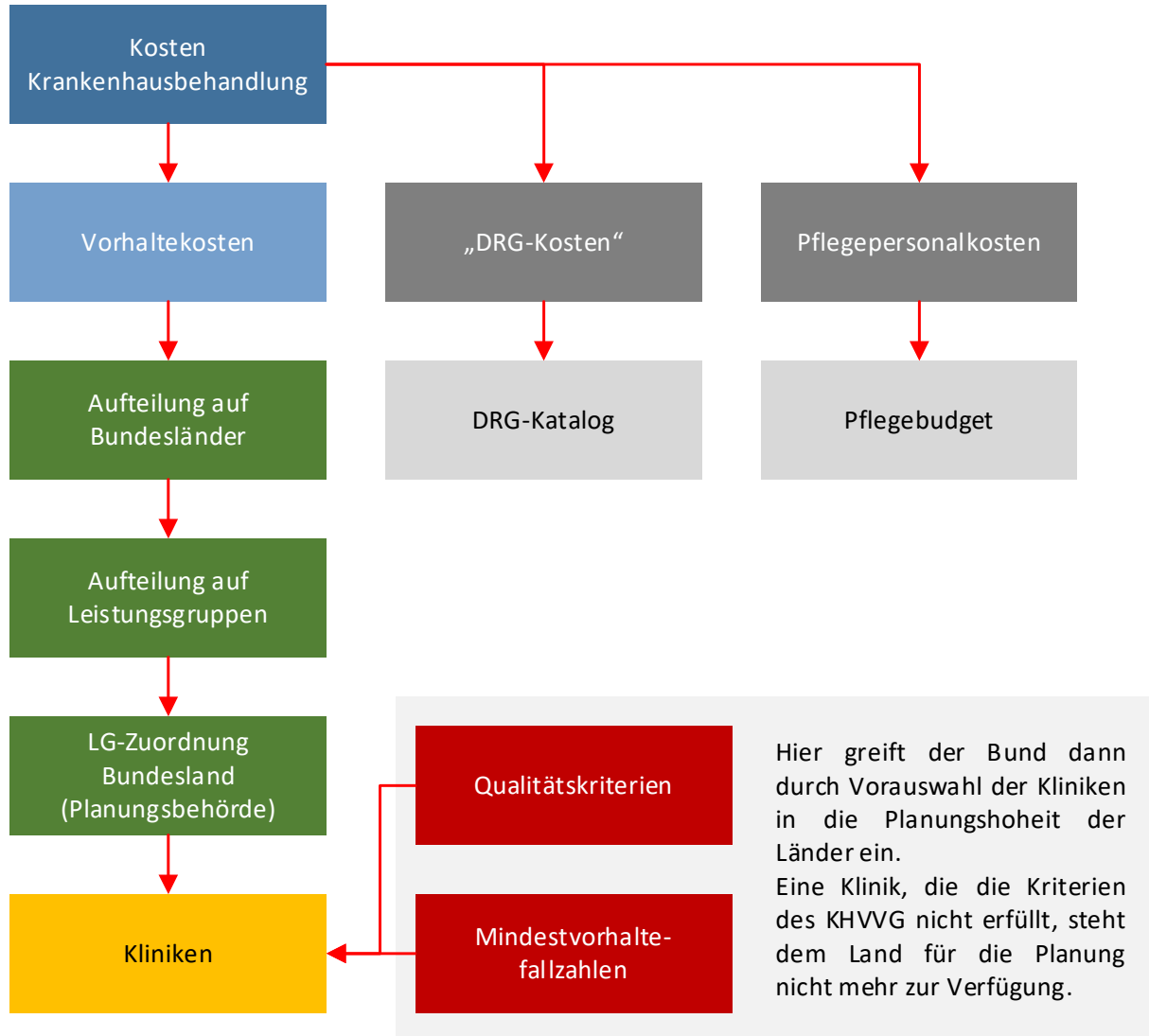
Einführung einer Vorhaltevergütung

- Start der Vorhaltevergütung ab dem 1. Januar 2027.
- 60 % der DRG-Kosten nach Abzug variabler Sachkosten werden ausgegliedert.
- Übergangsphase (2027–2028) ermöglicht stufenweise Einführung.
- Basis: Planfallzahlen und Ist-Daten gemäß § 21 KHEntgG.
- Anpassung der Vergütung, falls Ist-Fallzahlen um mehr als 20 % abweichen.
- Sonderregelungen für Sicherstellungshäuser und Sockelfinanzierung.

