

DIE KRANKENHAUSREFORM | KHVVG UND KHAG

22.01.2026

14:00 - 16:00 UHR

Franz + Wenke GmbH

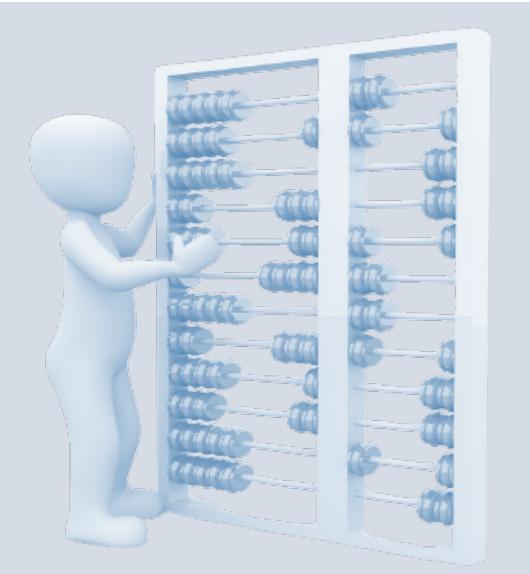
Prof. Dr. med. Dominik Franz
d.franz@dasgesundheitswesen.de
Mendelstraße 11
Tel.: 0251-149 824 10



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



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen



SACHKOSTENABWERTUNG



Bisweilen finden sich im DRG-Katalog 2026 kaum nachvollziehbare Veränderungen der Bewertungsrelationen im Vorjahresvergleich.

Primär keine plausible Erklärung BWR-Anstieg

B70I Apoplexie, ein Belegungstag													
2026													
Kostenstelle	Ärztl Dienst	Pflege-dienst	Med techn Dienst	Arznei-mittel 4a	Arznei-mittel 4b	Implan-tate	Med Bed 6a	Med Bed 6b	Med Bed 6c	Med Infrastr	Nicht med Infrastr	Σ	
Normalstation	76 €		17 €	8 €	10 €		7 €	0 €	2 €	39 €	96 €	255 €	
Intensivstation	73 €		5 €	10 €	60 €		15 €	1 €	1 €	24 €	62 €	252 €	
Dialyse													
OP-Bereich	1 €		1 €									4 €	
Anästhesie	6 €		4 €				1 €			1 €	2 €	14 €	
Kreißsaal													
Kardiologie	1 €		1 €					1 €			1 €	5 €	
Endoskopie	0 €		1 €									2 €	
Radiologie	152 €		113 €	3 €	1 €	1 €	34 €	56 €	56 €	60 €	73 €	549 €	
Laboratorien	5 €		16 €	1 €	2 €		13 €		14 €	3 €	8 €	62 €	
Sonstiges	19 €	1 €	11 €				1 €			2 €	7 €	42 €	
Therap. Bereiche	1 €	1 €	18 €						2 €	1 €	5 €	28 €	
PatAufnahme	55 €	18 €	30 €	2 €	7 €		6 €			11 €	33 €	162 €	
Σ	390 €	19 €	216 €	25 €	80 €	1 €	80 €	59 €	76 €	141 €	287 €	1.374 €	

2025													
Kostenstelle	Ärztl Dienst	Pflege-dienst	Med techn Dienst	Arznei-mittel 4a	Arznei-mittel 4b	Implan-tate	Med Bed 6a	Med Bed 6b	Med Bed 6c	Med Infrastr	Nicht med Infrastr	Σ	
Normalstation	79 €		17 €	7 €	5 €		8 €		2 €	43 €	100 €	261 €	
Intensivstation	76 €		5 €	10 €	61 €		17 €	1 €	1 €	26 €	64 €	262 €	
Dialyse													
OP-Bereich												5 €	
Anästhesie	7 €		5 €			1 €						16 €	
Kreißsaal													
Kardiologie			1 €									5 €	
Endoskopie												1 €	
Radiologie	156 €		116 €	3 €	1 €		32 €	67 €	54 €	63 €	84 €	578 €	
Laboratorien	5 €		18 €	1 €	1 €		12 €		14 €	3 €	9 €	62 €	
Sonstiges	17 €	1 €	12 €				2 €			2 €	7 €	41 €	
Therap. Bereiche	1 €		17 €						2 €	1 €	5 €	27 €	
PatAufnahme	50 €	15 €	31 €	2 €	4 €		6 €			10 €	32 €	150 €	
Σ	394 €	16 €	224 €	22 €	73 €	1 €	80 €	69 €	74 €	151 €	304 €	1.408 €	

Ganzzahlige Rundung führt teilweise zu abweichenden Summen.

- Beim Vergleich der Kostenmatrix 2025 mit der des Jahres 2026 findet sich ein Absinken der Kosten um ca. 2,4%.
- Trotzdem steigt die Bewertungsrelation der B70I von 2025 zu 2026 um 12,6% an.
- Eine direkte Ableitung dieser Werte ist aus den Kalkulationskosten heraus primär nicht plausibel möglich.
- Daher müssen andere Ursachen gefunden werden.

2026 wieder differenzierte Berechnung BWR-Anteile

	2025	2026	Anwendung
Bezugsgröße	4.172,63 €	4.272,38 €	Rechnerische Bezugsgröße
Berechnungswert 60		4.345,48 €	Verwendung zur Berechnung der BWR-Anteile Kostenarten 4a bis 6c
Korrekturwert		4.250,46 €	Verwendung zur Berechnung der übrigen BWR-Anteile

- Im Gegensatz zum Vorjahr wurde wieder eine Sachkostenkorrektur durchgeführt.
- Dabei werden Kostenarten mit Sachkostenbezug durch einen Berechnungswert 60 geteilt, um den BWR-Anteil zu berechnen.
- Dieser Wert liegt oberhalb der Bezugsgröße, sodass die BWR-Anteile geringer werden.
- Im Gegenzug werden Kostenarten ohne Sachkostenbezug durch einen Korrekturwert geteilt, wobei dieser rechnerisch so ermittelt wird, dass in Summe für die gesamten bundesdeutschen Behandlungsfälle unverändert bleiben.
- Der Korrekturwert liegt somit systemlogisch über der rechnerischen Bezugsgröße.

Die Erklärung liegt in der Sachkostenabsenkung

- Die Katalogbewertungsrelation 2026 liegt 12,6% über der des Vorjahres.
- Wie dargestellt, lässt sich das aus den tatsächlichen Kalkulationsdaten heraus nicht begründen.
- Differenzierter Vergleich:
 - Ausgangssituation 2025: Es wird die tatsächliche Katalog-BWR verwendet, da zur Umrechnung der Kalkulationskosten in BWR zusätzlich noch die Abwertung der im- und expliziten Tagesfälle 2025 zu berücksichtigen ist, für die keine Berechnungsgrundlage kommuniziert wurde.
 - Im nächsten Schritt werden die Kosten der Kostenarten 4a – 6c durch den Berechnungswert 60 des Jahres 2026 geteilt und der BWR-Anteil ermittelt.
 - Danach werden die restlichen Kosten durch den Korrekturwert geteilt und der zweite BWR-Anteil berechnet.
 - Diese beiden BWR-Anteile werden addiert und mit der BWR des Vorjahres verglichen.
 - Dadurch findet sich mit 12,4% vs. 12,6% nahezu eine Übereinstimmung der Ergebnisse und eine Plausibilität des BWR-Anstiegs.

DRG	B70I
BWR 2025	0,286
BWR 2026	0,322
Diff BWR	0,036
Diff BWR %	12,6%

Diff Kosten (Browser) %	-2,4%
----------------------------	-------

Diff Kosten (SK-Absenkung) %	12,4%
---------------------------------	-------

Abwertung für Sachkosten lastige Leistungen

DRG	F51B
BWR 2025	3,349
BWR 2026	3,205
Diff BWR	-0,144
Diff BWR %	-4,3%

Diff Kosten (Browser) %	0,0%
-------------------------	------

Diff Kosten (SK-Absenkung) %	-4,4%
------------------------------	-------

- Bei Sachkosten lastigen Leistungen funktioniert der Mechanismus auch in die andere Richtung.
- Hier finden sich beim Vergleich der Kostenmatrix 2025 und 2026 nahezu keine abweichenden Kosten.
- Insofern hätte erwartet werden können, dass auch die Bewertungsrelationen der beiden Jahre weitgehend identisch hätten ausfallen müssen.
- Aufgrund des hohen Sachkostenanteils kommt hier die Abwertung der Kostenarten 4a bis 6c stärker zum Tragen als die Aufwertung der nicht auf die Sachkosten bezogenen Kostenarten.
- Insofern erfolgt hier eine normative Abwertung der DRG.

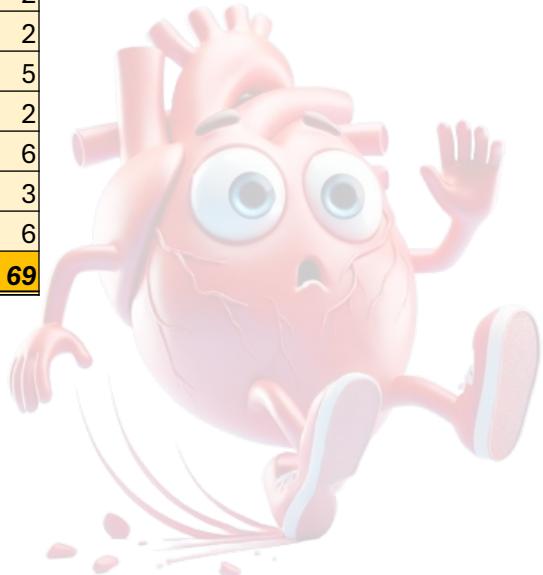
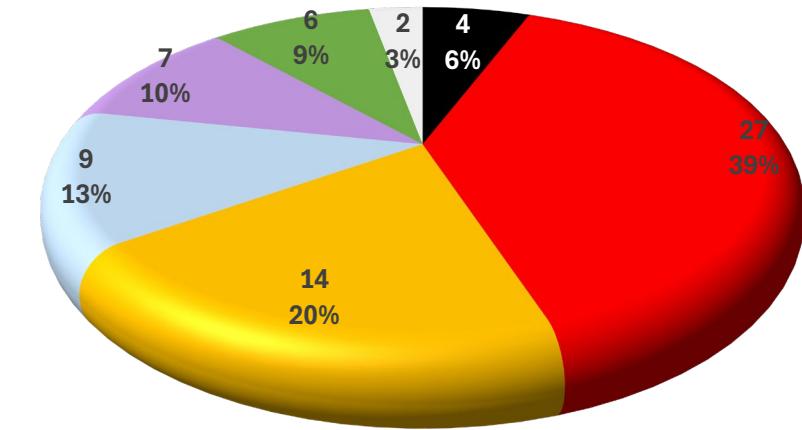


HYBRID-DRGs

WAS KOMMT AUF UNS ZU?

DRGs pro Leistungsbereich – neuer Spitzenreiter

Lymphknotenbiopsien	E02M	Q03M	R11M	M					4
Diagnost./Koronarinterventionen	F49M	F49N	F49O	F49P	F49Q	F49R			6
	F19M	F24M	F52M	F56M	F56N	F58M	F58N		7
	F95M	F95N							2
Bestimmte Herzschrittmacher und Defibrillatoren	F01M	F01N	F01O	F02M	F02N				5
Ablationen bei Herzrhythmusstörungen	F50M	F50N	F50O						3
Bestimmte Gefäßinterventionen	F59M	F59N	F59O	F59P					4
Exzision Sinus pilonidalis	J09M								1
Bestimmte Hernieneingriffe	G08M	G09M	G09N	G24M	G24N	G24O	G24P	G24Q	9
Laparoskop. Eingr. an Gallenblase/Blinddarm	H08M	G23M							2
Eingriffe an Analfisteln	G26M	G26N							2
Eingriffe Galle, Leber, Pankreas	H41M	H41N							2
Entfernung Harnleitersteine	L06M	L17M	L17N	L20M	L20N				5
Eingriffe Hoden/Nebenhoden	M04M	M05M							2
Ovariektomien	N05M	N07M	N21M	N21N	N23M	N25M			6
Arthrodesen Zehengelenk	I20M	I20N	I20O						3
Bestimmte Osteosynthesen bei Frakturen	I13M	I13N	I21M	I29M	I31M	I31N			6
									69





VERWEILDAUERAUSWEITUNG HYBRID-DRGs

Gefährliche Neuerung - Verweildauerkriterium

Regelungsinhalt:

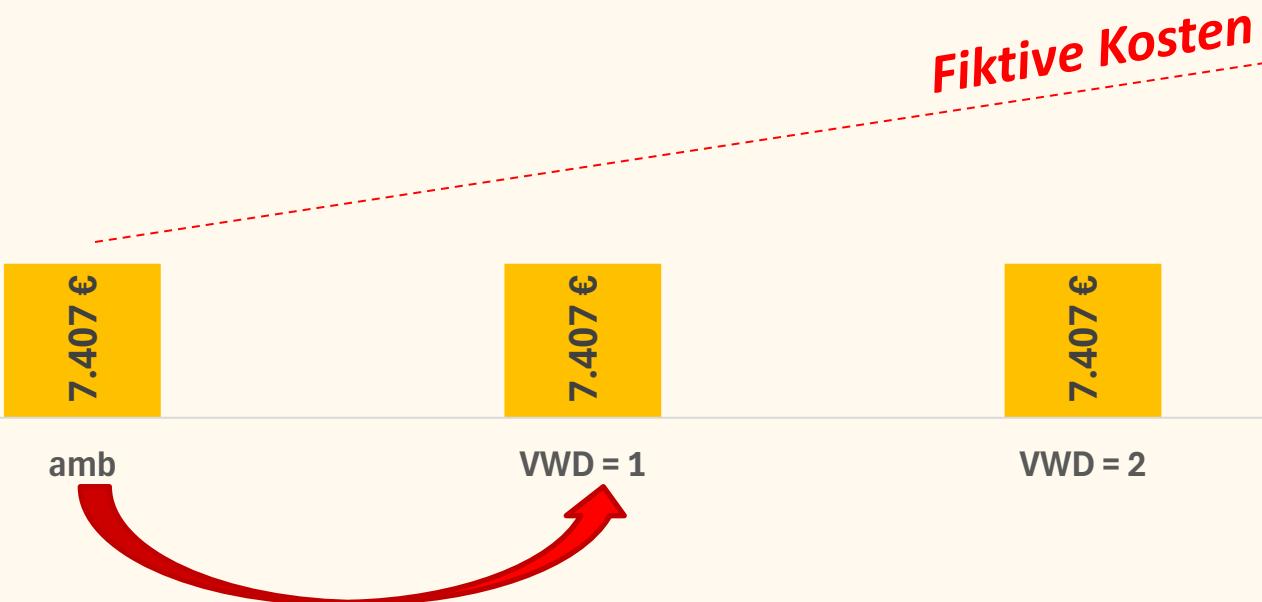
Darüber hinaus stellt der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss zu diesem Beschluss in 1. Nr. 2 fest, dass zur Erreichung der Fallzahlen gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 ambulante und vollstationäre Fälle mit **bis zu 2 Tagen Verweildauer** einzubeziehen sind.

