

Reimbursement Institute

Gutachten zur Prüfung der Aussage: „Die Vorhaltevergütung beträgt 60%“

Nicole Eisenmenger

Veröffentlicht am:

16.11.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	2
2. Vorhaltevergütung vs. Vorhaltebudget.....	3
3. Mindestkriterien im Kontext der dualen Finanzierung	4
4. Berechnung des Vorhaltebudgets.....	8
5. Fördergelder zum Ausgleich	12
6. Gewinner und Verlierer nach Fachbereichen	13
7. Schussfolgerung	14
8. Kontakt.....	15

1. Vorwort

Die Gesundheitsausgaben des Jahres 2023 belaufen sich auf 498 Mrd., von denen 140,6 Mrd. auf den Bereich der Krankenhäuser entfallen¹. Ausgaben, die man sich nicht weiter leisten kann und weshalb sich alle Beteiligten eine Reform herbeisehnen. Diese ist zum Greifen nah und die definierten Ziele Entökonomisierung, Qualitätssicherung und Entbürokratisierung sind richtig und wichtig.

Diese Analyse beschränkt sich auf einen Teilbereich der Reformpläne. Explizit wird das Reformziel der **Entökonomisierung** betrachtet, die durch die Einführung einer Vorhaltevergütung realisiert werden soll.

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) werden “Fragen und Antworten zur Krankenhausreform“ gestellt und beantwortet. Zum Ziel der Entökonomisierung wird folgendes beschrieben:

*„Entökonomisierung: Die Finanzierung der Krankenhausleistungen soll zu einem relevanten Anteil weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert werden: Deshalb wird eine **Vorhaltevergütung** eingeführt. (s.a. Was bedeutet die neue Vorhaltevergütung?)*

➔ *Das Finanzierungssystem der Krankenhäuser wird verändert: Es wird eine weitgehend garantierte Vergütung – das sog. **Vorhaltebudget** – eingeführt. Demnach erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser Geld unabhängig davon, ob die Leistung erbracht wurde - also nur dafür, dass sie das Angebot und die dafür vorgesehenen Strukturen bereit halten: 60% der bisherigen Fallpauschalen werden künftig über den Vorhalteanteil gesichert, 40% müssen über Behandlungsfälle erwirtschaftet werden.“²*

Diese Formulierung ist irreführend und wird von der Bevölkerung sowie von nahezu allen Fachbereichen fehlinterpretiert.

Wie das Vorhaltebudget berechnet wird, was mit einer Vorhaltevergütung gemeint ist und welche Kosten das Vorhaltebudget decken soll, wird nachfolgend ausführlich erörtert.

¹ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/inhalt.html>

² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform>

2. Vorhaltevergütung vs. Vorhaltebudget

Gemäß der Aussage des BMG soll das Ziel der Entökonomisierung realisiert werden, indem Krankenhausleistungen „zu einem **relevanten Anteil weitgehend unabhängig** von der Leistungserbringung“ finanziert werden. Hierfür soll eine „**Vorhaltevergütung eingeführt**“ werden.

Zerlegt man die hier verwendeten Begriffe und betrachtet deren Bedeutung genauer, kann folgende Aussage abgeleitet werden:

relevanter Anteil = bedeutungsvoll, wesentlich, wichtig => 60 Prozent

weitgehend unabhängig = überwiegend, beträchtlich, fast vollständig => ohne Leistung

Erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser tatsächlich **60 Prozent Vorhaltevergütung**, auch wenn keine Leistung erbracht wird?

Um dieser Frage nachzugehen, bedarf es zunächst einer korrekten Interpretation der verwendeten Begriffe Vorhaltebudget und Vorhaltefinanzierung.

Wenn von einer **Vorhaltevergütung** gesprochen wird, ist damit die Summe aus Vorhaltebudget und Pflegebudget gemeint.

In Absatz 4b, der bei Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) den Paragraphen 17b des KHG ergänzen wird, steht klar beschrieben, dass die Vergütung der bereits unter Gesundheitsminister Spahn ausgegliederten Pflegepersonalkosten unberührt bleibt³. Die Vergütung dieser Kosten folgt also unverändert weiterhin der Leistung und ist daher nicht „**unabhängig** von der Leistungserbringung“. Der Ausgleich der tatsächlichen Pflegepersonalkosten **NACH** Jahresabschluss (Selbstkostendeckung) kann nicht als „**VORhalt**“ bezeichnet werden.