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG



Man darf gespannt sein – Regelungen des KHVVG



- Hier könnte es spannend werden.
- Zum einen erfüllen bereits jetzt und auch absehbar viele kleinere Kliniken die personellen Mindestanforderungen der LG nicht.
- Damit werden diese Leistungen dort nicht mehr erbracht und abgerechnet werden dürfen.
- Diese Leistungen werden dann an die größeren Kliniken verschoben, welche diese teilweise vermutlich nicht einmal haben wollen...
- Die Mindestfallzahlen sind noch unklar, werden aber auch erhebliche Probleme machen.
- Insbesondere wird es interessant, wenn eine Gefäßchirurgie eben die meisten Fälle nicht in einer Gefäß-LG findet und damit bei hoher Fallzahl nur eine geringe Fallzahl in den wichtigen LG landet.



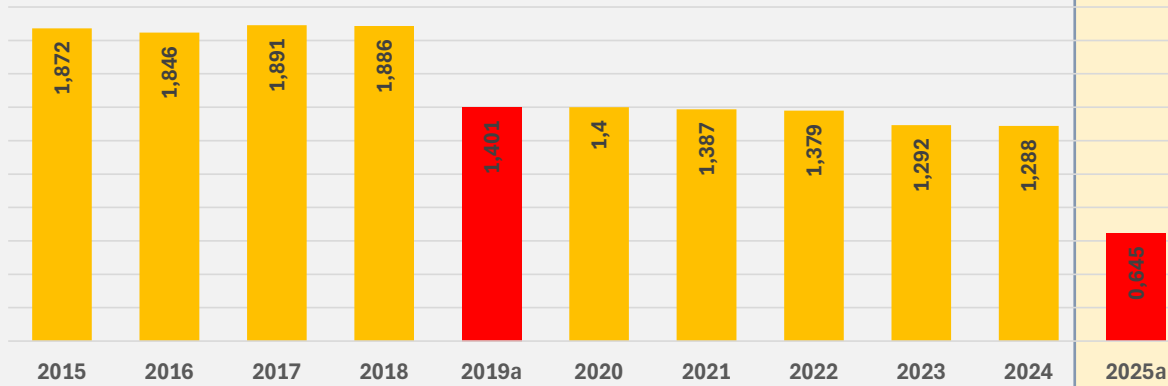
Problem Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen

- In NRW sind die Leistungsgruppen problematisch definiert.
- So fallen ca. 2/3 auch der maximal versorgten Fälle einer Gefäßchirurgie in die LG Allgemeine Chirurgie.
- Das bedeutet, dass auch die Zuweisung der Vorhalteerlöse anhand der medizinisch „falschen“ LG erfolgen muss.
- Die Auswirkungen werden erheblich sein, da diese Fälle auch dann kaum finanziert sein dürften, wenn die Sachkosten bei der Vorhaltefinanzierung außenvor bleiben (folgende Folien).
- Insofern bleibt nur zu hoffen, dass der LG-Grupper des InEK deutlich differenzierter ausfällt, als dies in der Logik in NRW festzustellen ist.

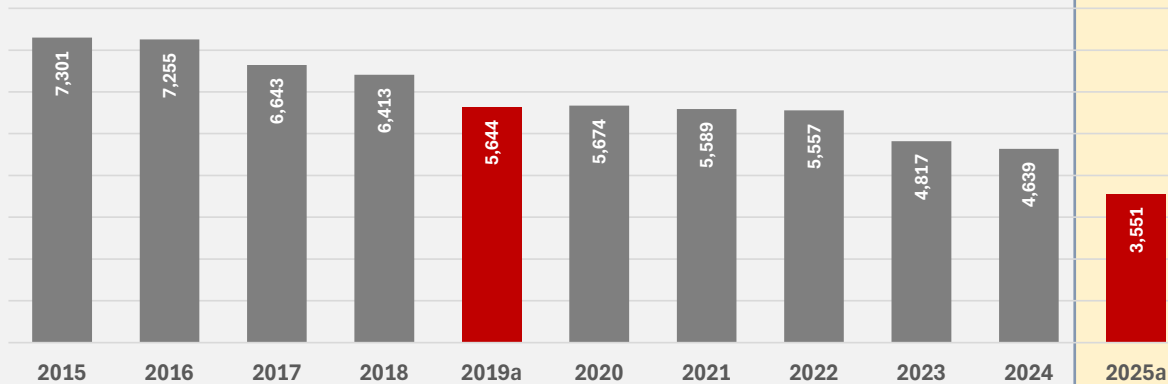


Auswirkungen auf die DRGs werden erheblich ausfallen

BWR-Verlauf B70B (Schlaganfallbehandlung konservativ)



BWR-Verlauf F51A (TAAA endovaskulär)