Quelle: Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 8. Sitzung am 28. April 2025 zum Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026 mit Wirkung zum 1. Mai 2025

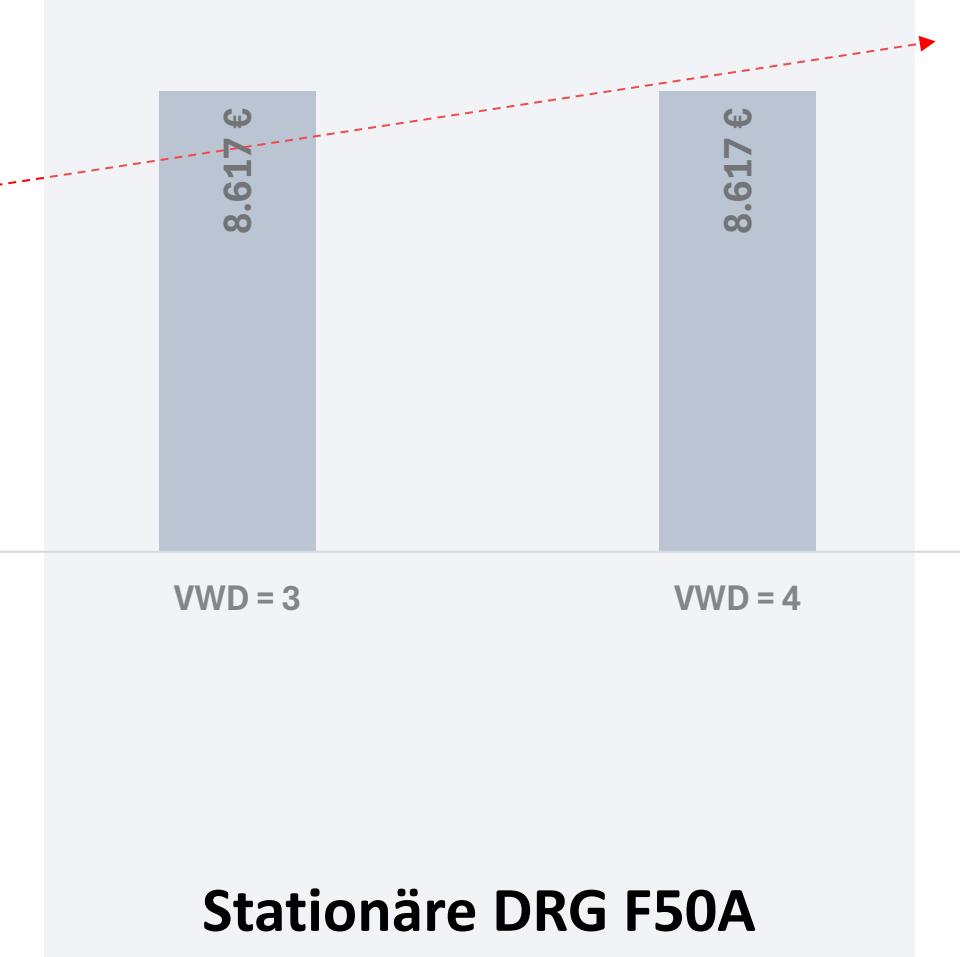
- Es gelangen jetzt auch Fälle mit einer Verweildauer von zwei Tagen in Hybrid-DRGs.
- Damit verschiebt sich die Schwelle der Kostenträgerdiskussion weg von der unteren Grenzverweildauer und hin zur Grenze 2 BT/3 BT.

Verschiebung der Sichtweisen

Hybrid-DRG F50M



Die Fragen nach „ambulant“ oder „eine Übernachtung“ stellt sich in der Hybrid-DRG nicht!



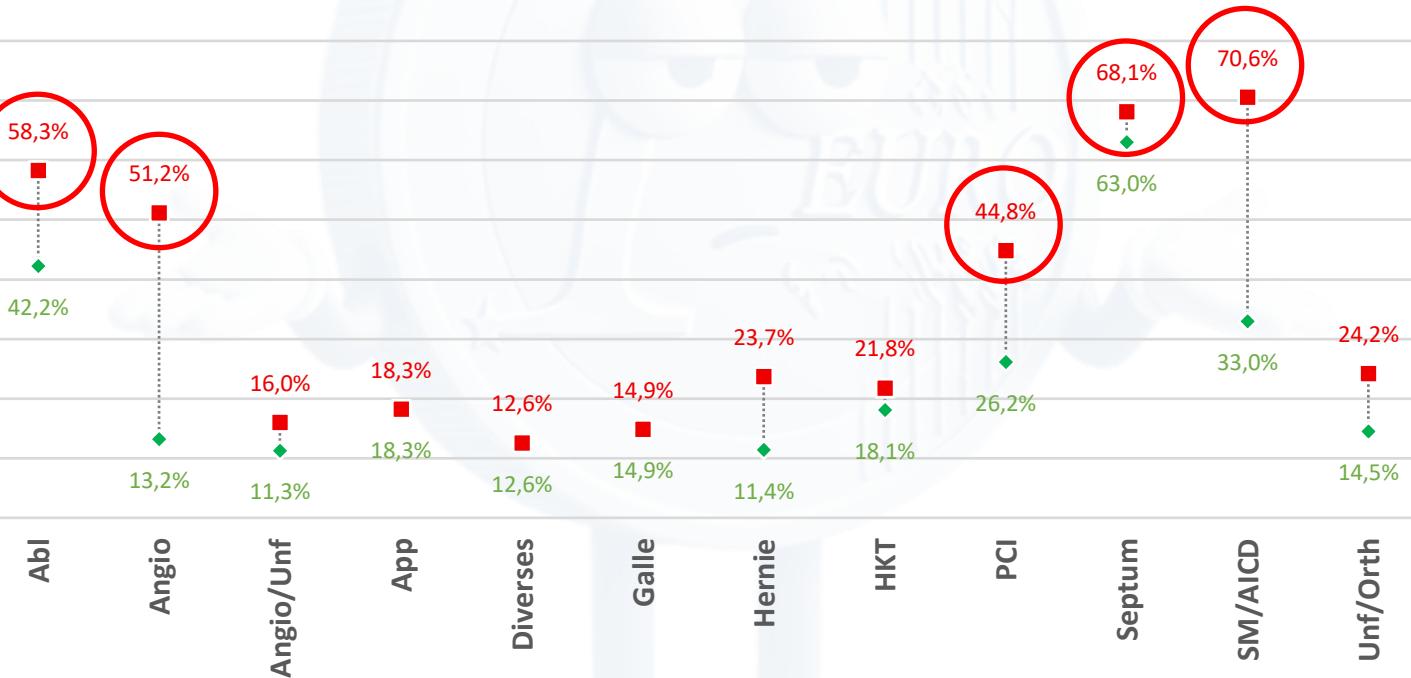
Stationäre DRG F50A



SACHKOSTENPROBLEMATIK HYBRID-DRGs

Viele hoch sachkostenlastige Leistungen im Katalog

Verteilung SK-Anteile Ausgangs-DRGs für Hybrid-DRGs 2026



„Einige DRGs mit einer hohen Zahl von Tagesfällen (etwa die DRGs F50A, F50B und F50C für Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen) weisen sehr hohe und vergleichsweise stark streuende Sachkosten auf, so dass es derzeit unwahrscheinlich erscheint, dass beispielsweise die immerhin fast 40.000 Tagesfälle der DRG F50A in lediglich einer Hybrid-DRG sachgerecht abgebildet werden können.“

Quelle: Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V, Fallzahlabschätzung und Erläuterung damit verbundener Problemstellungen, Stand: 20. März 2025

Prinzip der Kalkulation extrem vereinfacht

I: Mittl. Kosten ambulante Fälle



II: Mittl. Kosten stationäre Fälle



III: Sachkosten

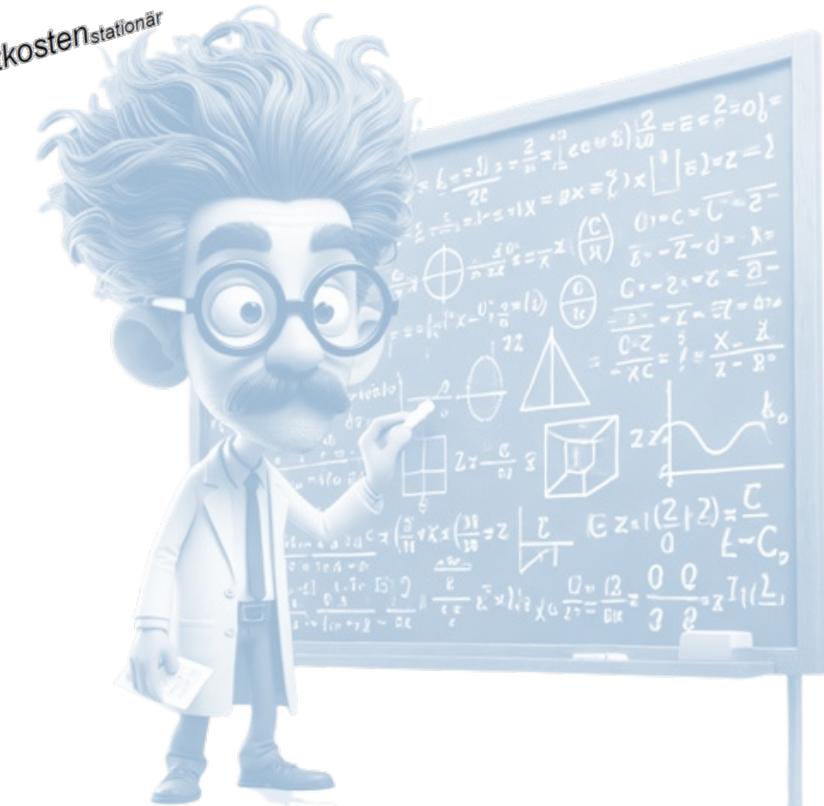


Hybrid-DRG-Kosten

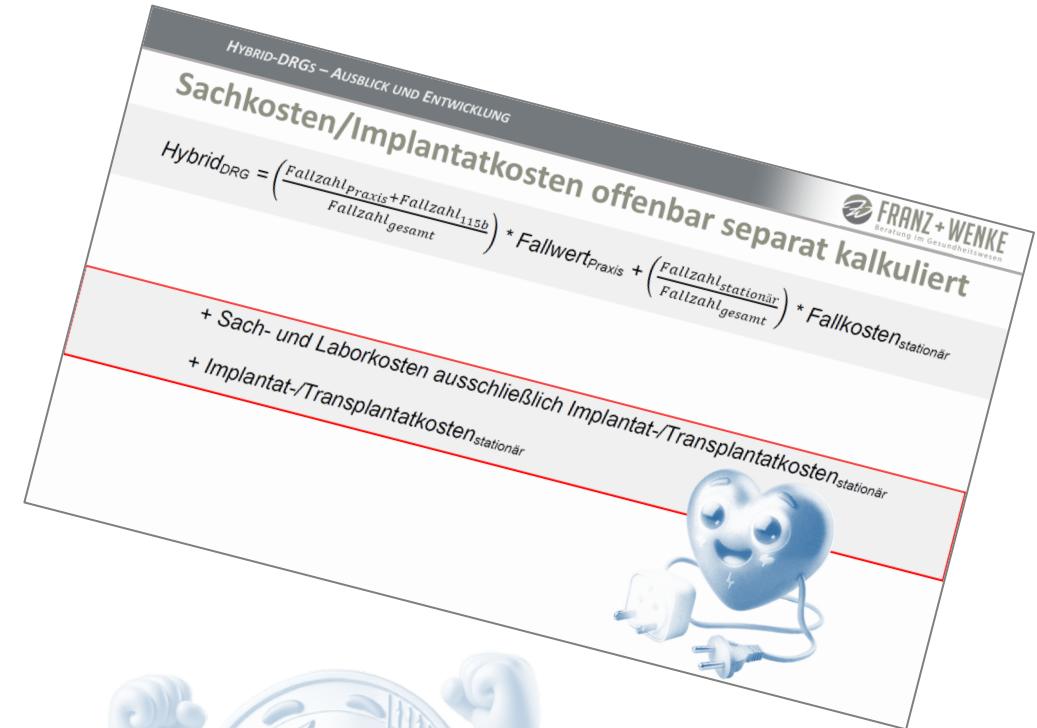
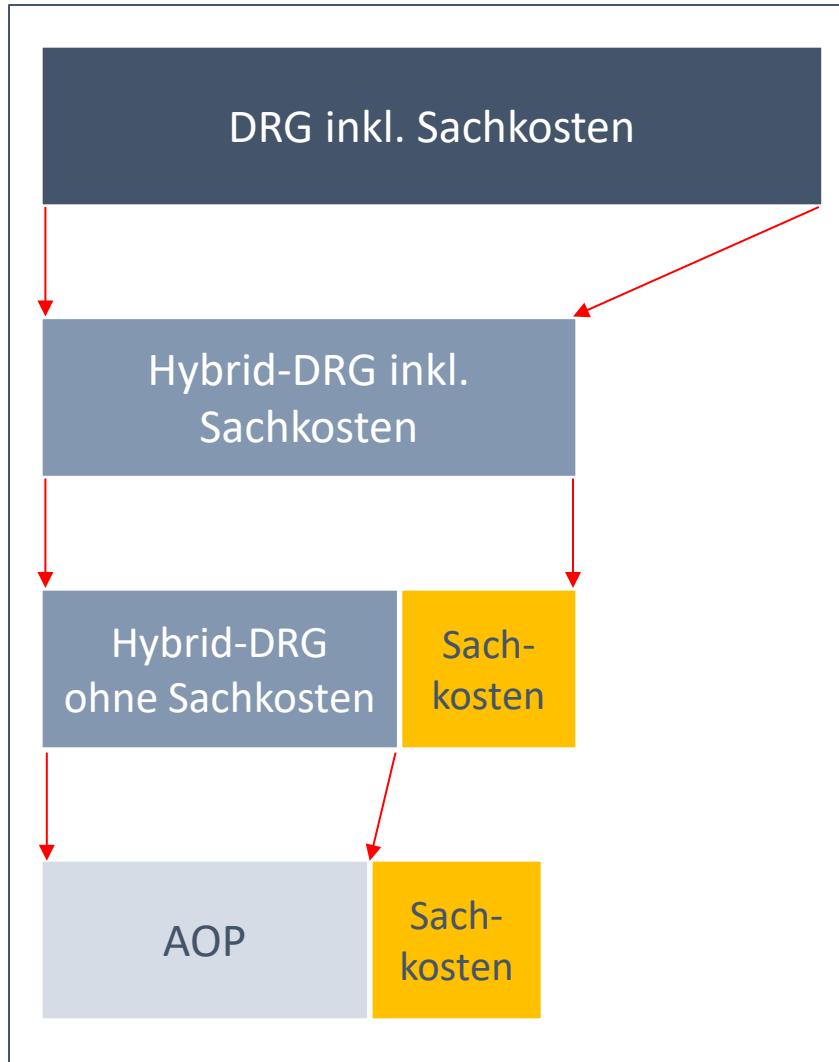
$$\text{Hybrid}_{\text{DRG}} = \left(\frac{\text{Fallzahl Praxis} + \text{Fallzahl 115b}}{\text{Fallzahl gesamt}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{Praxis}} + \left(\frac{\text{Fallzahl stationär}}{\text{Fallzahl gesamt}} \right) * \text{Falkosten}_{\text{stationär}}$$

+ Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}

+ Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}



Damit wäre diese Lösung denkbar



Keine ZEs/NUBs in den Hybrid-DRGs

- Aktuell sind alle Fälle mit Zusatzentgelt und/oder NUB-Entgelt aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.
- Auch wenn es so aussah, als wenn bewertete ZEs neben Hybrid-DRGs abrechenbar würden, hat sich dies am Ende nicht bestätigt.
- Das führt in einigen Bereichen zu bemerkenswerten Folgen (z. B. DCB in Kardiologie und Gefäßmedizin).
- Das InEK hätte hier durchaus auch die Entgelte-Datei in die Gruppierungsrelevanz aufnehmen und über entsprechende Abrechnungsschlüssel für ZE/NUB zurückgreifen können, hat aber den aufwändigen und zukünftig vielleicht auch fehlerbehafteten Weg über OPS-Definitionen gewählt.
- Da einige NUB-Entgelte keinen OPS besitzen bzw. nicht spezifisch und einheitlich kodiert werden, wird es bei Ausweitung der Hybrid-DRGs irgendwann vermutlich auch Bereiche treffen, bei denen es nicht so funktionieren wird.