Das Pflegebudget kann demnach nicht der **Vorhaltevergütung** zugeteilt werden, denn es fließt nicht leistungsunabhängig und trägt somit nicht zur Entökonomisierung bei. Dieses Ziel soll jedoch, wie es das BMG beschreibt durch die Vorhaltevergütung realisiert werden.

In der weiteren Betrachtung dieses Gutachtens wird der Fokus daher auf das **Vorhaltebudget** gelegt, welches 60 Prozent der „*bisherigen Fallpauschale*“ darstellen soll.

³ [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf? blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?blob=publicationFile&v=1) – Seite 35

3. Mindestkriterien im Kontext der dualen Finanzierung

Die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser, sollen zukünftig deutlich erweiterte Strukturvorgaben erfüllen, um das zweite Ziel „Qualitätssicherung“ zu erfüllen. Die Vorhaltung dieser erweiterten Strukturen ist erforderlich, damit den Krankenhäusern von den Bundesländern die Leistungsgruppen und somit ein Fallvolumen zugeteilt werden kann. Das Vorhaltebudget wird ausschließlich an die Kliniken vergeben, die einen entsprechenden Versorgungsauftrag erhalten haben.

Die Vorhaltung der Strukturen ist mit erheblichen Kosten verbunden, die von vielen der wirtschaftlich angeschlagenen Krankenhäuser nicht vorfinanziert werden können. Hierfür ist das Vorhaltebudget vorgesehen, denn es heißt:

Die Krankenhäuser erhalten „eine weitgehend garantierte Vergütung – das sog. Vorhaltebudget“, also nur dafür, dass sie das Angebot und die dafür vorgesehenen Strukturen bereit halten“. Dieses Geld stammt aus „60% der **bisherigen Fallpauschalen**“.

Das Vorhaltebudget ist ein Teil der „bisherigen Fallpauschale“ (aG-DRG), **die der Deckung der Betriebskosten dient**⁴. Daher können die hieraus extrahierten „Restkosten“, die die (Rest)-Personalkosten (ohne Pflege) und die Infrastrukturkosten beschreiben, auch nur für die Finanzierung dieser Betriebskosten vorgesehen sein.

Das Vorhaltebudget beinhaltet **nicht** die Finanzierung der Investitionsgüter!

Was genau sind die Mindestkriterien?

Um die notwendigen Strukturvorgaben zu erfüllen, müssen die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser umfangreiche Mindestkriterien erfüllen, die sich in drei Cluster bündeln lassen:

- Sachliche Ausstattung
- Personelle Ausstattung
- Sonstige Struktur und Prozesskriterien

Zu der **sachlichen Ausstattung** zählen hauptsächlich medizinische Geräte wie CT, Röntgen, Herz-Lungen-Maschine oder Sonographie. Aber auch bauliche Vorgaben, wie das Vorhandensein eines

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c28132>

Schockraumes, Notfall-Labor oder ein Katheterlabor. Nicht alle geforderten Kriterien sind für alle Leistungsgruppen relevant und einige können auch in Kooperation erbracht werden.

Gemeinsamen haben alle geforderten Mindestkriterien dieses Bereiches, dass sie klar dem Bereich der **Investitionsfinanzierung**, und somit der Länderfinanzierung zugeschrieben werden müssen.













Herzchirurgischer OP # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 13	⊘	
Hubschrauberlandeplatz/PIS-Landestelle # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 27	⊘	
Hybrid-OP # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 13	⊘	
Intensivbetten # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 27	⊘	
Interventionelle Endoskopie # 24/7 verfügbar # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 32, 33	✓	
Intra- und extrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie # 24/7 verfügbar # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 54	⊘	
Isolationsbetten mit Schleusenfunktion # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 3	⊘	
Katheterlabor # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 11, 13, 21	✓	
Koloskopie # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 4	⊘	
Kontinuierliche Nierenersatzverfahren # 24/7 verfügbar # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 64-komplex, 64-hochkomplex	✓	
Laparoskop # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 38	✗	
Linksherzkatheterlabor # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 59	✓	

Abbildung 1: Auszug aus dem Leistungsgruppen Editor - geforderte Mindestkriterien des Bereiches "Sachliche Ausstattung"⁵

Zu der **personellen Ausstattung** zählen im Wesentlichen das Vorhandensein von Vollzeitkräften des ärztlichen Bereiches mit bestimmten, für die jeweilige Leistungsgruppe geforderten Qualifikationen.