B70B Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte												
Kostenstelle	AD	PD	MTD	Med	Med EK	Impl	SK	SK EK	SK Fr	Med IFS	NiMed IFS	Σ
Normalisation	401,87 €	582,80 €	33,95 €	50,95 €	18,99 €		69,06 €	0,87 €	11,97 €	202,26 €	475,24 €	1.848,52 €
Intensivstation	907,56 €	1.430,60 €	48,86 €	78,83 €	157,04 €		101,45 €	0,90 €	12,41 €	293,27 €	683,93 €	3.714,85 €
Dialyse												0,00 €
OP-Bereich	0,25 €		0,32 €	0,01 €	0,06 €	0,01 €	0,12 €	0,14 €		0,15 €	0,22 €	1,28 €
Anästhesie	2,93 €		2,05 €	0,16 €	0,01 €		0,54 €			0,37 €	1,00 €	7,06 €
Kreislauf												0,00 €
Kardiologie	2,90 €		3,29 €	0,18 €	0,04 €	0,99 €	0,88 €	2,74 €	0,44 €	1,41 €	2,36 €	15,23 €
Endoskopie	3,06 €		3,82 €	0,11 €	0,03 €	0,01 €	1,45 €	0,87 €	0,02 €	1,82 €	2,15 €	13,34 €
Radiologie	173,43 €		144,56 €	2,40 €	0,96 €	0,25 €	21,16 €	16,10 €	113,26 €	62,04 €	93,36 €	627,52 €
Laboratorien	10,06 €		39,81 €	1,51 €	2,08 €		20,00 €			37,11 €	1,55 €	137,90 €
Sonstiges	142,22 €	0,93 €	115,51 €	1,26 €			9,37 €	0,04 €	4,89 €	10,78 €	57,20 €	351,60 €
Therap. Bereiche	6,16 €	5,02 €	281,45 €	0,25 €			2,25 €	5,14 €	55,68 €	11,46 €	76,71 €	444,10 €
PatAufnahme	71,04 €	7,93 €	43,85 €	2,69 €	25,62 €		10,39 €			15,06 €	45,05 €	221,91 €
Σ	1.721,48 €	2.027,28 €	717,57 €	138,35 €	204,79 €	1,26 €	236,68 €	26,80 €	185,74 €	615,37 €	1.457,80 €	7.383,41 €
Variable SK (Vermutung)	4b	205 €										
	S	1 €										
	6b	236 €										
		442 €										
Pflegepersonalkosten												2.027 €
Gesamtkosten												7.383 €
Verminderte Kosten												6.941 €
Anteil PPK an verm. SK												27%
60% an vermind. Kosten												4.165 €
Vorhaltefinanzierung												2.777 €
Kosten DRG												2.580 €