LEISTUNGSGRUPPEN



Beliebte Frage:
„Wie läuft's denn so in NRW?“

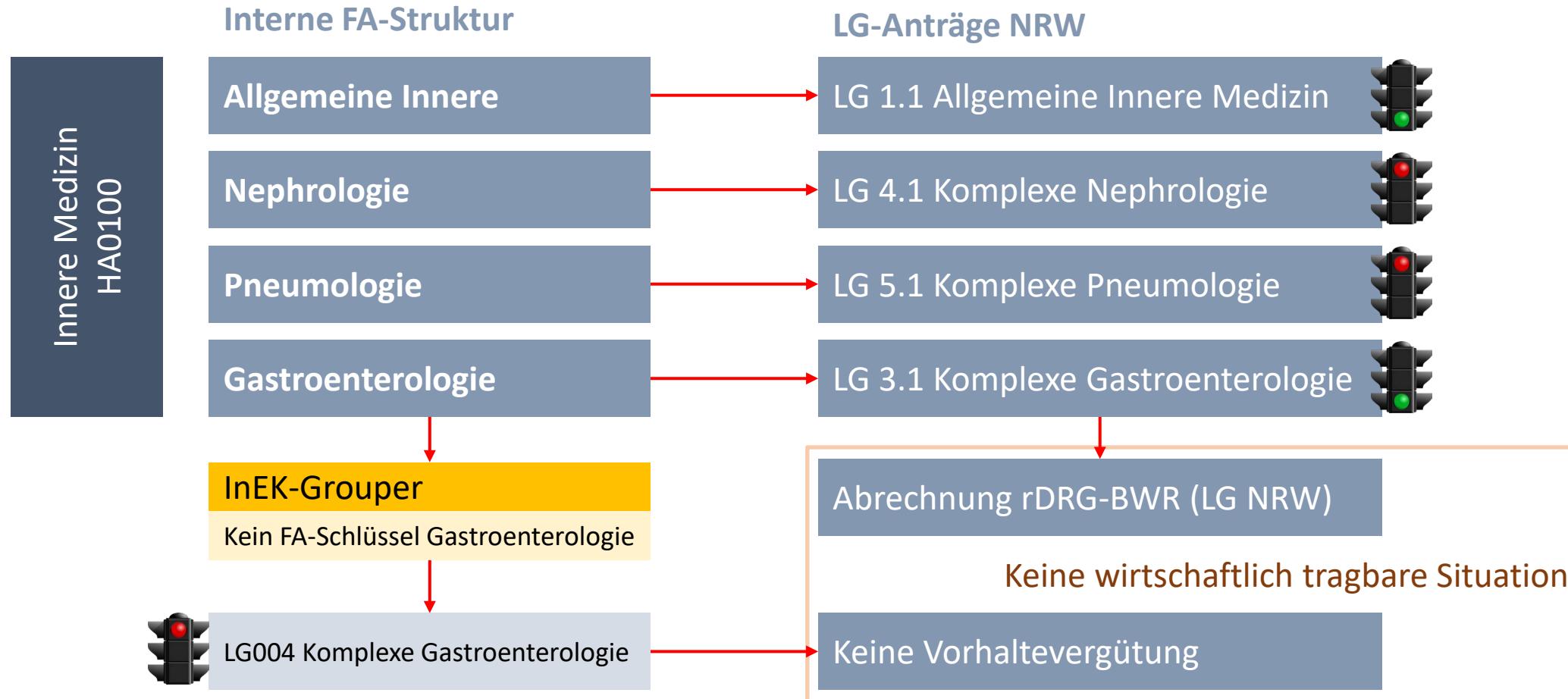
Da freuen sich die Verwaltungsgerichte...

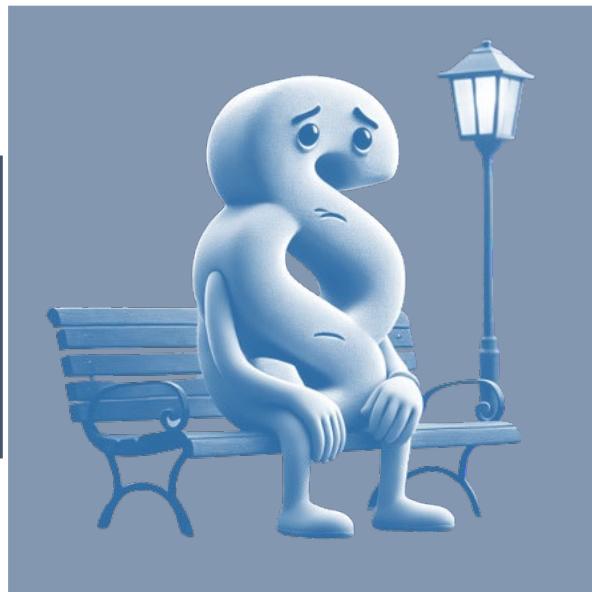
Leistungsgruppe	Aktenzeichen	Gericht	Datum	Krankenhaus	Ergebnis		Leistungsgruppe	Aktenzeichen	Gericht	Datum	Krankenhaus	Ergebnis
n. b.	21 L 521/25	VG Düsseldorf			Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	21 L 159/25	VG Düsseldorf	14.03.2025	Wuppertal	Ablehnung
n. b.	21 L 601/25	VG Düsseldorf			Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	21 L 240/25	VG Düsseldorf	14.03.2025	Wesel	Ablehnung
n. b.	21 L 616/25	VG Düsseldorf			Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	21 L 852/25	VG Düsseldorf	26.03.2025		teilweise Stattgabe
n. b.	21 L 619/25	VG Düsseldorf			Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	7 L 67/25	VG Aachen	20.03.2025	Marienh Aachen	Ablehnung
n. b.	21 L 793/25	VG Düsseldorf			Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	Az	VG Arnsberg	02.04.2025	Hagen	Ablehnung
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	18 L 495/25	VG Gelsenkirchen	21.03.2025		Ablehnung		16.4 Pankreaseingriffe	Az	VG Arnsberg	25.03.2025	Arnsberg	Ablehnung
14.1 Endoprothetik Hüfte	21 L 1005/25	VG Düsseldorf	28.03.2025		Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe
14.1 Endoprothetik Hüfte	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	18 L 375/25	VG Gelsenkirchen	20.03.2025	Bottrop	Ablehnung
14.1 und 14.3. sowie 14.2. und 14.4.	21 L 240/25	VG Düsseldorf	14.03.2025	Wesel	Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	18 L 505/25	VG Gelsenkirchen	27.03.2025	Dortmund	Stattgabe
14.1 Endoprothetik Hüfte	9 L 141/25	VG Münster	27.03.2025	Kreis Steinfurt	Stattgabe		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	18 L 312/25	VG Gelsenkirchen	11.03.2025	Herne	Ablehnung
14.2 Endoprothetik Knie	21 L 1005/25	VG Düsseldorf	28.03.2025		Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	21 L 1307/25	VG Düsseldorf	08.05.2025	Goch	Stattgabe
14.2 Endoprothetik Knie	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung
14.2 Endoprothetik Knie	21 L 599/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	7 L 199/25	VG Aachen	27.03.2025		Ablehnung
14.3 Revision Hüftendoprothese	7 L 381/25	VG Köln	31.03.2025		Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	7 L 67/25	VG Aachen	20.03.2025	Marienh Aachen	Ablehnung
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung		16.5 Tiefe Rektumseingriffe	9 L 176/25	VG Münster	27.03.2025	Kreis COE	Ablehnung
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung		19.1 MKG	7 L 217/25	VG Köln	28.03.2025		Ablehnung
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	21 L 574/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	21 L 574/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	18 L 375/25	VG Gelsenkirchen	20.03.2025	Bottrop	Ablehnung
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	Az	VG Arnsberg	21.03.2025	Witten	Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	21 L 240/25	VG Düsseldorf	14.03.2025	Wesel	Ablehnung
14.3 und 14.4 Revisionsendoprothetik	Az	VG Arnsberg	21.03.2025	Witten	Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	21 L 574/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung
14.4 Revision Knieendoprothese	7 L 381/25	VG Köln	31.03.2025		Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	21 L 852/25	VG Düsseldorf	26.03.2025		teilweise Stattgabe
14.4 Revision Knieendoprothese	9 L 141/25	VG Münster	27.03.2025	Kreis Steinfurt	Stattgabe		21.2 Ovarial-CA	7 L 217/25	VG Köln	28.03.2025		Ablehnung
15.1 Thoraxchirurgie	6 L 133/25	VG Minden	14.03.2025	Bielefeld	Ablehnung		21.2 Ovarial-CA	7 L 67/25	VG Aachen	20.03.2025	Marienh Aachen	Ablehnung
16.2 Lebereingriffe	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe		21.3 Senologie	21 L 852/25	VG Düsseldorf	26.03.2025		teilweise Stattgabe
16.2 Lebereingriffe	18 L 505/25	VG Gelsenkirchen	27.03.2025	Dortmund	Ablehnung		21.3 Senologie	Az	VG Arnsberg	27.03.2025	Iserlohn	Ablehnung
16.2 Lebereingriffe	21 L 599/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung		22.2 Perinatalzentrum Level 1	7 L 26/25	VG Aachen	26.02.2025		Ablehnung
16.2 Lebereingriffe	21 L 852/25	VG Düsseldorf	26.03.2025		teilweise Stattgabe		26.1 Allgemeine Neurologie	21 L 147/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Mülheim/Ruhr	Ablehnung
16.3 Ösophaguseingriffe	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe		30.2 Herztransplantationen	18 L 178/25	VG Gelsenkirchen	18.03.2025	UK Essen	Stattgabe
16.3 Ösophaguseingriffe	18 L 505/25	VG Gelsenkirchen	27.03.2025	Dortmund	Ablehnung		7.1 Stammzelltransplantation	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe
16.3 Ösophaguseingriffe	18 L 312/25	VG Gelsenkirchen	11.03.2025	Herne	Ablehnung		7.1 Stammzelltransplantation	21 L 949/25	VG Düsseldorf	28.03.2025		Ablehnung
16.4 Pankreaseingriffe	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe		7.2 Leukämie und Lymphome	11 L 352/25	VG Arnsberg	01.04.2025	Siegen	Stattgabe
16.4 Pankreaseingriffe	11 L 71/25	VG Arnsberg	31.03.2025		Ablehnung		7.2 Leukämie und Lymphome	18 L 257/25	VG Gelsenkirchen	13.03.2025	Gelsenkirchen	Stattgabe
16.4 Pankreaseingriffe	18 L 374/25	VG Gelsenkirchen	14.03.2025	Kreis RE	Stattgabe		7.2 Leukämie und Lymphome	21 L 240/25	VG Düsseldorf	14.03.2025	Wesel	Ablehnung
16.4 Pankreaseingriffe	18 L 505/25	VG Gelsenkirchen	27.03.2025	Dortmund	Ablehnung		7.2 Leukämie und Lymphome	21 L 574/25	VG Düsseldorf	17.03.2025		Ablehnung
16.4 Pankreaseingriffe	18 L 69/25	VG Gelsenkirchen	13.03.2025	Kreis RE	Stattgabe		8.1 EPU/Ablation	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung
16.4 Pankreaseingriffe	18 L 257/25	VG Gelsenkirchen	13.03.2025	Gelsenkirchen	Stattgabe		8.3/13.4 Kardiale Devices	21 L 154/25	VG Düsseldorf	17.03.2025	Viersen	Ablehnung

Auch auf Bundesebene aktuell viele Probleme

- Aktuell Prüfung „quasi sinnloser“ LG wie Notfallmedizin, Infektiologie und spezielle pädiatrische Bereiche
- Geburten in „normalen“ Geburtskliniken offenbar in den Leistungsgruppen vergessen
- Widersprüchliche Definitionen wie z. B. in der LG027 (Spezielle Traumatologie)
- Vollzeitäquivalent 40 Stunden/Woche
- u.v.m.

Ein sehr NRW-spezifisches Problem





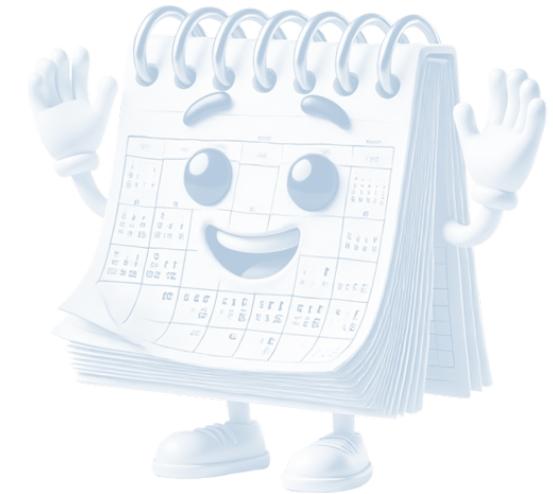
**KHAG – CHANCE ODER NEUES
PROBLEM?**

KHAG - Silberstreif am Horizont?

KHAG – der Zeitplan (voraussichtlich...)