Beispielsweise sind für die Leistungsgruppe 14 – Allgemeine Chirurgie, neben den verwandten Leistungsgruppen 64 und 1, deren Kriterien ebenfalls erfüllt sein müssen, mindestens drei Fachärzte des Bereiches Allgemein Chirurgie in Vollzeit gefordert. Alternativ zwei Fachärzte des Bereiches Allgemein Chirurgie plus einen Facharzt mit der Qualifikation Orthopädie und Unfallchirurgie. Oder auch diverse andere Konstellationen, die der Abb. 2 entnommen werden können.

Alle geforderten Mindestkriterien dieses Bereiches können der **Betriebsmittelfinanzierung** zugeschrieben werden.

⁵ <https://reimbursement.info/leistungsgruppen-editor/>

14 Allgemeine Chirurgie	
Erbringung verwandter Leistungsgruppen	
64	Intensivmedizin # am Standort
1	Allgemeine Innere Medizin # in Kooperation
Personelle Ausstattung	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 3
oder	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 2
und	
Ärztl. Qual. # Orthopädie und Unfallchirurgie # Facharzt # VK	>= 1
oder	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 2
und	
Ärztl. Qual. # Viszeralchirurgie # Facharzt # VK	>= 1
oder	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 1
und	
Ärztl. Qual. # Orthopädie und Unfallchirurgie # Facharzt # VK	>= 1
und	
Ärztl. Qual. # Viszeralchirurgie # Facharzt # VK	>= 1
oder	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 1
und	
Ärztl. Qual. # Orthopädie und Unfallchirurgie # Facharzt # VK	>= 2
oder	
Ärztl. Qual. # Allgemein Chirurgie # Facharzt # VK	>= 1
und	
Ärztl. Qual. # Viszeralchirurgie # Facharzt # VK	>= 2
mindestens eine Rufbereitschaft 24/7 durchgängig durch die geforderten FA-Disziplinen	

Abbildung 2: Auszug aus dem Leistungsgruppen Editor - Personelle Ausstattung der LG 14 - Allgemeine Chirurgie

Zum Bereich „**Sonstige Struktur- und Prozesskriterien**“ zählen Qualitätskriterien wie beispielsweise die Durchführung von Fachkonferenzen, die Erfüllung diverser Qualitätssicherungs-Richtlinien aber auch die Vorhaltung sachlicher Ausstattung wie eine HIV-Ambulanz oder einer Kinderradiologie. Beide letzteren mindestens in Kooperation. Die geforderten Mindestkriterien dieses Bereiches können hauptsächlich der **Betriebsmittelfinanzierung** zugeschrieben werden.

Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 3	⊘	
HIV-Ambulanz # mind. in Kooperation Verknüpfte Leistungsgruppen: 3	ⓘ	
Interdisziplinäre Transplantkonferenz # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 58, 60, 61, 62, 63	⊗	
Interdisziplinäre Transplantkonferenz # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 59	⊗	
Kinderanästhesiologische Kompetenz # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 16	⊘	
Kinderradiologie # in Kooperation Verknüpfte Leistungsgruppen: 16	ⓘ	
Kinderschutzstrukturen # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 16	⊗	
Kriterien zur Beteiligung am Schwereverletzungsartenverfahren (SAV) erfüllt # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 27	⊘	
Mind. Basisnotfallversorgung gemäß G-BA Notfallstufen # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 65	✔	
Mind. erweiterte Notfallstufe gemäß G-BA Notfallstufen # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 3, 27	⊗	
QBAA-RL - Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 18	⊗	
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, Versorgungsstufe I "Perinatalzentrum Level 1" # am Standort Verknüpfte Leistungsgruppen: 44	⊗	

Abbildung 3: Auszug aus dem Leistungsgruppen Editor- geforderte Mindestkriterien des Bereiches "Sonstige Struktur- und Prozesskriterien"

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein großer Teil der zur Vorhaltung der geforderten Strukturen nicht über die Vergütung aus dem Vorhaltebudget gedeckt werden, da sie aus dem grundsätzlichen Finanzierungsbereich der Betriebskosten herausfallen.