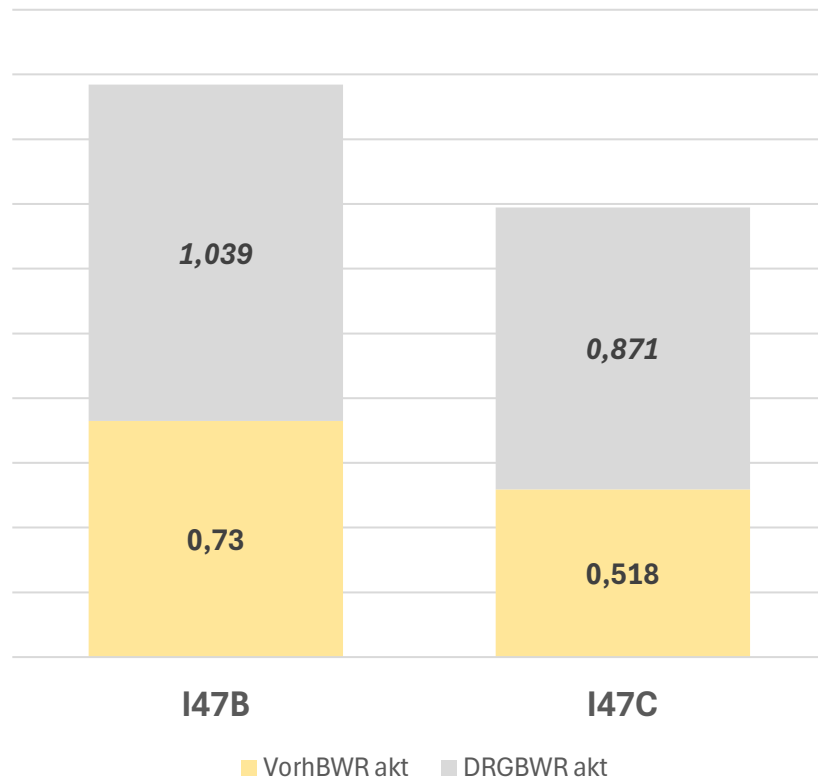
F51A Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen in der Aorta, thorax- oder abdominal-arterieller bestimmter Aortenarterienkombination												
Kostenstelle	AD	PD	Med	Med EK	Impl	SK	SK EK	SK Fr	Med IFS	NiMed IFS	Σ	
Normalisation	554,79 €	952,32 €	48,88 €	48,88 €		1,18 €	1,79 €	2,20 €	279,06 €	836,24 €	2.801,20 €	
Intensivstation	362,05 €	640,45 €	48,87 €	48,87 €		114,21 €	1,76 €	0,47 €	135,20 €	354,10 €	1.670,05 €	
Dialyse												0,00 €
OP-Bereich	957,93 €	723,64 €	33,33 €	7,11 €		416,58 €	1.019,72 €	0,10 €	349,20 €	579,92 €	11.678,49 €	
Anästhesie	640,21 €	427,58 €	35,00 €	1,39 €		121,84 €	4,73 €	0,05 €	86,51 €	184,95 €	1.502,30 €	
Kreislauf												0,00 €
Kardiologie	1,46 €		18,69 €	1,04 €	0,01 €	64,66 €	5,37 €	15,02 €	0,10 €	10,60 €	16,14 €	150,69 €
Endoskopie	1,00 €		1,00 €	0,00 €	1,89 €		1,89 €		1,18 €	1,46 €		10,37 €
Radiologie	1.272,71 €		5,98 €	5,98 €	1.093,83 €	48,71 €	182,64 €	12,71 €	66,26 €	112,71 €	1.914,14 €	
Laboratorien	1,88 €		30,47 €	1,79 €		48,66 €		29,45 €	13,43 €	47,82 €		336,51 €
Sonstiges	7,65 €	0,33 €	30,47 €	1,79 €		3,25 €	0,39 €	11,44 €	7,30 €	18,40 €		114,80 €
Therap. Bereiche	52,17 €	3,91 €	55,56 €	1,81 €		0,88 €		5,45 €	3,11 €	16,80 €		88,39 €
PatAufnahme	52,17 €	35,30 €	1,604,56 €	1,81 €		7,89 €		5,78 €		5,78 €		141,22 €
Σ	2.878,54 €	1.604,56 €	1.604,56 €	88,73 €	8.749,12 €	845,60 €	1.227,94 €	61,97 €	957,63 €	2.204,50 €	20.408,06 €	
Variable SK (Vermutung)												89 €
												8.749 €
												8.900 €
Pflegepersonalkosten												2.027 €
Gesamtkosten												20.408 €
Verminderte Kosten												11.508 €
Anteil PPK an verm. SK												8%
60% an vermind. Kosten												6.905 €
Vorhaltefinanzierung												4.603 €
Kosten DRG												14.205 €

Simulationsergebnisse aufgrund bekannter Algorithmen auf dem Referentenentwurf des KHVVG.

Die Verluste der DRG-Bewertung an die Vorhaltefinanzierung sind umso höher, je geringer der Sachkostenanteil der DRG ausfällt.

Sachkostenanteil als bedeutsamer Faktor

Fraktur- und Arthrose-TEP (typische DRGs)