Meilensteine

- 05.08.2025 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
21.08.2025 DKG-Stellungnahme zum Referentenentwurf
21.08.2025 Verbändeanhörung
08.10.2025 Kabinettsbeschluss
07.11.2025 BR-Ausschussempfehlungen
12.11.2025 1. Lesung im Bundestag (Überweisung an den Gesundheitsausschuss)
21.11.2025 1. Durchgang Bundesrat (Stellungnahme der Länder,)
03.12.2025 Gegenäußerung der Bundesregierung
17.12.2025 Öffentliche Anhörung im BT-Gesundheitsausschuss



Nächste Schritte

- 28.01.2026 Abschluss im BT-Gesundheitsausschuss (avisiert; Beschlussempfehlung)
29./30.01.2026 2./3. Lesung im Bundestag (avisiert; finale Beschlussfassung)
30.01.2026 2. Durchgang Bundesrat (avisiert; Zustimmung oder Anrufung des Vermittlungsausschusses)
– nächstmöglicher Termin am 06.03.2026

Inkrafttreten

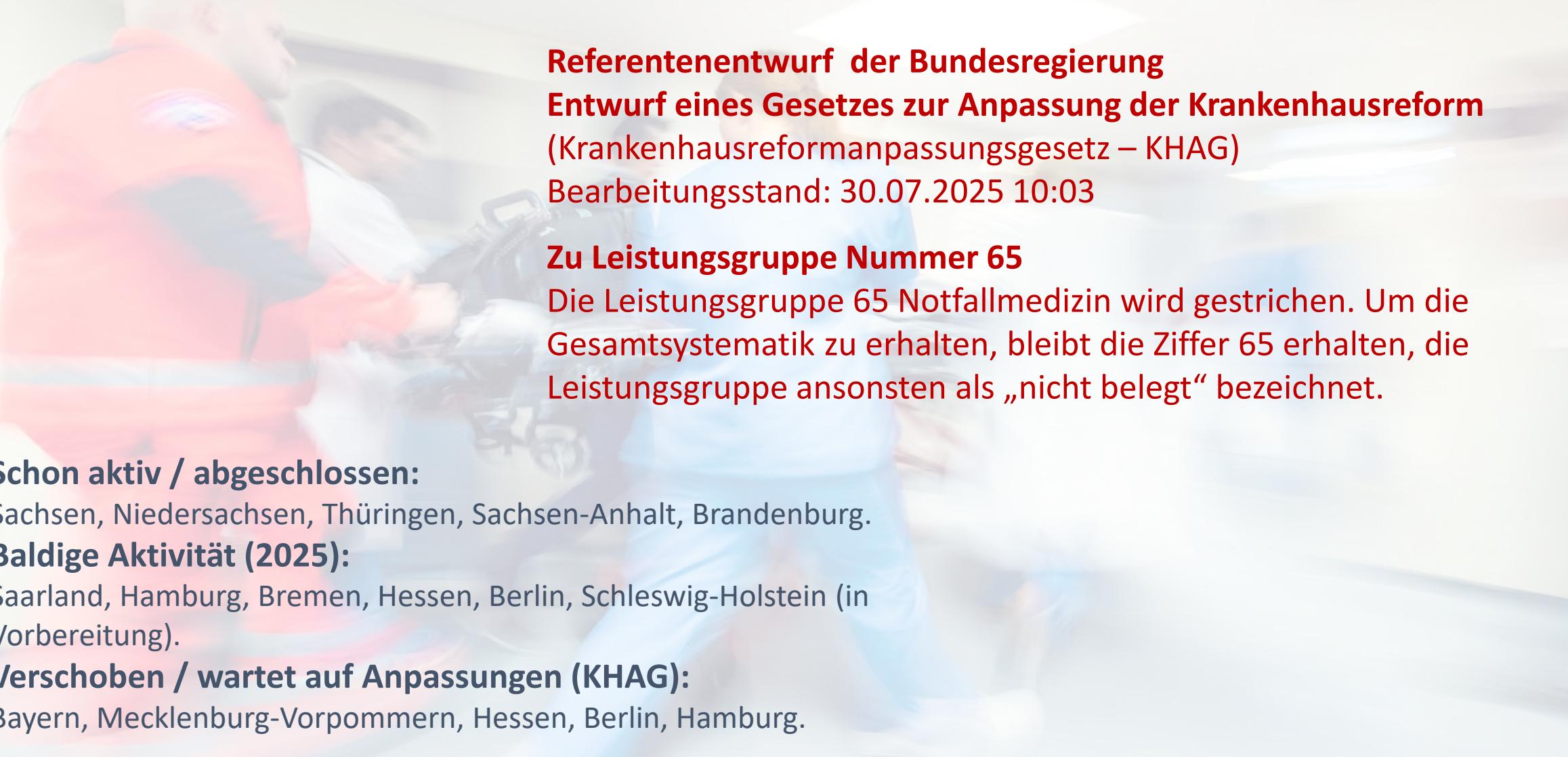
Ab Februar 2026

Ggf. Änderungen und Verschiebungen durch KHAG

Aspekt	KHVG (Status „alte Reform“)	KHAG (Stand Referentenentwurf 08/2025)	Änderung / Relevanz für Krankenhäuser
Zeitpunkt der echten Einführung der Vorhaltevergütung	01.01.2027 → Start inkl. Budgetwirkung (Konvergenz)	01.01.2028 (Verschiebung um 1 Jahr)	Kliniken gewinnen 12 Monate Zeit, um Strukturkriterien zu erfüllen.
Budgetneutrale Jahre („Schattenlauf“)	2025 (Vorbereitung) + 2026 (Budgetneutral)	2026 + 2027 budgetneutral	Entschärfung: keine finanziellen Auswirkungen bis 2028.
Beginn der echten Umverteilung (Verschiebung von DRG → Vorhaltebudget)	2027–2029	2028–2030	Liquidität wird später beeinflusst.
Mindestvorhaltefallzahlen (Definition durch G-BA)	G-BA bis 12/2025 verpflichtet, Mindestfallzahlen je LG festzulegen	Frist verschoben auf 12/2026	Kliniken müssen Fallzahlen nicht bereits 2026 nachweisen.
Wirksamwerden der Mindestvorhaltefallzahlen	Ab 01.01.2027 → „keine Mindestfallzahl = kein Vorhaltebudget“	Wirksam ab 2028	Entlastung / Zeitgewinn.
Geltung der Mindestfallzahlen auch für „ausnahmeweise zugewiesene LG“	nicht klar geregelt	Ja – ausdrücklich erweitert	Kliniken, die LG per Übergangs- oder Ausnahmzuweisung erhalten haben, müssen später Mindestfallzahlen erfüllen.
Prüfung der LG-Strukturkriterien durch MDK/MD	jährlich vorgesehen	jährlich verpflichtend + verpflichtende Meldung bei Nichtbestehen	Neue Meldepflicht – Compliance-Risiko steigt.
Wer prüft die Strukturqualität der LG?	MDK (Strukturprüfung)	weiterhin MD, aber Kliniken können Prüfung selbst anstoßen („MD auf Antrag“) → neu	Kliniken können Nachweise aktiv einfordern (z. B. zur Sicherung des LG).
Was passiert, wenn Kriterien noch nicht erfüllt sind?	LG wird nicht zugewiesen, keine Erbringung möglich	Neue Möglichkeit: Befristete Zuweisung (bis zu 3 Jahre)	Kliniken können LG strategisch sichern, bevor alles aufgebaut ist.
Taktung der Wiederbeantragung einer LG (wenn abgelehnt)	nicht geregelt, de facto nur im nächsten Planungsfenster	Zeitpunkt klar: jährliches Zuweisungsverfahren + Antrag jederzeit möglich, wenn Struktur erfüllt	Rechtssicherheit für Re-Anträge.
Zwang zur Kooperation statt Vorhaltung	im Gesetz angelegt, aber schwach operationalisiert	klar priorisiert → „Kooperation vor eigenem Aufbau“	Weniger Investitionen notwendig / Fokussierung auf Spezialgebiete.
Streichung von Leistungsgruppen (Infektiologie, Notfallmedizin, Kinderchirurgie)	LG-System aus KHVG unverändert	KHAG streicht mehrere LG (u. a. Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Kinderchirurgie)	Leistungsstrategie muss angepasst werden.
Rechtsfolge bei Nichterfüllung von Kriterien	Entzug des Vorhaltebudgets ohne Übergangslogik	gestufte Sanktion + Nachbesserungszeit + Kooperation	Reduzierung des Risikos „Budgetverlust über Nacht“.

...falls es denn kommt...

Dann prüfen wir mal schön die Notfallmedizin...



Referentenentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)
Bearbeitungsstand: 30.07.2025 10:03

Zu Leistungsgruppe Nummer 65

Die Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 65 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Schon aktiv / abgeschlossen:

Sachsen, Niedersachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg.

Baldige Aktivität (2025):

Saarland, Hamburg, Bremen, Hessen, Berlin, Schleswig-Holstein (in Vorbereitung).

Verschoben / wartet auf Anpassungen (KHAG):

Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Berlin, Hamburg.

Beispiel Änderung Kooperationsvoraussetzungen

LG	Leistungsgruppe	Änderung
6	Komplexe Pneumologie	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation)
29	Thoraxchirurgie	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation + Standort)
31	Lebereingriffe	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation + Standort)
32	Ösophaguseingriffe	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation + Standort); FA Viszeralchirurgie ausreichend
33	Pankreas eingriffe	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation + Standort); Verfügbarkeit angepasst
34	Tiefe Rektumeingriffe	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation + Standort)
38	Urologie	Gestrichen: LG 8 + LG 9 (Kooperation)
40	Ovarialkarzinom	Gestrichen: LG 8 + LG 9 + LG 30 (Standort)

LG 8 Stammzellentanzplantation
 LG 9 Leukämie/Lymphome

- Hier kommt es aktuell zu erheblichen (regional unterschiedlichen) Problemen bei den Beteiligten.
- Kleinere Kliniken finden keine Kooperationspartner bzw. werden mit erheblichen Kosten belastet.
- Große Kliniken haben Kooperationsbedenken, weil die Prüfung personeller Voraussetzungen noch unklar ist.

Der MD prüft voraussichtlich aber nur, ob:

- die Qualifikationsanforderungen erfüllt sind (Facharzt, Zusatzweiterbildung),
- die Verfügbarkeit sichergestellt ist (z. B. „3 FA, mindestens Rufbereitschaft jederzeit“),
- die Nachweise eingereicht werden (Dienstpläne, Stellenanteile etc.).
- Nirgends findet sich eine Begrenzung der Anzahl von Kooperationen oder ein Ausschluss, dass Personal an mehreren LG beteiligt sein darf.

Nur ein Beispiel unsauberer Gesetzgebung des Bundes

Sachliche Ausstattung

(...) Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle



Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen

Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (...) zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013,

LG027
Spezielle Traumatologie



2.5.5 Weiterhin müssen vorhanden sein:

- **Hubschrauberlandemöglichkeit**

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013

Definition des Luftfahrtbundesamtes für PIS :

"Landestellen im öffentlichen Interesse (PIS) sind Landestellen ausschließlich für Operationen im öffentlichen Interesse. Diese sind in Deutschland grundsätzlich alle Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern, die sich in schwierigen Umgebungsbedingungen und/oder dicht besiedelten Gebieten befinden."

KHVVG

So würde es das KHAG ändern

Sachliche Ausstattung

(...) Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle



Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen

Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (...) zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Juli 2025,

LG027

Spezielle Traumatologie



2.5.3.1 Patienten-Transport

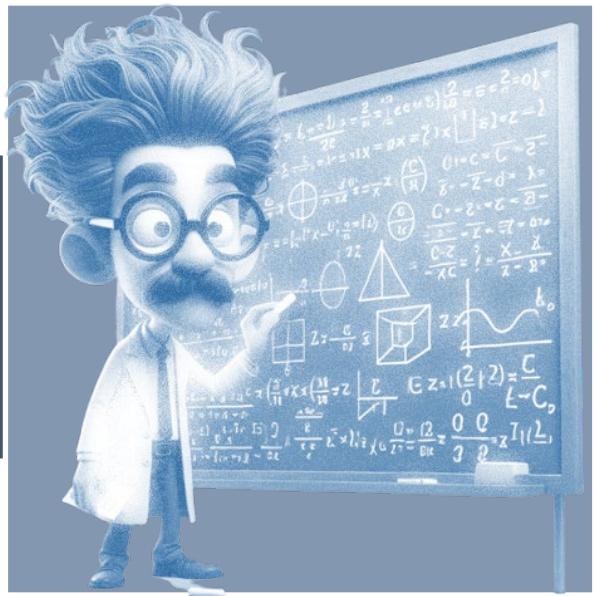
Jeweils in räumlicher Nähe zur Notaufnahme:
Hubschrauberlandemöglichkeit

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013

Definition des Luftfahrtbundesamtes für PIS :

"Landestellen im öffentlichen Interesse (PIS) sind Landestellen ausschließlich für Operationen im öffentlichen Interesse. Diese sind in Deutschland grundsätzlich alle Hubschrauberlandestellen an Krankenhäusern, die sich in schwierigen Umgebungsbedingungen und/oder dicht besiedelten Gebieten befinden."





LG - DER ALGORITHMUS

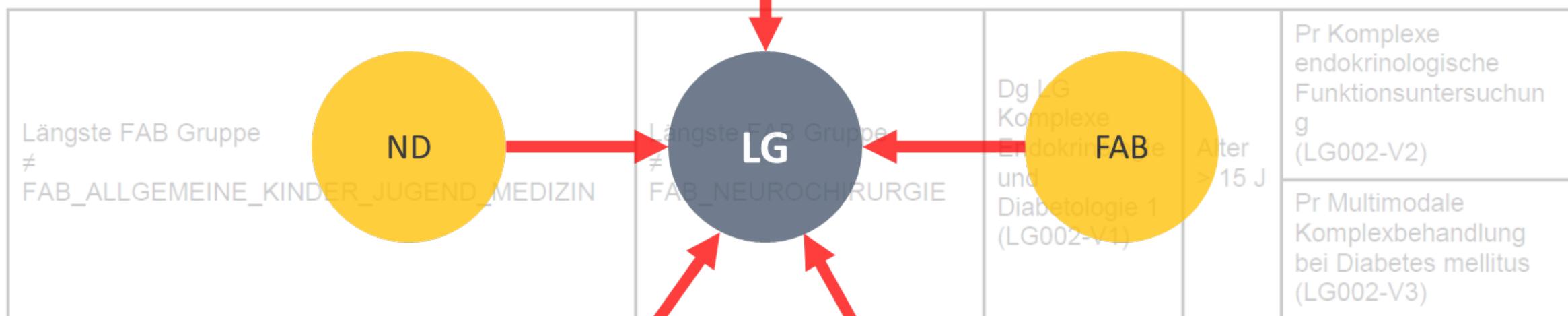
DER „BLICK UNTER DIE MOTORHAUBE“ DAS KOMPLEXE FUNKTIONSPRINZIP LG



Gruppierungskriterien

Leistungsgruppen

Komplexe Endokrinologie und Diabetologie



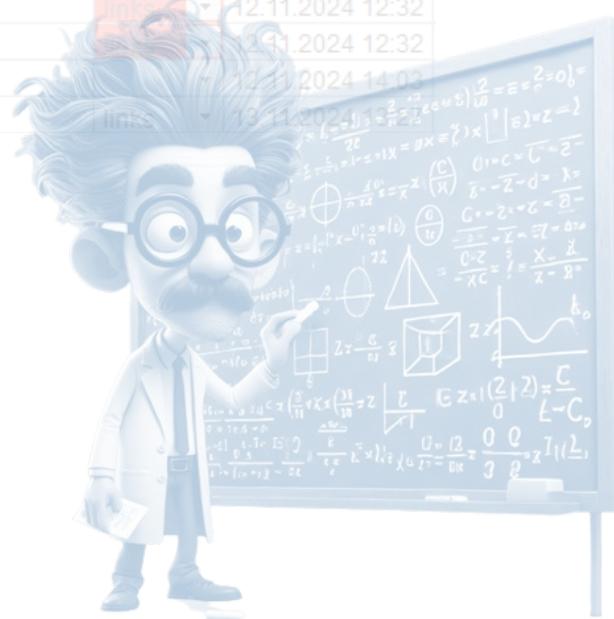
Beispielfall aus der Unfallchirurgie/Orthopädie

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.
<input checked="" type="checkbox"/>	S42.12				Fraktur der Skapula: Akromion	links ▾
<input type="checkbox"/>	S42.13				Fraktur der Skapula: Processus coracoideus	links ▾
<input type="checkbox"/>	Z96.60				Vorhandensein einer Schulterprothese	links ▾
<input type="checkbox"/>	Z95.3				Vorhandensein einer xenogenen Herzklappe	▀
<input type="checkbox"/>	Z96.65				Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	links ▾
<input type="checkbox"/>	E11.90				Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	▀
<input type="checkbox"/>	I95.8				Sonstige Hypotonie	▀
<input type="checkbox"/>						▀

Operationsdaten OPS 2024 Mehrere

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag
3-205				Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	links ▾	12.11.2024 12:32
3-990				Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	links ▾	12.11.2024 12:32
9-984.7				Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	links ▾	12.11.2024 14:03
5-795.kz				Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula	links ▾	13.11.2024 12:32

**LG-Gruppierung
Beispielfall LG027 Komplexe Traumatologie**



Schritt 1: Fallselektion und DRG-Gruppierung

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.
<input checked="" type="checkbox"/>	S42.12				Fraktur der Skapula: Akromion	links ▾
<input type="checkbox"/>	S42.13				Fraktur der Skapula: Processus coracoideus	links ▾
<input type="checkbox"/>	Z96.60				Vorhandensein einer Schulterprothese	links ▾
<input type="checkbox"/>	Z95.3				Vorhandensein einer xenogenen Herzklappe	▀
<input type="checkbox"/>	Z96.65				Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	links ▾
<input type="checkbox"/>	E11.90				Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	▀
<input type="checkbox"/>	I95.8				Sonstige Hypotonie	▀
<input type="checkbox"/>						▀

Operationsdaten OPS 2024 ▾ Mehrer

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag
3-205				Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	links ▾	12.11.2024 12:32
3-990				Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	links ▾	12.11.2024 12:32
9-984.7				Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	▀	12.11.2024 14:03
5-795.kz				Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula	links ▾	13.11.2024 13:27

LG-Grouper
gemäß KHTG

2025 V1.0

Leistungsgruppen-Definitionen
Vollversion

Hauptgruppe MDC	08	Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		
Gruppe DRG	I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierter Verletzung		
Grouperstatus	00	normale Gruppierung		
VWD des Falls	4	durch. VWD d. DRG	3,5	Schweregrad (PCCL)
Kostengewicht	1,221	OGVD 1. Tag	8	Partition operativ Entgelthöhe 5.930,25 Entgelthöhe 6.984,89

Der primäre Fehler steht ganz am Anfang des Algorithmus:

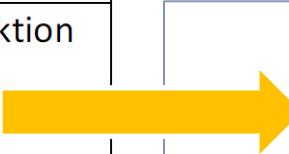
Alles hängt an der DRG-Gruppierung!