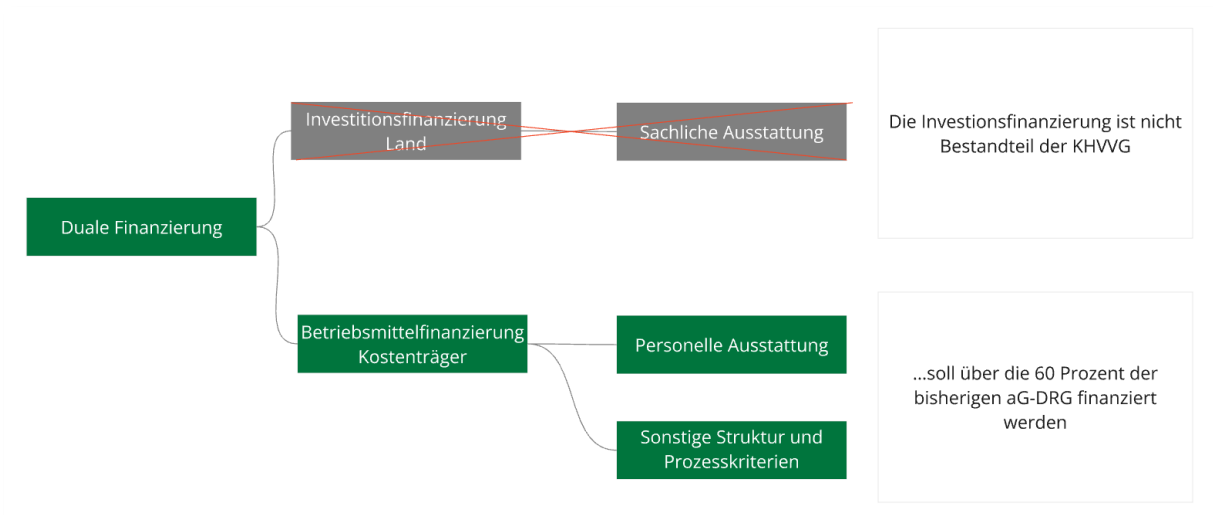


Abbildung 4: Einteilung der Mindestkriterien in die duale Finanzierung

Merke: Die vollumfängliche Erfüllung der Mindestkriterien ist nicht gleichzeitig auch mit der Zuteilung einer Leistungsgruppe und demnach mit einem Fallvolumen gekoppelt. Auch Krankenhäuser, die alle

geforderten Kriterien erfüllen, können keine Leistungszuteilung erhalten. Insofern ein Krankenhaus keine Leistungszuteilung erhält, ist es zumindest in dem betroffenen Fachbereich nicht bedarfsnotwendig und erhält dementsprechend keine Finanzierung aus dem Vorhaltebudget.

4. Berechnung des Vorhaltebudgets

Das Vorhaltebudget wird ein Teil der künftig dreigeteilten Betriebskostenvergütung sein. An der grundsätzlichen Höhe der Vergütung soll sich nichts ändern. Es findet lediglich eine Umverteilung statt. Wie hoch der jeweilige Anteil an Vorhalt, Pflege und rDRG sein wird, kann unter Verwendung der Berechnungsformeln, wie sie im KHVVG nachgeschlagen werden können, exakt dargestellt werden.

Diese Berechnung erfolgt für jede Einzelne der 1.235 bewerteten aG-DRGs, da die jeweiligen Anteile an Pflege und Sachkosten eine signifikante Auswirkung auf die Höhe der Vorhalte-Bewertungsrelation haben.

Die 60 / 40 Verteilung ist **lediglich ein Teil bei der Berechnung** des Vorhaltebudgets.

Um das Vorhaltebudget zu berechnen, müssen zunächst die Anteile der Kosten für die Pflege, Sachmittel und Restkosten je aG-DRG ermittelt werden.