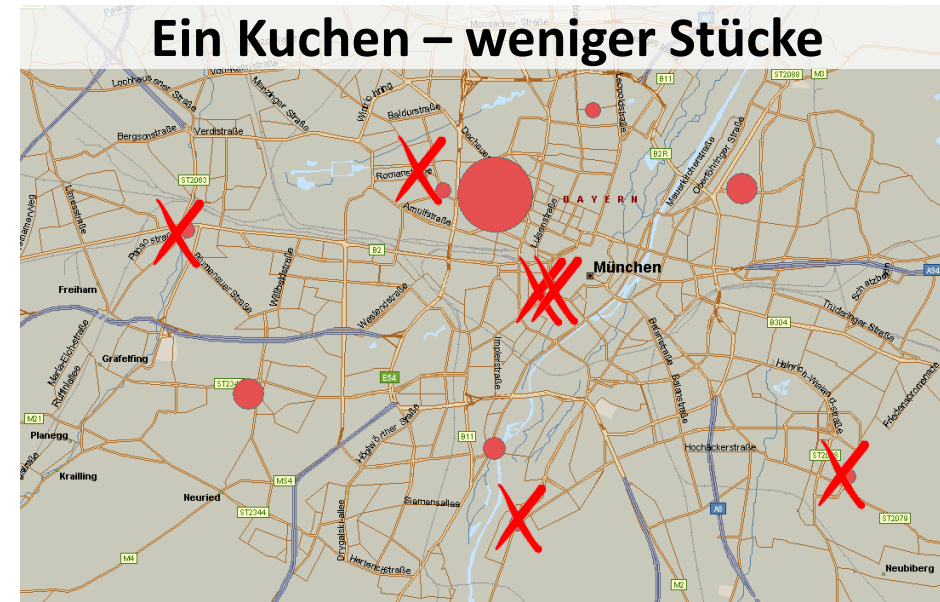
- Durch die Auskoppelung der variablen Kosten fällt der DRG abhängige Teil der Vergütung voraussichtlich deutlich höher aus, je größer der Sachkostenanteil einer Fallpauschale ist.
- Die Definition der variablen Kosten ist dabei hinsichtlich der Umsetzung des KHVVG noch unklar.
- Sicher sind aber Implantatkosten als variable Kosten anzusehen.
- Es ist nach gegenwärtigem Stand daher davon auszugehen, dass die Herausnahme der Vorhaltekosten für die Industrie eher geringere Auswirkungen haben wird.
- Allerdings ist eine Querfinanzierung hoher Sachkosten in Misch-DRGs damit noch schwieriger, da immer weniger Kompensationskosten in den DRGs enthalten sind.