- Das bedeutet eine Jahresabhängigkeit auch für die Leistungsgruppen.
- Das DRG-System wird einmal mehr zur unverrückbaren Säule nicht nur der Abrechnung, sondern auch der Strategie.
- So macht man keine Gesundheitsreform...



Schritt 2: Ermittlung der LG-Zuteilungsfunktion

Liste der aG-DRGs und verwendete LG Zuteilungsfunktion

I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	LG Zuteilungsfunktion allgemein	
			LG-Grouper gemäß KHTG
			2025 V1.0
Hauptgruppe MDC Gruppe DRG Grouperstatus VWD des Falls Kostengewicht	08 I29A 00 4 1,221	Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen normale Gruppierung durch. VWD d. DRG OGVD 1. Tag	
			Leistungsgruppen-Definitionen Vollversion
			Partition operativ Schweregrad (PCCL) Entgelthöhe Entgelthöhe
			3,5 0 5.930,25 6.984,89

Schritt 3: Zuordnung des OPS-Kodes zu Leistungsgruppen

Operationsdaten OPS 2024

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	S42.12				Fraktur der Skapula: Akromion
<input type="checkbox"/>	S42.13				Fraktur der Skapula: Processus coracoideus
<input type="checkbox"/>	Z96.60				Vorhandensein einer Schulterprothese
<input type="checkbox"/>	Z95.3				Vorhandensein einer xenogenen Herzklappe
<input type="checkbox"/>	Z96.65				Vorhandensein einer Kniegelenkprothese
<input type="checkbox"/>	E11.90				Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
<input type="checkbox"/>	I95.8				Sonstige Hypotonie
<input type="checkbox"/>					

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
3-205				Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-990				Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
9-984 7				Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
5-795.kz				Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula

5-795.kz Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula

LG14F2 Allgemeine Chirurgie 2

LG015F Kinder- und Jugendchirurgie

LG027 Spezielle Traumatologie






- Der OPS-Kode 5-795.kz wird in drei Leistungsgruppen aufgeführt.
- Damit stellt sich in der nächsten Stufe die Frage nach der Ermittlung der korrekten Leistungsgruppe.

Schritt 3: Zuordnung des OPS-Kodes zu Leistungsgruppen

5-795.kz	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula
----------	---



LG14F2	Allgemeine Chirurgie 2
LG015F	Kinder- und Jugendchirurgie
LG027	Spezielle Traumatologie

- Der einzige relevante OPS-Kode des Falls ist der für die Skapula-Osteosynthese.
- Dieser wird in den drei benannten Leistungsgruppen geführt.
- Welche der drei Leistungsgruppe erreicht wird, hängt von der Sortierreihenfolge in der *LG Zuordnungsfunktion allgemein* ab.

LG Zuteilungsfunktion allgemein

Allg ZTF	LG Text	Rangfolge
(...)		
LG027	Spezielle Traumatologie	30
(...)		
LG015F	Kinder- und Jugendchirurgie	59
(...)		
LG014F	Allgemeine Chirurgie	76
(...)		

- In der Sortierreihenfolge (Hierarchie) der Leistungsgruppen in der *LG Zuordnungsfunktion allgemein* ist die Spezielle Traumatologie vor den beiden anderen LG gelistet.
- Damit erfolgt die Eingruppierung des Falles in die Spezielle Traumatologie, wenn die Kriterien in der Leistungsgruppe keine zusätzlichen, nicht erfüllten Kriterien verlangt.

Schritt 4: Prüfung der LG-Definitionskriterien

LG027 Spezielle Traumatologie

LG027 Spezielle Traumatologie

5-795.kz Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula

LG Spezielle Traumatologie 4 (LG027-V28)

Der OPS-Kode 5-795.kz findet sich ausschließlich in der Tabelle LG027-V28.

HD LG Spezielle Traumatologie 3 (LG027-V17)

Pr LG Spezielle Traumatologie 4 (LG027-V28)

Zusätzlich zum OPS-Kode muss noch eine Hauptdiagnosedefinition erfüllt werden, damit die Kriterien der LG027 erfüllt werden

LG Spezielle Traumatologie 3 (LG027-V17)

(...)

S42.11 Fx Skapula, Korpus

S42.12 Fx Skapula, Akromion

S42.13 Fx Skapula, Proc corac

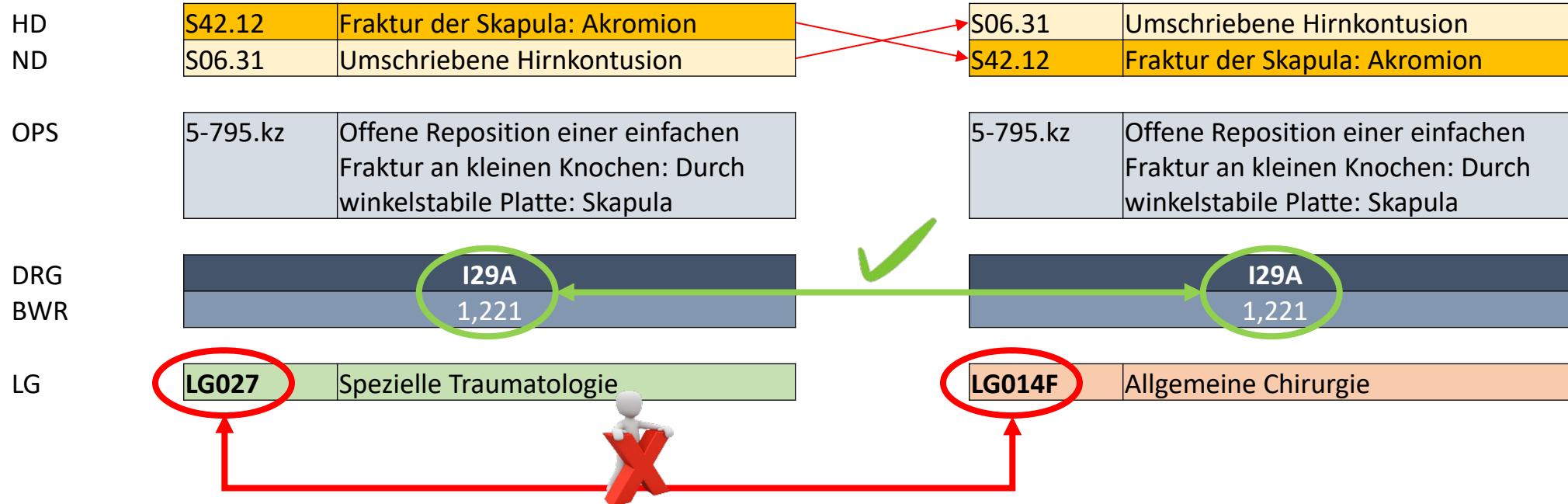
S42.19 Fx Skapula, mult

(...)

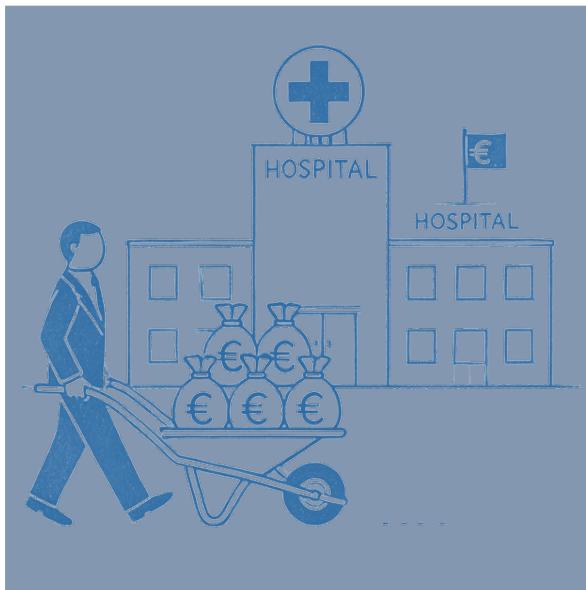
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	S42.12				Fraktur der Skapula: Akromion
<input type="checkbox"/>	S42.13				Fraktur der Skapula: Processus coracoideus



Beispiel: Bedeutung der Wahl der Hauptdiagnose



- Der Fall ist prinzipiell ähnlich gelagert wie unser Praxisfall.
- Zusätzlich liegt als Folge des Sturzes aber auch noch eine konservativ behandelte Hirnkontusion vor.
- Diese führt als Nebendiagnose bei der HD Skapulafraktur zu keiner Änderung der DRG.
- Auch bei Wahl der Hirnkontusion als HD ändert sich die DRG aufgrund des OPS-Kodes nichts.
- Allerdings ist von den beiden Kriterien der LG027 (HD + Prozedur) jetzt nur noch das OPS-Kriterium erfüllt.
- Insofern gelangt der Fall jetzt „nur“ in die LG Allgemeine Chirurgie.



MINDESTVORHALTEFALLZAHLEN

Methodik des IQWiG

Zielsetzung der Methodik

Ziel der Methodik ist es, für jede Leistungsgruppe eine empfohlene Mindestvorhaltefallzahl abzuleiten, die

- **qualitativ gerechtfertigt** ist (Patientensicherheit, Ergebnisqualität),
- **ökonomisch plausibel** ist (Deckung strukturbedingt notwendiger Vorhaltekosten),
- **planungsrelevant** angewendet werden kann (Bund/Länder, Leistungsgruppen-Systematik).

Die Mindestvorhaltefallzahl ist nicht identisch mit:

- G-BA-Mindestmengen,
- rein leistungsbezogenen Fallzahlen,
- oder historischen Leistungsvolumina.

Grundlogik des Vorgehens

Die Methodik folgt einem **zweistufigen Analyseansatz**, dessen Ergebnisse anschließend zusammengeführt werden:

1. Qualitätsbasierte Analyse
 2. Wirtschaftlichkeitsbasierte Analyse
- daraus resultiert eine empfohlene Mindestvorhaltefallzahl je Leistungsgruppe



Qualitätsbasierte Analyse

Ausgangspunkt

Prüfung, ob es für die jeweilige Leistungsgruppe bereits externe, qualitätsbasierte Fallzahlvorgaben gibt.

Berücksichtigte Quellen

- G-BA-Mindestmengenregelungen
- Evidenz aus Leitlinien und Metaanalysen (Volume-Outcome-Beziehungen)
- Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften
- Internationale Erfahrungen (z. B. Strukturvorgaben anderer Länder)

Bewertungslogik

- Relevanz für die jeweilige Leistungsgruppe
- Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem
- Robustheit der Evidenz (Studienqualität, Konsistenz)

Ergebnis

Qualitatives Teilergebnis:

- entweder eine konkrete Fallzahl-Untergrenze,
- oder die Feststellung, dass keine belastbare qualitätsbasierte Mindestzahl ableitbar ist.

Wirtschaftlichkeitsbasierte Analyse

Ziel

Ermittlung der Fallzahl, ab der ein Standort die leistungsgruppenspezifische Vorhaltefunktion wirtschaftlich tragfähig erbringen kann.

Grundannahmen

- Vorhaltekosten entstehen unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl (Personal, Infrastruktur, Rufdienste, Technik).
- Unterhalb einer bestimmten Fallzahl kommt es zu struktureller Unterdeckung, auch bei effizienter Leistungserbringung.

Methodisches Vorgehen

- Nutzung von Kosten- und Leistungsdaten (insb. DRG-Kalkulationsdaten)
- Trennung von:
 - fixen / vorhaltebedingten Kosten
 - variablen fallbezogenen Kosten
- Ökonometrische Modellierung:
 - Break-even-Betrachtungen
 - Skaleneffekte
 - Kosten-Fallzahl-Relationen

Ergebnis

Ökonomisches Teilergebnis:

- Mindestfallzahl, ab der die durchschnittlichen Erlöse die zuordnabaren Kosten decken.

Zentrale methodische Schwächen

Qualität nur begrenzt operationalisierbar

- Belastbare Volume-Outcome-Evidenz existiert nur für wenige hochspezialisierte Leistungen.
- Für die Mehrzahl der Leistungsgruppen bleibt Qualität methodisch unterbestimmt.
- In der Praxis fällt die Entscheidung daher häufig nicht qualitäts-, sondern datengetrieben ökonomisch aus.

Wirtschaftlichkeit reproduziert den Status quo

- Die ökonomische Schwelle basiert auf heutigen Kosten- und Vergütungsstrukturen (DRG-Logik).
- Bestehende Strukturineffizienzen, Querfinanzierungen, historische Standortentscheidungen werden methodisch fortgeschrieben.

Implikation:

Das Modell beschreibt, *ab wann heutige Krankenhäuser überleben können* – nicht, wie ein optimaler Versorgungszuschnitt aussehen sollte.