- **Pflege** = Ausgliederte Pflegekosten pro Tag x mittlere Verweildauer
- **Sachmittel** = Summe aus den Kostenartengruppe 4a – 6c
- **Rest** = Summe aus den Kostenartengruppe 1 – 3 und 7 – 8 der aG-DRG

Eine Hochrechnung von der einzelnen aG-DRG auf die zugehörigen MDC-Bereiche (Tabelle 2 - Seite 13) bis hin zur systemweiten Betrachtung ist problemlos möglich und bietet äußerst aufschlussreich Einblicke in die einzelnen Fachdisziplinen.

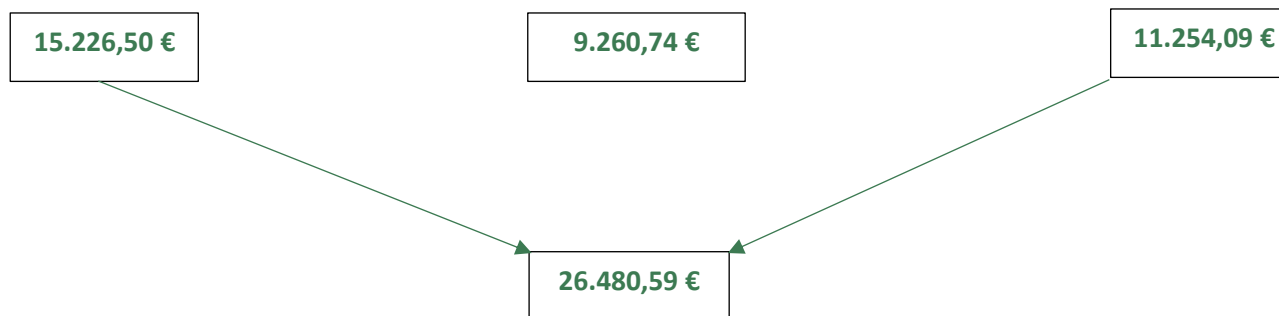
Die zur Berechnung verwendeten Kostenanteile wurden dem aG-DRG Report-Browser 2024 entnommen⁶.

⁶ <https://www.g-drg.de/datenbrowser-und-begleitforschung/g-drg-report-browser/ag-drg-report-browser-2024>

Abteilungsart Erhebungsjahr Vergleiche mit Jahr ausgegliederte Pflegepersonalkosten/Tag in 2022
 Hauptabteilung ▼ 2022 ▼ 1.379,98 € X 25 Tage (mVWD) = **34.499,50 €**

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastrukturkosten		Summe
	Ärztlicher Dienst 1.	Pflegedienst 2.	Med.-techn. Dienst / Funktionsd. 3.	Arzneimittel		Implantate 5.	übr. mediz. Bedarf			med. Infrastruktur 7.	nicht med. Infrastruktur 8.	
				Gemeinkst. 4a.	Einzelkst. 4b.		Gemeinkst. 6a.	Einzelkst. 6b.	Bezugskst. 6c.			
01. Normalstation	0,38						0,07			0,13	0,52	1,10
02. Intensivstation	12.122,84		677,49	1.837,44	1.260,22		4.920,16		21,94	3.355,89	6.777,88	30.973,86
04. OP-Bereich	443,41		325,48	19,83	0,57		85,54	58,93		166,20	268,00	1.367,96
05. Anästhesie	366,40		265,06	20,20			60,87			60,76	87,93	861,22
07. Kardiologische Diag/Ther												
08. Endoskopische Diag/Ther												
09. Radiologie	165,04		143,14	1,27			24,12			67,70	80,16	481,43
10. Laboratorien	100,92		513,08	0,87	519,04		332,34		95,62	133,35	225,55	1.920,77
11. Übrige diag/ther Bereiche	38,40		7,95				0,75			2,49	9,44	59,03
12. Ther. Verfahren												
13. Patientenaufnahme	38,29		18,62	0,10			0,86			3,58	14,51	75,96
Summe	13.275,68	0,00	1.950,82	1.879,71	1.779,83	0,00	5.424,71	58,93	117,56	3.790,10	7.463,99	35.741,33

Abbildung 5: Kostenmatrix der aG-DRG P62D - Online Plattform reimbursement.INFO



Nachfolgend werden die in der aktuellsten Version des KHVVG vom 01.11.2024 (Drucksache 532/24 – Seite 35) beschriebenen Berechnungsschritte exemplarisch am Beispiel der aG-DRG P62D, und damit anhand einer aG-DRG mit einem hohem Pflegeanteil, dargestellt.