- Durchaus diskutiert wird auch die Forderung nach einer Herausnahme der Arztkosten aus den DRGs, da hier an unterschiedlichen Stellen des Systems jetzt ebenfalls Mindestvorhaltungen erforderlich sind, die systematisch gesehen nicht in die fallbezogene Vergütung einfließen dürften.
- Wird das realisiert, bleiben außer den Sachkosten kaum noch andere Kosten im DRG-System...

Verteilung des Vorhaltevolumens auf die Standorte

Neuer § 37 KHG durch das KHVVG

Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung

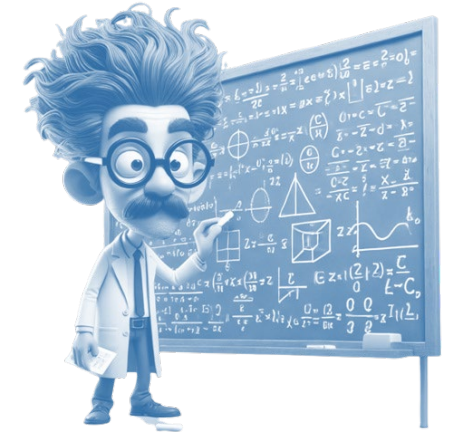
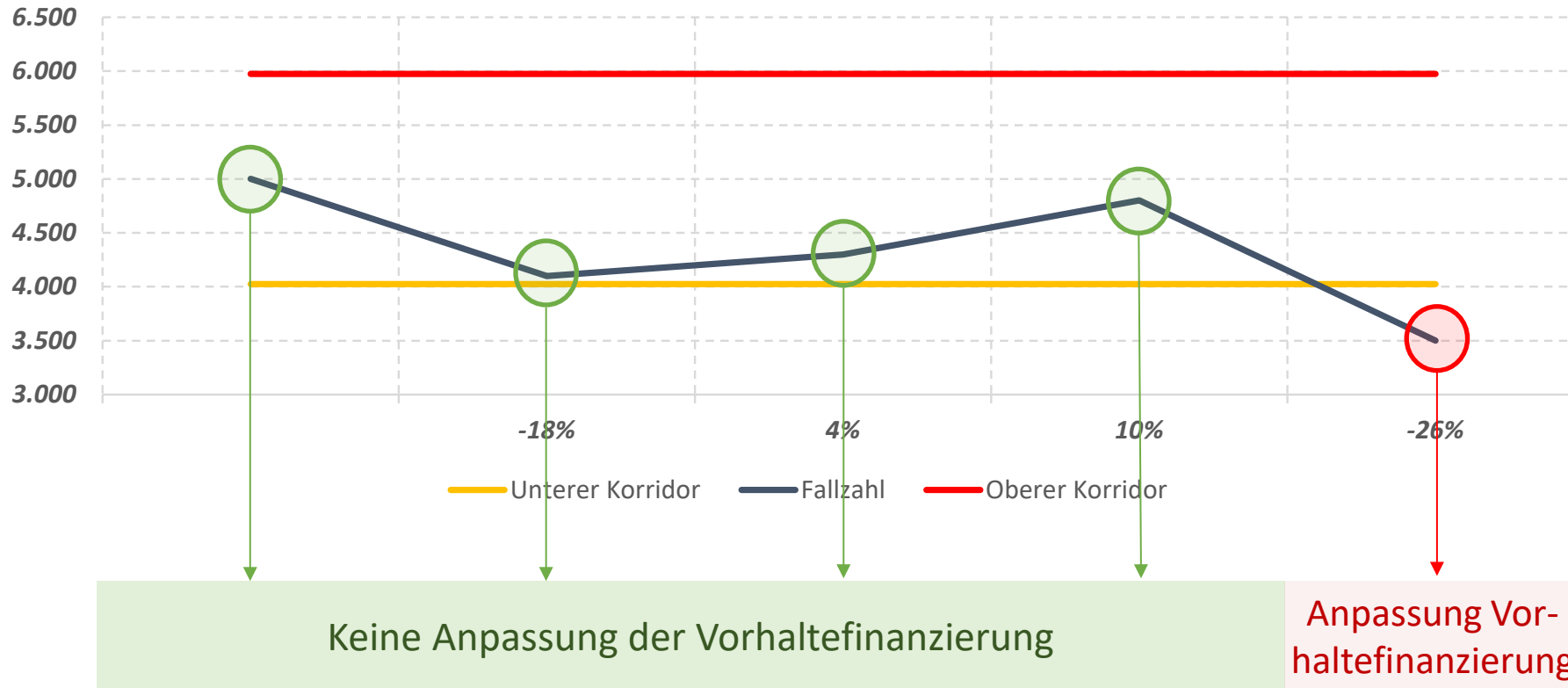
Das nach Satz 1 ermittelte Vorhaltevolumen je Land ist nach den Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu gliedern. Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe ist auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe (...) zugewiesen worden ist, entsprechend den (...) ermittelten Anteilen aufzuteilen.