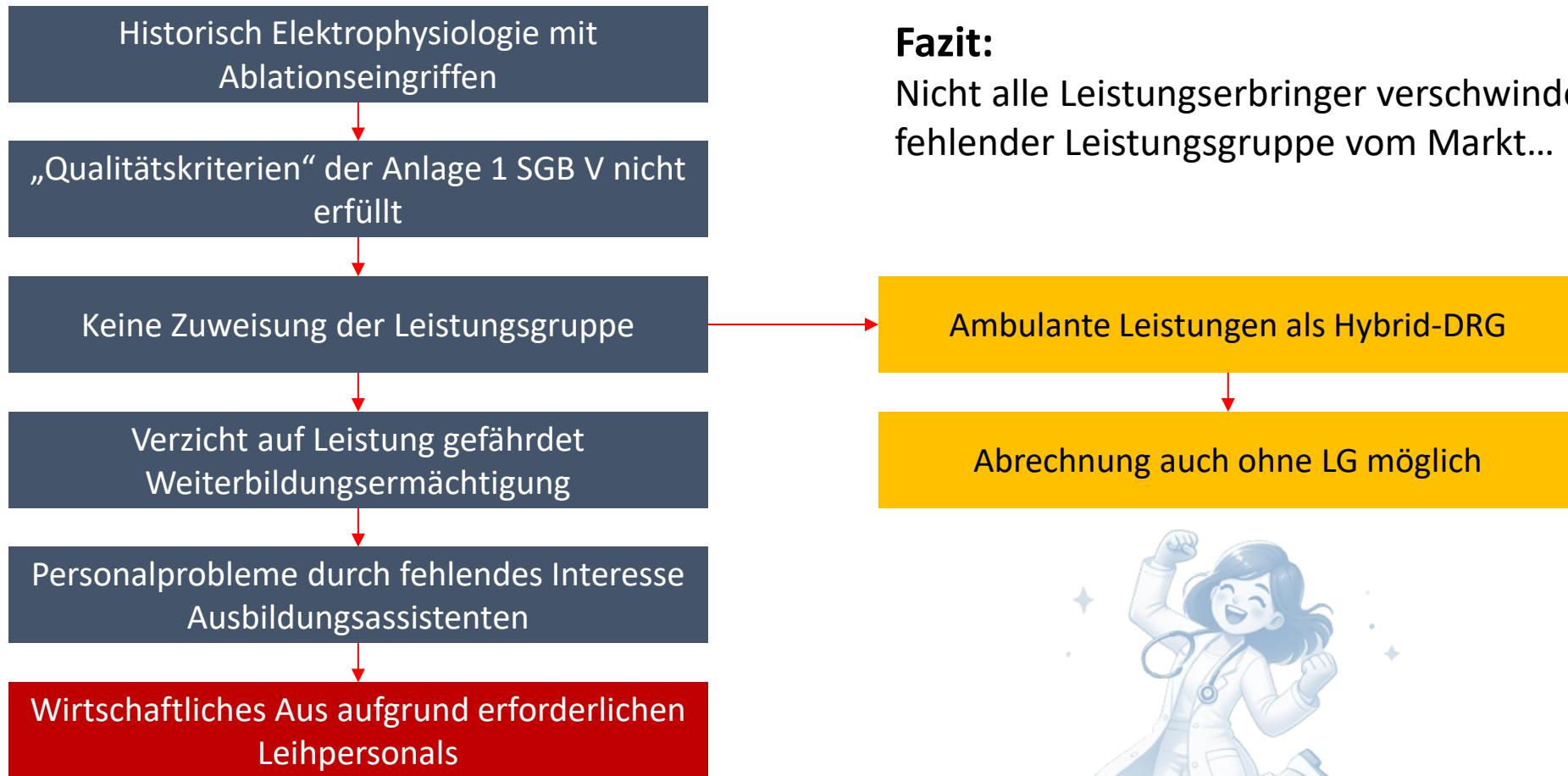
Systematische Benachteiligung kleiner und regionaler Strukturen

- Skaleneffekte wirken methodisch stets zugunsten großer Einheiten.
- Regionale Versorgung, Redundanz, Weiterbildung und Notfallstrukturen bleiben unzureichend berücksichtigt.
- Verbundlösungen werden nicht adäquat modelliert.

Scheingenauigkeit

- Ergebnis sind Punktwerte ohne Bandbreiten, Unsicherheitsintervalle, robuste Sensitivitätsanalysen
- Diese Zahlen werden planerisch als „harte Schwellen“ interpretiert, obwohl sie methodisch hoch unsicher sind.

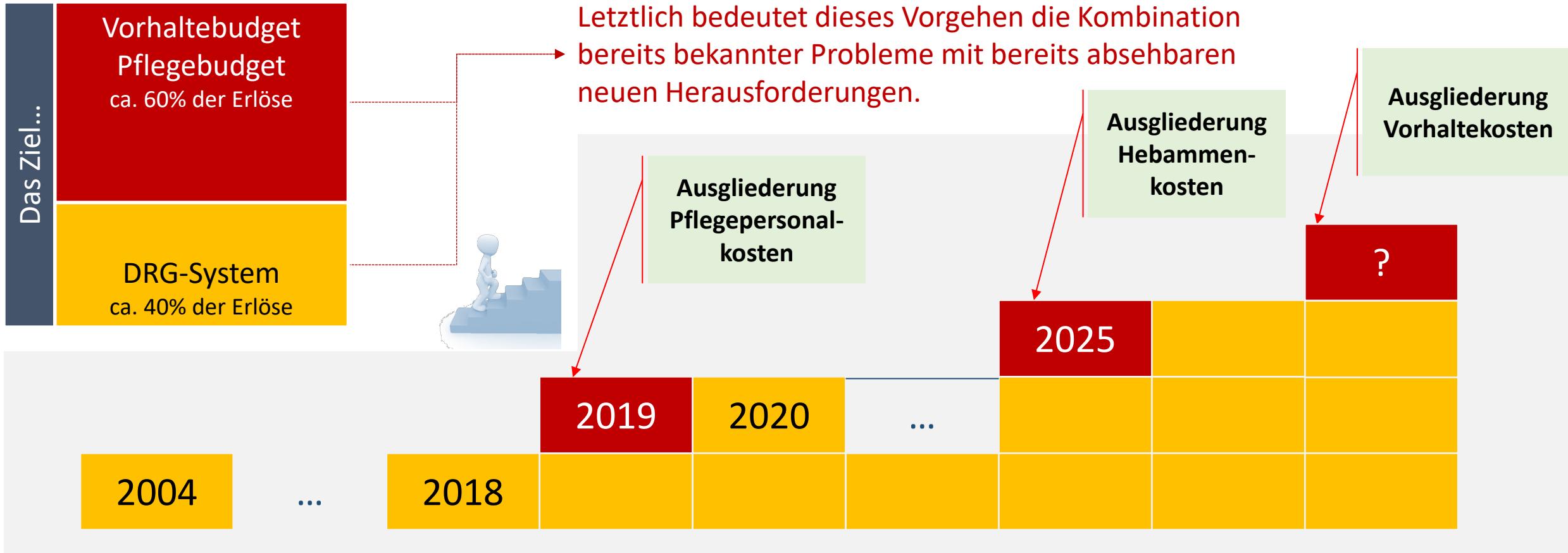
Und wenn ich stationär nicht darf, dann mache ich es ambulant...





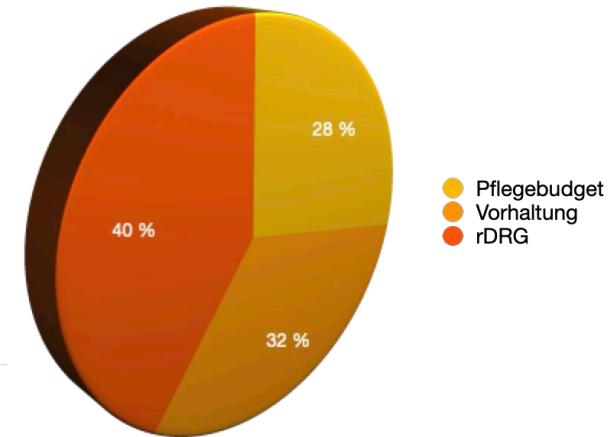
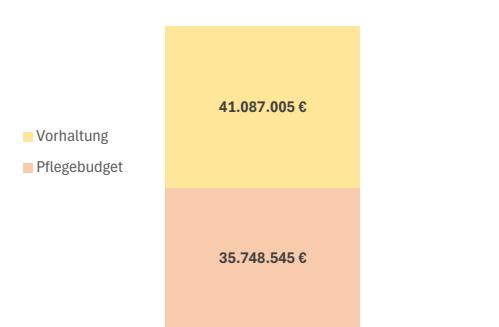
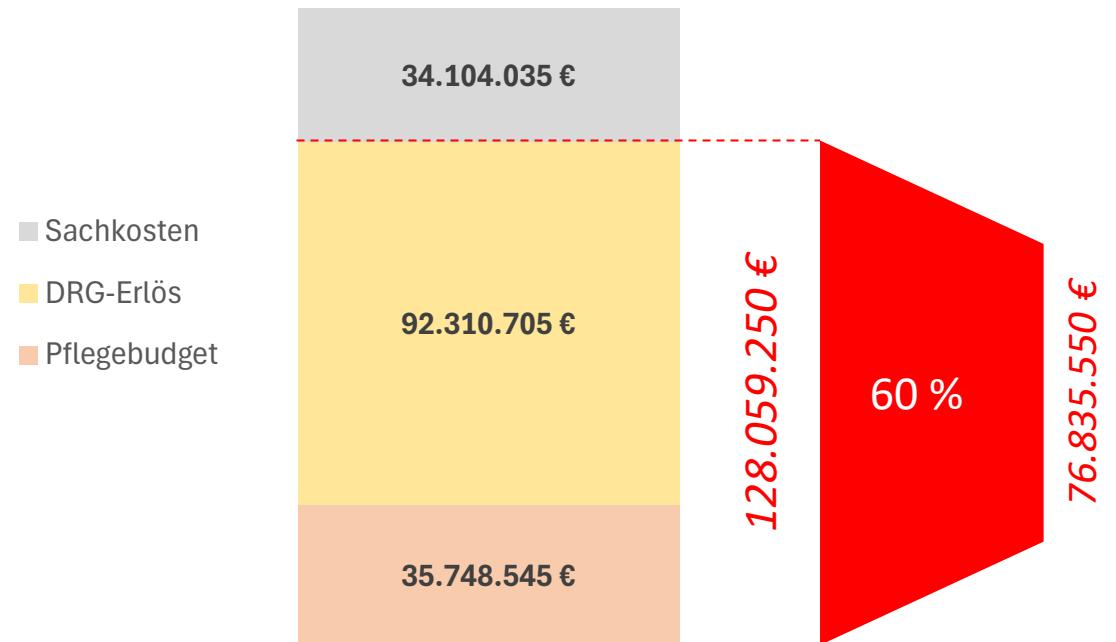
VORHALTEFINANZIERUNG

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG



Das Grundprinzip am Beispiel gerechnet

1. Sachkosten + Pflegebudget + DRG-Erlös ohne SK = Gesamterlös
2. (Pflegebudget + DRG-Erlös ohne SK) x 0,6 = 60% Erlöse ohne SK
3. (Pflegebudget + DRG-Erlös ohne SK) x 0,6 – Pflegebudget = Vorhaltung



Problem 1: Vorhaltung als Modell

F58B	ärztl Dienst	Pflege-dienst	Med tech Dienst	Arznei-mittel 4a	Arznei-mittel 4b	Implan-tate	Med Bed 6a	Med Bed 6b	Med Bed 6c	Med Infrastr	Nicht med Infrastr	Σ
Anteil gesamt	23,4%	0,6%	15,0%	1,4%	0,2%	2,9%	6,9%	12,9%	4,2%	10,2%	22,4%	
Normalstation	262 €		39 €	20 €	2 €		24 €	1 €	2 €	144 €	383 €	877 €
Intensivstation	34 €		2 €	4 €			8 €			13 €	34 €	95 €
Dialyse												
OP-Bereich	1 €		1 €				1 €	1 €			1 €	5 €
Anästhesie	2 €		1 €								1 €	4 €
Kreißsaal												
Kardiologie	334 €		329 €	16 €	2 €	93 €	161 €	414 €	116 €	145 €	237 €	1.847 €
Endoskopie	1 €		2 €				1 €			1 €	1 €	6 €
Radiologie	19 €		18 €			1 €	3 €	1 €	7 €	7 €	11 €	67 €
Laboratorien	4 €		24 €	2 €	1 €		15 €		12 €	4 €	10 €	72 €
Sonstiges	51 €	1 €	40 €	1 €			5 €			9 €	22 €	129 €
Th. Bereiche	1 €		3 €								1 €	5 €
Pat. Aufnahme	52 €	17 €	27 €	1 €			6 €	1 €		9 €	28 €	141 €
Σ	761 €	18 €	486 €	44 €	5 €	94 €	224 €	418 €	137 €	332 €	729 €	3.248 €



- Personal- und Infrastrukturkosten sind prinzipiell nicht kurzfristig an die jährlichen Leistungsmengen adaptierbar und somit als Fixkosten zu betrachten.
- Insbesondere sollten hier nicht nur Ist-Kosten berücksichtigt werden, sondern auch leitlinien- oder qualitätsorientierte Personalanforderungen eingepreist werden.
- Es darf nicht sein, dass im Rahmen von Qualitätsanforderungen Personalressourcen definiert werden, welche nicht in der Vorhaltefinanzierung Berücksichtigung finden.

Problem 2: alte Kostendaten

Art der Verwerfung	Beschreibung	Folge / Risiko
Strukturelle Asynchronität	Die Standort- und Leistungsgruppenzuordnungen werden zwar jährlich über die Landesplanung aktualisiert, die ihnen zugrunde liegenden Kosten- und Bewertungsrelationen (Fallgewichte, CMI) stammen jedoch aus Daten, die zwei Jahre alt sind.	Bewertungsverzerrungen: Die aktuelle Struktur (z. B. neue LG, veränderte Personalvorgaben, neue Technik) wird mit veralteten Kostendaten bewertet – reale Vorhaltekosten werden unter- oder überschätzt.
Kostendynamische Verwerfung	Steigende Personal-, Energie- und Sachkosten (z. B. durch Tarifsteigerungen oder neue Facharztvorgaben) schlagen sich erst zeitverzögert in den InEK-Daten nieder.	Systematische Unterdeckung: Das Vorhaltebudget spiegelt den historischen Kostenstand wider, während reale Kosten bereits gestiegen sind.
Leistungsdynamische Verwerfung	Ambulantisierung, Hybrid-DRG-Effekte oder Leistungsumverteilungen verändern das reale Fallaufkommen, während die Berechnungsbasis noch die alten stationären Leistungszahlen verwendet.	Fehlgewichtung des Landesvolumens: Das Vorhaltebudget reagiert verspätet auf Strukturverschiebungen; Länder mit abnehmender stationärer Aktivität erhalten zu viel, wachsende Regionen zu wenig.
Verhaltensverwerfung	Krankenhäuser passen ihr Verhalten (z. B. Leistungsumfang oder Spezialisierung) kurzfristig an, die Finanzierungsbasis zieht aber erst zwei Jahre später nach.	Temporäre Über- oder Unterfinanzierung, die den Anpassungsdruck verzögert und ökonomische Fehlanreize verlängert.

- Die zweijährige Datenverzögerung im InEK-System führt zu zeitlich verschobenen, realitätsfremden Kosten gewichten.
- Damit entsteht eine zwar strukturell saubere, aber finanziell träge Abbildung der Krankenhauslandschaft – stabil im Modell, verzerrt in der Realität.

Problem 3: Qualitätsanforderungen LG nicht abgebildet

LEISTUNGSGRUPPEN UND VORHALTEFINANZIERUNG						
LG Nr.	LG	Anforderungsbereiche				
		Erbringung verwandter LG Standort	Kooperation	Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung Qualifikation	Verfügbarkeit
11	Mindestvor- aussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualit.Anf. Komplex	LG Kardiale Devices Mind. eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Ki/Jugendl	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit; 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
	Auswahl- kriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mind. eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periph. art. Gefäße Mind. eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT		Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Vorausset- zungen der erweiterten Notfall- versorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Vorausset- zungen der umfassenden Not- fallsversorgung gemäß den §§ 18 bis 22 (...)