- Pflegekosten = 34.499,50 €
- Sachmittelkosten = 9.260,74 €
- Restkosten = 26.480,59 €

Berechnungsschritt 1: Ermittlung der verminderten Kosten (Ausgliederungswert)

Ausgliederungswert = Pflegekosten PLUS Restkosten	60.980,09 €
--	-------------

Berechnungsschritt 2: Ermittlung der Vorhaltekosten für Vorhaltebudget

Vorhaltekosten = 60 Prozent vom Ausgliederungswert MINUS Pflegekosten	2.088,55 €
---	------------

Berechnungsschritt 3: Ermittlung der Restkosten für residual DRG

Residual DRG = 40 Prozent vom Ausgliederungswert PLUS Sachmittelkosten	33.652,78 €
--	-------------

Die anteiligen Kosten für die Berechnung der Vorhalte-BWR betragen in der DRG P62D lediglich 2.088,55 €, was gemessen an den Gesamtkosten aus Pflege, Sachmittel und Vorhalt gerade einmal 2,97 Prozent beträgt.

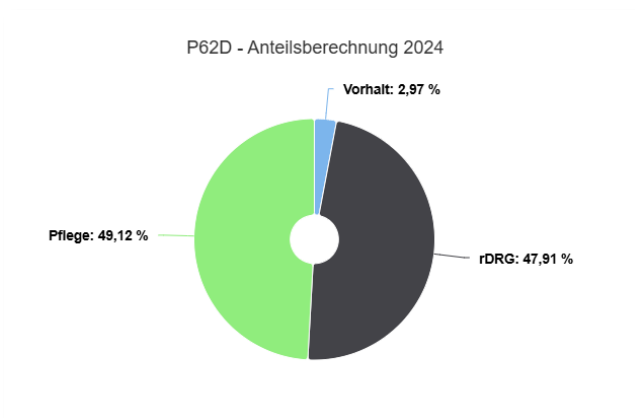


Abbildung 6: Anteilsberechnung der aG-DRG P62D auf Vorhalt, Pflege und rDRG⁷

⁷ <https://app.reimbursement.info/drgs/P62D#drg-box-finance>

Grundsätzlich gelten folgende Regeln:

- Je höher die Pflegekosten, desto geringer das Vorhaltebudget
- Je höher die Sachmittel, desto höher die Pauschalvergütung
- Die Höhe des Pflegebudgets bleibt unberührt

Anteil Vorhalt in Prozent	Anzahl aG-DRGs
< 10	21
< 20 - 10	250
< 30 - 20	583
< 40 - 30	363
< 43,85 - 40	18

Tabelle 1: Einteilung der aG-DRGs 2022 nach prozentualem Anteil „Vorhalt“

Tabelle 1 zeigt, dass lediglich 18 aller in 2022 verfügbaren aG-DRGs einen Vorhalteanteil > 40 Prozent tragen. Den höchsten Wert trägt mit 43,85 Prozent die aG-DRG X07A „Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers“, bei einem Pflegeanteil von 9,71 Prozent. Von den 21 aG-DRGs, die einen Anteil < 10 Prozent aufweisen, entstammen 18 der MDC-Gruppe 15 = Neugeborene.

Über alle 1.235 betrachteten und bewerteten aG-DRGs, trägt keine einen Wert von 60 Prozent. Systemweit betrachtet beträgt der Anteil für den „reinen“ Vorhalt ~ 21%.

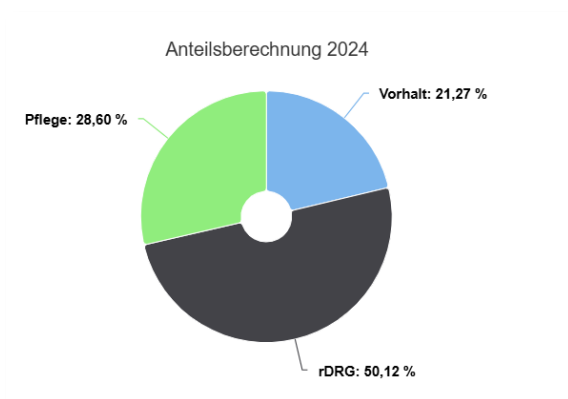


Abbildung 7: Systemweite Anteilsberechnung auf Vorhalt, Pflege und rDRG⁸

⁸ <https://app.reimbursement.info/drgs#default-box-finance>

5. Fördergelder zum Ausgleich

Dass es unter strikter Umsetzung der vorgesehenen Berechnungsmethodik zu einem starken Ungleichgewicht in den Vorhaltebudgets der einzelnen Leistungsgruppen kommt, ist ein bekanntes Phänomen. Aus diesem Grund wurde bereits in der sechsten Stellungnahme „Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin“⁹ ein Aufschlag auf die Finanzierung des Vorhaltes gefordert.