Der 20%-Korridor für die Vorhaltevergütung

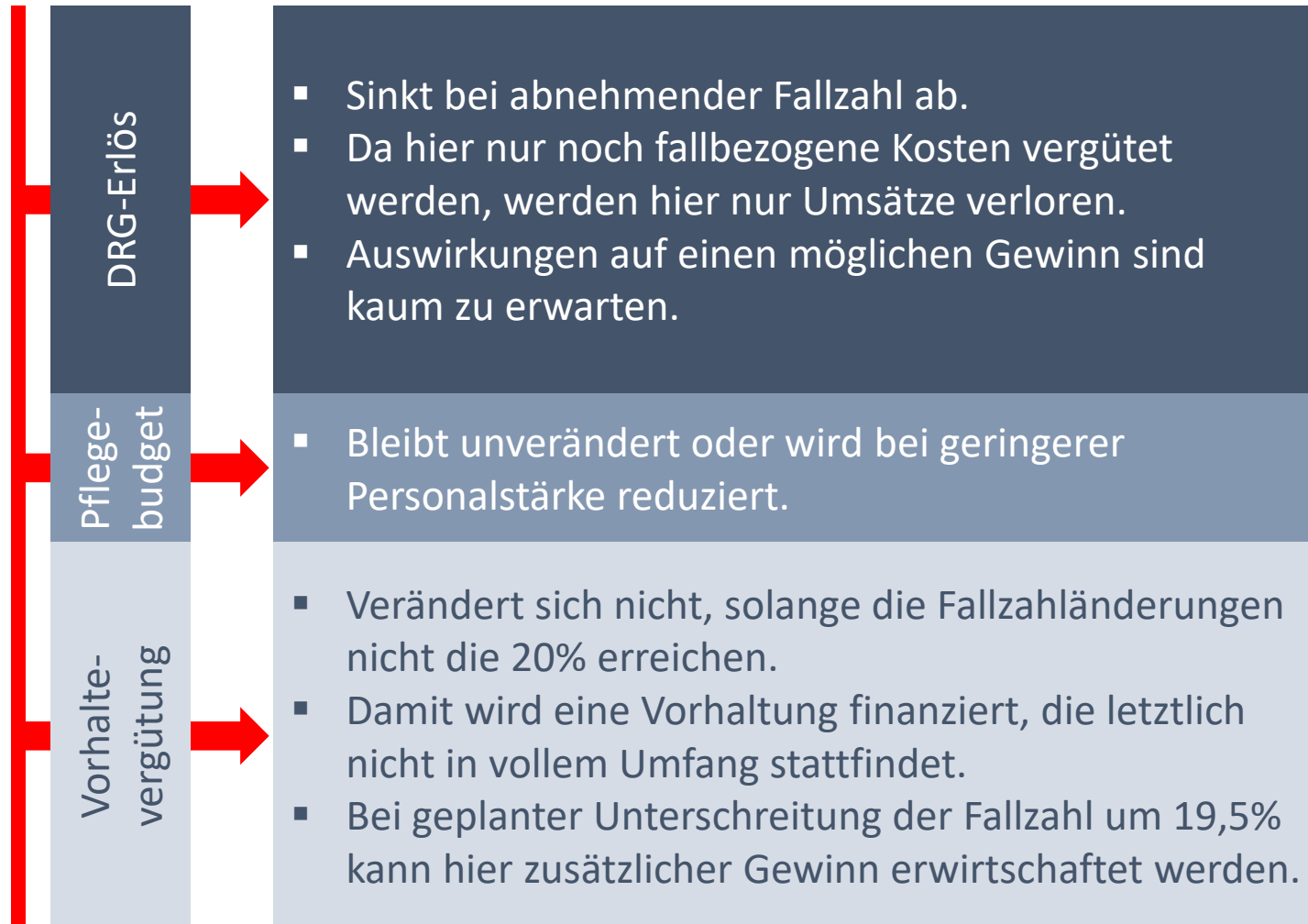
- Damit Konzentrationsprozesse und strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sachgerecht berücksichtigt werden, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Neuermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den (...) zugewiesenen Leistungsgruppen.
- Um Anreize zur Mengensteigerung zu dämpfen, sind Veränderungen (...) nur zu berücksichtigen, wenn diese mehr als 20 Prozent nach oben oder unten von der bei der letzten Ermittlung zugrunde gelegten (...) Fallzahl abweicht.
- Wenn dies der Fall ist, ist die aktuelle Fallzahl bei der Ermittlung zu verwenden.
- Veränderungen innerhalb dieses Korridors von 20 Prozent werden bei der Ermittlung nicht berücksichtigt und es ist die bei der vorangegangenen Ermittlung verwendete Fallzahl zugrunde zu legen.
- Das bedeutet in der Folge, dass das Vorhaltevolumen des Krankenhausstandortes für diese Leistungsgruppe aufgrund der Erhöhung oder Absenkung der Fallzahl keine Erhöhung oder Absenkung erfährt.