Nur damit hier keine Zweifel aufkommen – personelle Mindestausstattung für Herzkatheteruntersuchungen:

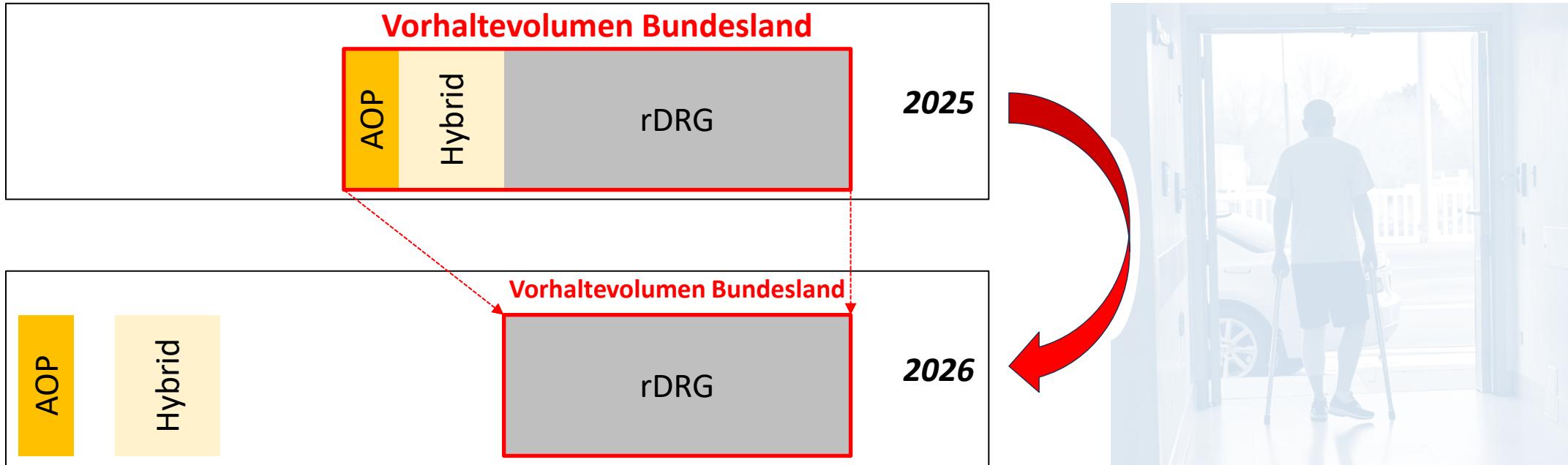
Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit

Ein FA berechnet sich nach § 135e Abs. 4 Ziffer 7a auf der Grundlage von 40 Wochenstunden.

KHAG: Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl von 40 auf 38,5 Stunden abgesenkt. Damit soll der Tatsache, dass in einer Vielzahl von Tarifverträgen eine 38,5 Stundenwoche als Vollzeitäquivalent festgelegt ist, Rechnung getragen werden.

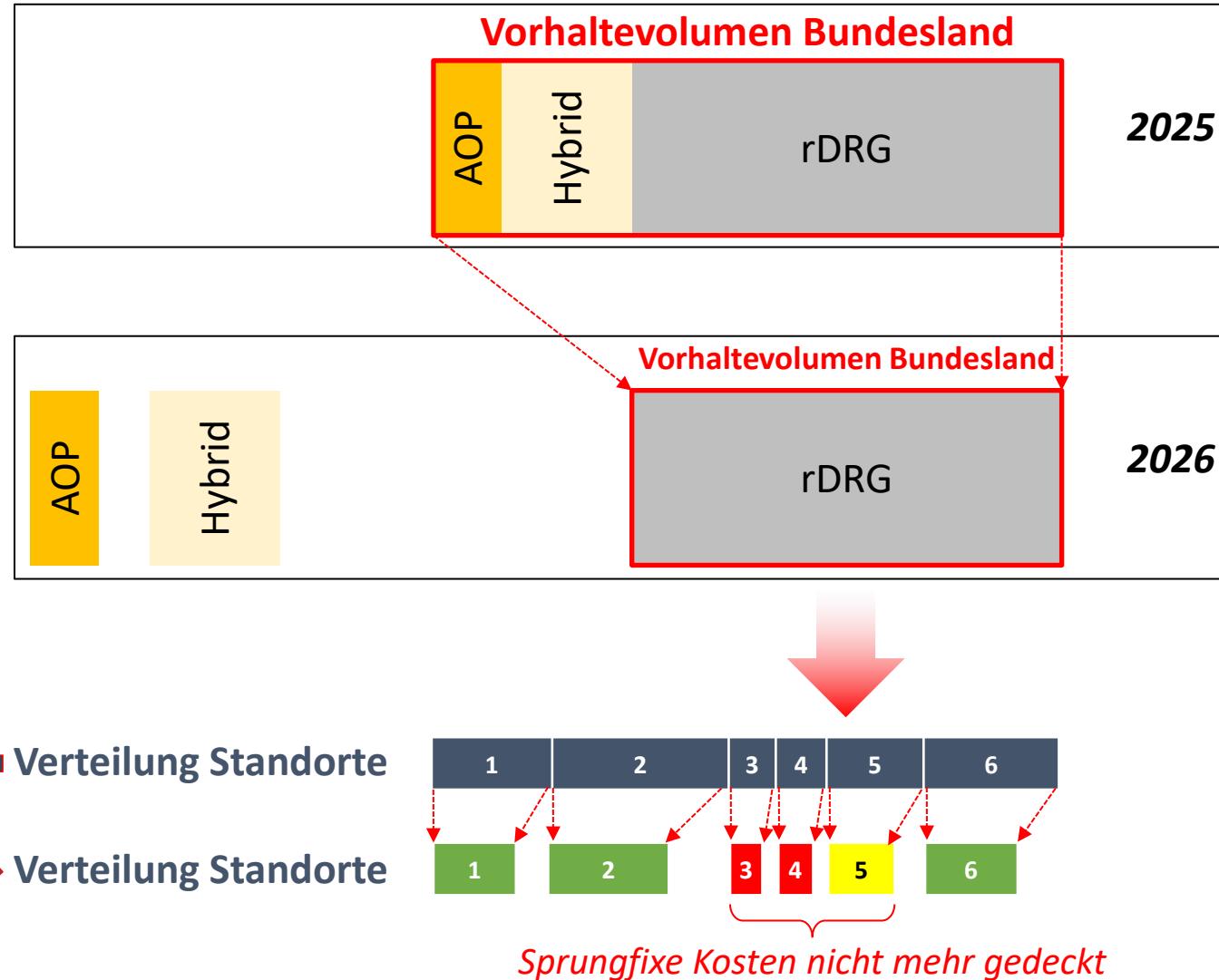
- Wenn eine Klinik bisher mit vier FachärztInnen aus gekommen ist, dann sind die Kosten für 5 FÄ nie beim InEK angekommen.
- Nunmehr werden fünf FÄ vorgehalten, welche auch die entsprechenden Kosten in der Klinik verursachen.
- Zumindest in den ersten Jahren werden diese Kosten nicht im System berücksichtigt werden können.
- Dadurch entsteht eine systematische Unterdeckung, die weder über die Vorhaltefinanzierung noch über die DRG-Vergütung ausgeglichen wird.
- Eine echte „Vorhaltefinanzierung“ müsste an realen Vorhaltekosten ausgerichtet sein – aktuell ist sie nur eine Umverteilungsrechnung, in der reale Kostensteigerungen nicht abgebildet werden.

Problem 4: Ambulantisierung und Hybrid-DRGs als Risiko



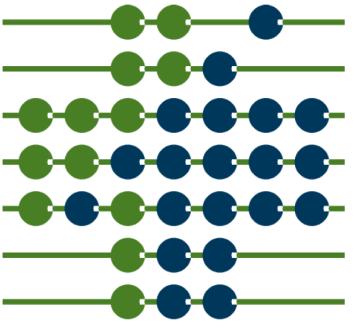
- Das Verlagern von Fällen in nicht stationäre Leistungsbereiche führt zur Reduktion der Vorhaltebewertungsrelationen in den Bundesländern und bundesweit.
- Das ist primär natürlich folgerichtig und auch ohne Vorhaltevergütung würden die Erlöse in den Kliniken für stationäre Leistungen absinken.
- Unter den neuen Gegebenheiten wird es aber unausweichlich, dass Anpassungen des Leistungsgefüges kaum noch möglich sein werden, da die Vorhaltung nicht mehr gewährleistet ist.

Vorhaltefinanzierung dynamisch



- Die Vorhaltefinanzierung ist technisch nicht dazu geeignet, die tatsächlichen Vorhaltekosten abzudecken.
- Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage der historischen DRG-Logik und nicht als wirkliche Kalkulation von Vorhaltekosten.
- Die Ambulantisierung und Verlagerung von Fällen in die Hybrid-DRGs reduziert konsekutiv auch die in einem Bundesland auf die Standorte verfügbaren Vorhaltevolumina.
- Damit sinkt auch die Vorhaltevergütung je Standort.
- Wenn dabei ein kritischer Wert unterschritten wird, ist die Leistungserbringung nicht mehr möglich.

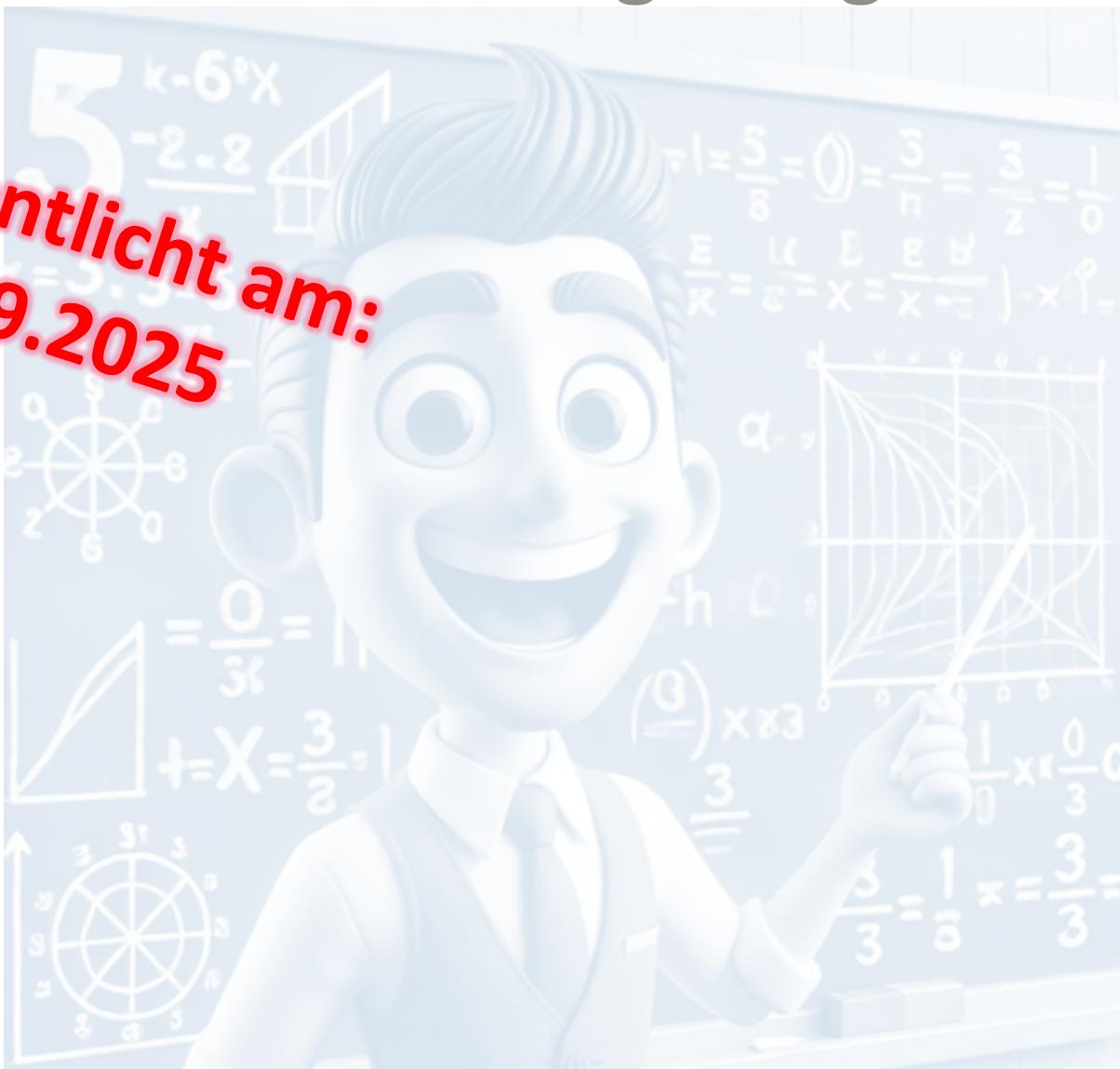
Das InEK war fleißig – Konzept für Vorhaltevergütung



InEK

Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung
des Vorhaltevolumens für ein Land, eine
Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort
gemäß § 37 Absatz 1 Satz 5
Krankenhausfinanzierungsgesetz

Veröffentlicht am:
30.09.2025



Der neue Fallpauschalenkatalog wird komplexer

Fallpauschalen-Katalog der Vorhalte- und rDRG-Bewertungsrelationen

Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

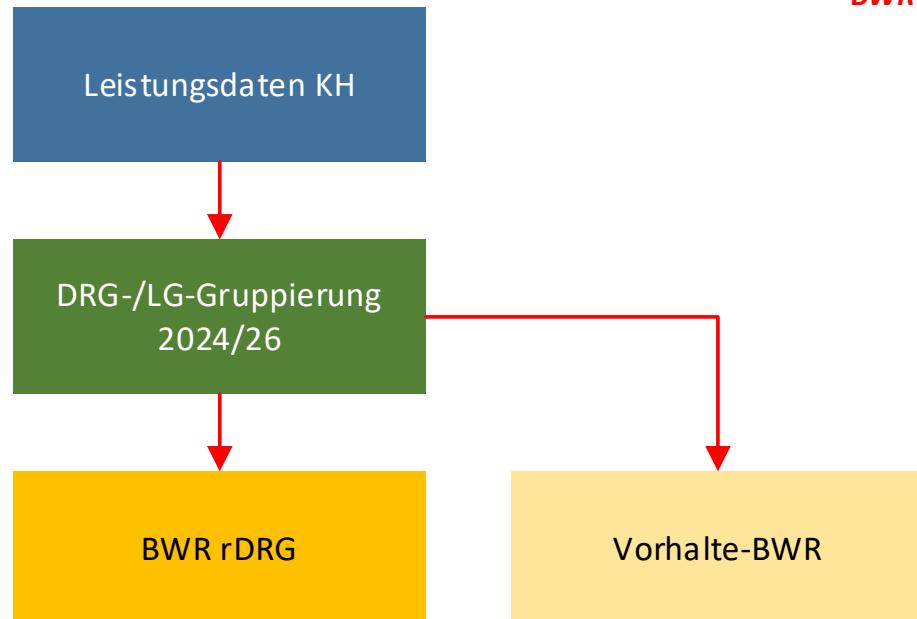
DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Vorhaltebewer- tungsrelation bei Hauptabtei- lung	rDRG-Bewer- tungsrelation bei Hauptabteilung	Vorhaltebewer- tungsrelation bei Hauptabteilung und Belegheb- amme	rDRG-Bewer- tungsrelation bei Hauptabteilung und Belegheb- amme	Untere Grenz- verweildauer: Vorhaltebewer- tungsrelation pro Tag	Untere Grenz- verweildauer: rDRG-Bewer- tungsrelation pro Tag	Obere Grenz- verweildauer: Vorhaltebewer- tungsrelation pro Tag	Obere Grenz- verweildauer: rDRG-Bewer- tungsrelation pro Tag	Externe Verle- gung: Abschlag pro Tag (Vorhal- tebewertungsrela- tion)	Externe Verle- gung: Abschlag pro Tag (rDRG- Bewertungsrela- tion)
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
F51A	O	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination	0,9284	3,5136			0,0743	0,2837	0,0288	0,1102	0,0255	0,0975
F51B	O	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	0,6763	2,5267			0,0746	0,2814	0,0178	0,0672	0,0218	0,0822

BWR

Kurzliegerabschläge

Langliegerzuschlag

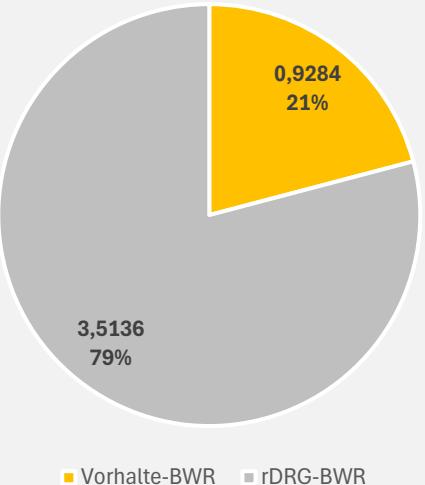
Verlegungsabschlag



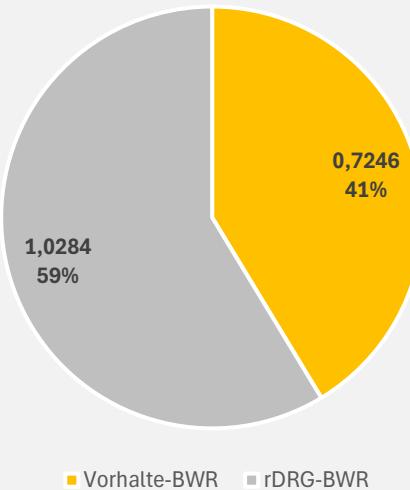
- Grundlage für die Verteilung der Vorhalte-BWR auf die Bundesländer und auch auf die Klinik-Standorte ist die Kalkulation der zerlegten Bewertungsrelationen je DRG durch das InEK.
- Konsequent werden nicht nur die Bewertungsrelationen aufgeteilt, sondern auch entsprechende Werte für Zu- und Abschläge berechnet.
- Damit steigt die Komplexität der DRG-Gruppierung erheblich an.