Im KHVVG wurde daraufhin diese Gesetzestextausweitung unter § 17b Abs. 4b KHG aufgenommen:

*„Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung **um den** nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr **berechneten Prozentsatz zu erhöhen** und gesondert in dem Entgeltkatalog auszuweisen.“¹⁰*

Im Einzelnen ist damit eine prozentuale Verteilung der Fördergelder auf die betroffenen Bereiche gemeint, wie die Einzelbeträge im neu angefügten § 39 KHG (bei Umsetzung des KHVVG) zeigen:

1. Pädiatrie: 288 Mio. €
2. Geburtshilfe: 120 Mio. €
3. Stroke Unit: 35 Mio. €
4. Spezielle Traumatologie: 65 Mio. €
5. Intensivmedizin: 30 Mio. €

Zusammengezählt werden zusätzliche Mittel in Höhe von 538 Mio. € bereitgestellt, von denen > 53 Prozent auf die Pädiatrie entfallen. In Bezug zu dem in 2023 auf den Krankenhaussektor entfallenden Gesundheitsausgaben in Höhe von 140,6 Mrd. € beträgt diese Zusatzvergütung 0,38 Prozent.

⁹https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_6_Paediatrie.pdf

¹⁰https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?__blob=publicationFile&v=1 – Seite 36

6. Gewinner und Verlierer nach Fachbereichen

Da der Leistungsgruppen Grouper noch nicht öffentlich zugänglich ist, wird die Bewertung einzelner Fachbereiche behelfsweise auf Ebene der MDCs vorgenommen. Als Gewinner des Vorhaltebudgets gilt die Gynäkologie (MDC Gruppe 13) mit einer durchschnittlichen Höhe von 31,37 Prozent. Als die Gruppe mit der weiterhin größten Pauschalvergütung, zukünftig über rDRGs, gilt die Kardiologie (MDC Gruppe 05). Dies ist dem Fakt geschuldet, dass diese Fälle häufig sehr sachkostenintensiv sind.

MDC	Fachbereich	Vorhalt	Pflege	rDRG
00	Prä-MDC (A01A-B61B)	15,81%	33,07%	51,12%
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems (B01A-B86Z)	22,92%	27,81%	49,27%
02	Krankheiten und Störungen des Auges (C01A-C65Z)	30,52%	18,78%	50,70%
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses (D01A-D67Z)	31,34%	19,72%	48,93%
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (E01A-E79C)	21,95%	29,94%	48,11%
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F01A-F98C)	22,50%	22,37%	55,13%
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (G01Z-G77B)	25,98%	24,54%	49,48%
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas (H01A-H78Z)	25,50%	24,74%	49,76%
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (I01Z-I98Z)	27,61%	21,59%	50,80%
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma (J01Z-J77Z)	29,54%	23,21%	47,25%
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (K01Z-K77Z)	25,17%	26,77%	48,06%
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane (L02A-L90C)	25,00%	26,16%	48,84%
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane (M01A-M64Z)	29,29%	20,65%	50,06%
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane (N01A-N62B)	31,37%	20,07%	48,56%
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O01A-O65C)	31,80%	21,25%	46,95%
15	Neugeborene (P01Z-P67E)	9,45%	43,95%	46,60%
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems (Q01Z-Q63B)	23,56%	27,06%	49,38%
17	Hämatologische und solide Neubildungen (R01A-R77Z)	23,04%	26,03%	50,93%
18A	HIV (S01Z-S65B)	21,58%	28,84%	49,58%
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (T01A-T77Z)	19,72%	32,25%	48,03%
19	Psychische Krankheiten und Störungen (U01Z-U66Z)	28,85%	27,23%	43,92%
20	Alkohol- und Drogengebrauch & drogeninduzierte psychische Störungen (V40Z-V64Z)	22,89%	32,16%	44,95%
21A	Polytrauma (W01A-W61B)	23,86%	25,79%	50,34%
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten (X01A-X64Z)	31,23%	21,31%	47,47%
22	Verbrennungen (Y01Z-Y63Z)	23,66%	27,56%	48,78%
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinfl. & andere Inanspruchnahme (Z01A-Z66Z)	28,89%	19,22%	51,89%
24	Sonstige DRGs (801A-863Z)	23,25%	27,98%	48,77%
*MDC 19 und 20 ausgenommen (PSYCH); MDC -1 und 25 nicht berechenbar				