Macht das Sinn?



- Damit hat jeder Krankenhausstrategie erkannt, dass es am besten ist, die Fallzahl nach einmal festgelegter Fallzahl künftig immer um 19,5% zu unterschreiten. Dabei bleibt die Vorhaltevergütung unverändert.
- Rechnerisch steigt der Vorhalteerlös pro Fall an, die variablen Kosten werden von der DRG 1:1 gedeckt.

Das eigentliche Ziel - Leistungsreduktion



Edgar Franke

Parlamentarischer Staatssekretär im BMG:

„Die Vorjahreszahlen sind Maßstab für die Vorhaltepauschale. Es wird keine Entökonomisierung geben“

„Mit der Pauschale soll der wirtschaftliche Druck von Kliniken genommen werden, damit sie nicht mehr in die Menge gehen müssen.“



Das politische Ziel wird langsam klarer...

Karl Lauterbach

Bundesgesundheitsminister

„Würden 20 Prozent weniger Eingriffe gemacht, wäre das ein Segen für die Ambulantisierung (...)
Wir sind in den Krankenhäusern weit von einer Wartelistenmedizin entfernt“.

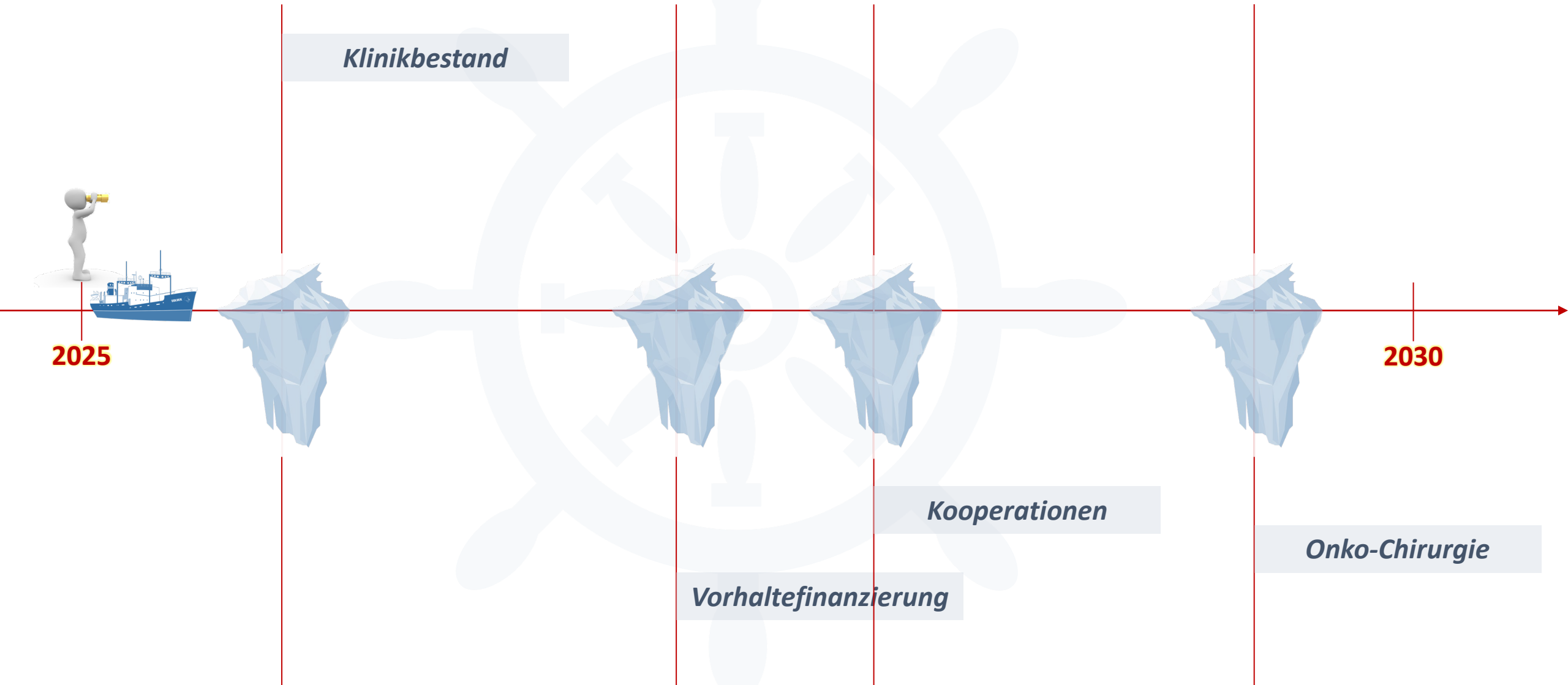
- Offenbar ist das eigentliche Ziel der Politik, neben den sich mehrenden Klinikschließungen auch noch die Leistungsmengen der verbleibenden Krankenhäuser zu reduzieren.
- Dabei wird eine Überfinanzierung auf der Seite der Vorhaltefinanzierung in Kauf genommen, insbesondere, da die Gesamtfallzahl in der Bundesrepublik nicht steigen darf.
- Insofern passt auch dieser Plan in das seit längerer Zeit absehbare Gesamtkonzept.
- Wie hiermit die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden soll, bleibt fraglich, steht aber möglicherweise auch nicht auf der politischen Agenda.





FAZIT TEIL I

Themen der ersten Stunde des Seminars



Themen der ersten Stunde des Seminars



Klinikbestand

- Für kleinere Kliniken droht der Auszug aus der stationären Versorgung (Level 1i)
- Leistungserbringung wird sich erheblich verändern, da Planung auf Leistungsgruppenebene erfolgt.
- Völlig unklare Situation derzeit, da keine Planungssicherheit besteht.
- **Leistungskonzentration wird auch auf die MedTech-Industrie Auswirkungen haben.**



Vorhaltefinanzierung

- Weitere 40% der fallbezogenen Kosten werden aus dem DRG-System ausgegliedert.
- Vorhaltefinanzierung wird für viele Kliniken nicht auskömmlich sein.
- Wegfall von Kliniken aus der Leistungserbringung ist auch hier zu erwarten.
- **Druck auf die Kliniken generiert immer auch Druck auf Zulieferer und Hersteller.**



Kooperationen

- Kooperationen werden für Kliniken in vielerlei Hinsicht deutlich an Bedeutung gewinnen.
- Sowohl für die Leistungsgruppen als auch für andere Aspekte werden Kliniken zusammenrücken.
- Wer den Markt beherrscht, definiert durch Kooperationen (oder eben auch keine!) den Wettbewerb.
- In den Kliniken werden bereits jetzt bereits erhebliche Ressourcen durch die Umsetzung gebunden.



Onko-Chirurgie

- Die Auswirkungen werden ähnlich ausfallen, wie die im Bereich der Leistungsgruppen.
- Wer auf der einen Seite noch nicht verloren hat, erhält hier eine zweite ungewollte Chance.
- Auswirkungen auf die Patientenversorgung ist vermutlich lediglich auf den Komfort bezogen.
- Qualifiziertes Personal hält aber sicher nur der, der auch interessante Leistungen anbieten darf.



Gute Aussichten
für 2025...

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