Sachkosten für die Verteilung der BWR entscheidend

Vorhalte- und rDRG-BWR (Beispiel F51A)



Vorhalte- und rDRG-BWR (Beispiel F08G)



F51A mit sehr hohem Sachkostenanteil, trotz
regelhaft zusätzlich anfallendem ZE2025-189

F08G mit deutlich geringerem Sachkostenanteil
und folgerichtig höherer Vorhalte-BWR



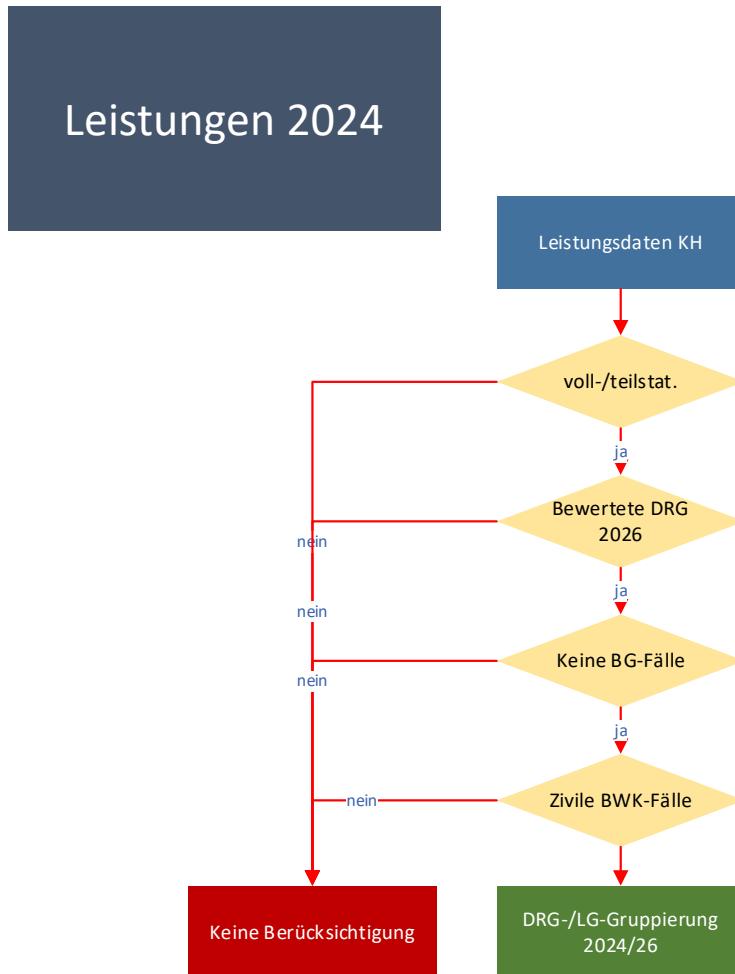
Verteilung der Vorhaltevergütung

Vereinfachte Methodik des InEK

Die drei Rechenschritte des InEK



Leistungen werden selektiert



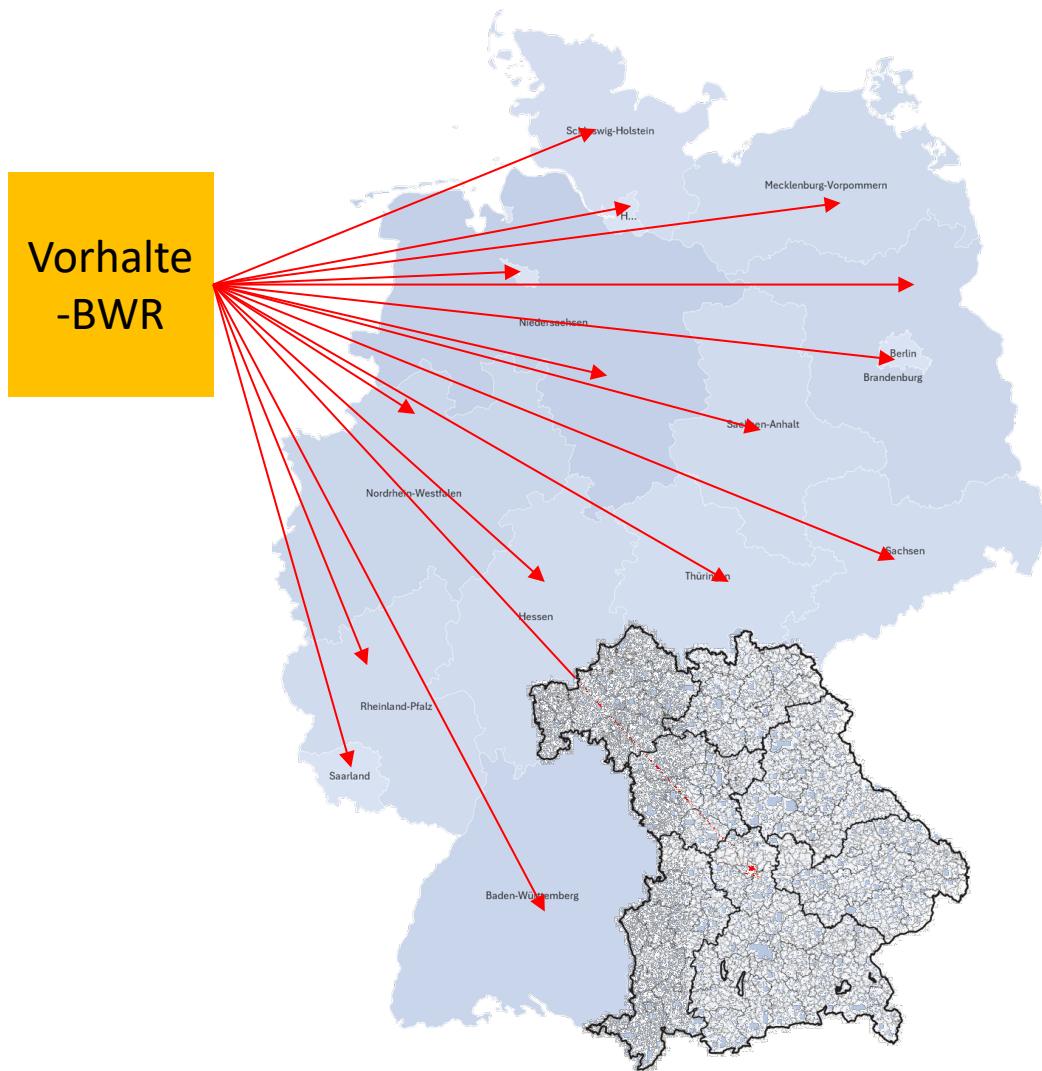
- Alle relevanten Fälle des Jahres 2024 werden beim InEK berücksichtigt.
- Es werden nur voll- und teilstationäre Fälle berücksichtigt, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet wurden und im aG-DRG-System erfasst sind.
- Fälle in unbewerteten DRGs oder in Hybrid-DRGs werden ausgeschlossen.
- BG-Fälle und Soldaten in Bundeswehrkrankenhäusern werden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Vorhaltevolumen der Bundesrepublik Deutschland



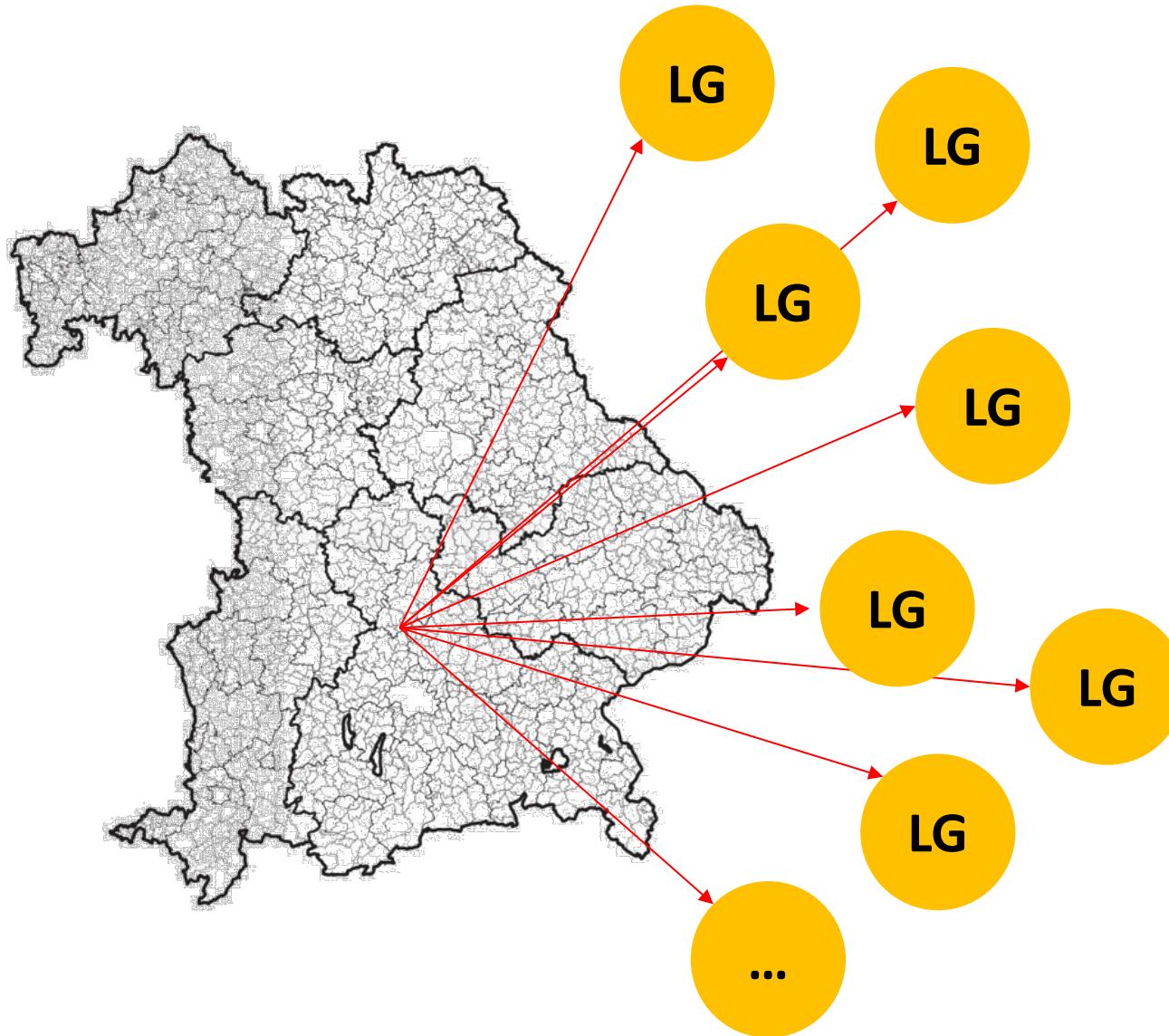
- Jeder Fall wird im Folge-DRG-System (aktuell 2024/26) gruppiert.
- Nach Zerlegung des Fallpauschalenkataloges wird jedem Fall eine Vorhaltebewertungsrelation zugeordnet.
- Diese Vorhaltebewertungsrelationen werden bundesweit aufsummiert.

Vorhaltevolumen je Bundesland



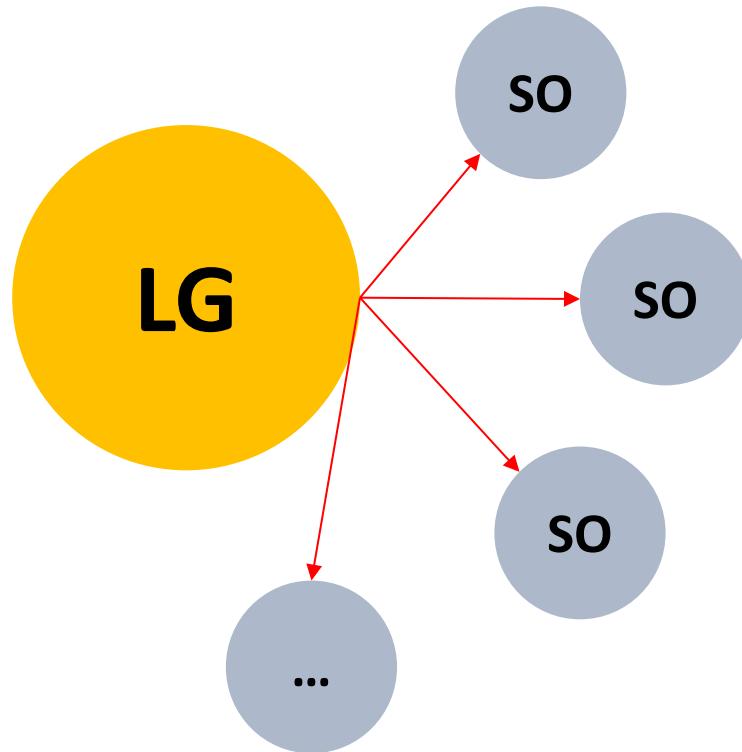
- Die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen wird nach dem Standort der Leistungserbringung auf die einzelnen Bundesländer aufgeteilt.

Aufteilung auf die Leistungsgruppen



- Für jede Leistungsgruppe werden die effektiven VHBWR aller berücksichtigten Fälle aller KH-Standorte des Landes addiert.
- Diese Summe wird durch das im ersten Schritt ermittelte Vorhaltevolumen des Landes geteilt, um den Anteil der Leistungsgruppe am Vorhaltevolumen des Landes zu ermitteln.

Aufteilung auf die Leistungsgruppen



- Es wird zunächst der Anteil jedes KH-Standortes am Vorhaltevolumen der LG eines Landes berechnet.
- Durch Anwendung des Anteils auf Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe wird dann das Vorhaltevolumen des Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe bestimmt.