Tabelle 2: Anteile von Vorhalt, Pflege und rDRG auf MDC-Ebene

Aus der Tabelle 2 lässt sich weiterhin entnehmen, dass die neonatologischen Fälle (MDC 15) im Durchschnitt über alle 41 DRGs einen Vorhalte-Anteil von lediglich 9,45 Prozent verzeichnen. Dies ist dem Fakt geschuldet, dass diese Fälle regelhaft sehr pflegeintensiv sind. Ein Teil der geplanten 288 Mio. € für die Pädiatrie wird sicherlich in die Fälle der Neonatologie münden. Die postulierten 60 Prozent werden hier, auch mit der Sonderförderung, bei weitem nicht erreicht werden können!

7. Schussfolgerung

Die geplante Finanzierung der Vorhaltekosten über das Vorhaltebudget beträgt **9,45 - 31,37 Prozent** (Tabelle 2 - Seite 13), je nach Fachbereich (behelfsweise über MDC).

Auch bei einer Hinzunahme des Pflegebudget, welches aufgrund der leistungsbezogenen Vergütung sowie dem **NACH**träglichen Kostenausgleich faktisch nicht dem **VOR**halt zugeschrieben werden kann, liegt die Höhe der sogenannten Vorhaltevergütung maximal bei 56,08 Prozent. Die Kardiologie (MDC 05) zählt zusammen 44,87 Prozent.

MDC	Fachbereich	Σ aus Vorhalt & Pflege
00	Prä-MDC (A01A-B61B)	48,88%
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems (B01A-B86Z)	50,73%
02	Krankheiten und Störungen des Auges (C01A-C65Z)	49,30%
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses (D01A-D67Z)	51,06%
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (E01A-E79C)	51,89%
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F01A-F98C)	44,87%
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (G01Z-G77B)	50,52%
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas (H01A-H78Z)	50,24%
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (I01Z-I98Z)	49,20%
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma (J01Z-J77Z)	52,75%
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (K01Z-K77Z)	51,94%
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane (L02A-L90C)	51,16%
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane (M01A-M64Z)	49,94%
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane (N01A-N62B)	51,44%
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O01A-O65C)	53,05%
15	Neugeborene (P01Z-P67E)	53,40%
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems (Q01Z-Q63B)	50,62%
17	Hämatologische und solide Neubildungen (R01A-R77Z)	49,07%
18A	HIV (S01Z-S65B)	50,42%
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten (T01A-T77Z)	51,97%
19	Psychische Krankheiten und Störungen (U01Z-U66Z)	56,08%
20	Alkohol- und Drogengebrauch & drogeninduzierte psychische Störungen (V40Z-V64Z)	55,05%
21A	Polytrauma (W01A-W61B)	49,65%
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten (X01A-X64Z)	52,54%
22	Verbrennungen (Y01Z-Y63Z)	51,22%
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinfl. & andere Inanspruchnahme (Z01A-Z66Z)	48,11%
24	Sonstige DRGs (801A-863Z)	51,23%
*MDC 19 und 20 ausgenommen (PSYCH); MDC -1 und 25 nicht berechenbar		

Tabelle 3: Summe aus Vorhalt & Pflege auf MDC-Ebene

8. Kontakt

Nicole Eisenmenger - Geschäftsführung

Reimbursement Institute

Eine Einrichtung der: **RI Innovation GmbH**

Lehnengasse 20a

50354 Hürth

Telefon: 02233 805 77 97

Web: <https://reimbursement.institute>