



Oliver Heide und Johannes Baumbach

Vorhaltefinanzierung: Der Countdown läuft

Was Krankenhäuser über Systemlogik, Budgetwirkungen und Umsetzungsrisiken wissen müssen

Die Krankenhausreform kommt in die Umsetzung: Die Länder weisen in Kürze Leistungsgruppen zu, der Medizinische Dienst prüft die Qualitätskriterien und das InEK hat den Fallpauschalen-Katalog erstmals in Vorhalte- und residuale Bewertungsrelationen zerlegt. Zum 1. Januar 2028 wird die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführte Vorhaltefinanzierung finanzwirksam. Der Beitrag zeichnet Systemarchitektur und Umsetzungsfahrplan nach und analysiert die zentralen Wirkmechanismen auch anhand von ersten Modellrechnungen. Gemessen an den Zielsetzungen des Gesetzgebers ist der Befund ernüchternd: Die „Vorhaltevergütung“ stellt kein Geld für Vorhaltung bereit, bleibt fallzahlabhängig, erzeugt gegenläufige Anreize und verlagert Mengen-, Demografie- und Rechtsrisiken einseitig auf die Krankenhäuser. Eine konzeptionelle Neuausrichtung der Vorhaltefinanzierung wäre geboten. Da derzeit allerdings davon ausgegangen werden muss, dass dies nicht Bestandteil der aktuellen Reformagenda sein wird, ist eine Vorbereitung und Auseinandersetzung mit der Thematik wichtig, um sich den damit verbundenen Herausforderungen zu stellen und auch notwendige Nachjustierungen zu identifizieren.

1. Einleitung: Anspruch und Ausgangslage

Mit dem KHVVG¹⁾ hat der Gesetzgeber Ende 2024 die umfassendste Strukturreform des stationären Sektors seit Einführung des DRG-Systems auf den Weg gebracht. Der Reform liegen zwei wesentliche Änderungen zugrunde: Zum einen soll die Einführung von Leistungsgruppen (LG) mit bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben zu Strukturanpassungen in den Ländern über die Krankenhausplanung, flankiert durch einen Transformationsfonds, führen. Zum anderen soll über die Einführung einer Vorhaltefinanzierung die Leistungsmenge stärker vom Erlös entkoppelt werden, um angeblich ökonomisch induzierte Behandlungen zurückzudrängen. Zudem sollen bedarfsnotwendige Kapazitäten insbesondere in ländlichen Regionen stärker abgesichert werden und der wirtschaftliche Druck sinken.²⁾ Vergütungsseitiges Kernstück ist damit die Vorhaltefinanzierung: 60 % der um variable Sachkosten verminderten Fallpauschalenerlöse (inkl. Pflegepersonalkosten) werden aus der fallzahlabhängigen Vergütung ausgegliedert und den Krankenhäusern künftig als – dem Anspruch nach – fallzahlunabhängiges Vorhaltebudget je Leistungsgruppe zugewiesen.

Das im Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode angekündigte KHAG hat die Reform 2026 in wesentlichen Punkten nachjustiert.³⁾ Nach kontroverser parlamentarischer Verfahren – der Gesundheitsausschuss beschloss allein 46 Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen – verabschiedete der Bundestag das Gesetz am 6. März 2026; der Bundesrat stimmte am 27. März 2026 zu, das Gesetz trat am 15. April 2026 in Kraft. Für die Vorhaltefinanzierung zentral sind die Verschiebung der Finanzwirksamkeit auf den 1. Januar 2028 (mit Konvergenzphase 2028/2029 und Regelbetrieb ab 2030), die Reduzierung der Leistungsgruppen um vier auf 61, erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten der Länder, die sogenannte

Sprinterregelung für frühzeitige LG-Zuweisungen sowie Modifikationen bei Mindestvorhaltezahlen und onkologischer Konzentration.

Krankenhäuser und fast die gesamte Fachwelt haben erhebliche Kritik an der KHVVG-Vorhaltefinanzierung geübt. Das Vergütungssystem wird für alle Beteiligten noch komplexer, aufwendiger und nicht zuletzt strategiefähiger. Es ist absehbar, dass die wesentlichen Zielsetzungen, wie die Entkopplung von Menge und Erlösen, Sicherung insbesondere ländlicher Krankenhäuser usw., im Wesentlichen nicht erreicht werden. Trotz der berechtigten Kritik ist derzeit nicht erkennbar, dass seitens der Politik auf Bundes- oder Landesebene dieses Finanzierungsinstrument grundsätzlich noch einmal auf den Prüfstand gestellt wird. Insoweit muss wohl davon ausgegangen werden, dass die KHVVG-Vorhaltefinanzierung ab 2028 Realität wird.

Damit verlagert sich der Schwerpunkt endgültig von der Rechtssetzung in die Umsetzung: In den Bundesländern liefen die Prüfungen der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst bis zum 31. Juli 2026. Der neue Krankenhausplan mit standortbezogenen LG-Zuweisungen wird in einigen Ländern bis Ende 2026, in anderen spätestens zum 30. September 2027 aufgestellt werden. In den Budgetverhandlungen für 2027 werden erstmals Vorhaltebewertungsrelationen – noch budgetneutral – vereinbart. Parallel hat der Bundestag am 10. Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) beschlossen, das die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser im Umstellungszeitraum weiter verschlechtert.

2. Systemarchitektur und Umsetzungsfahrplan

2.1 Grundsätzliche Einordnung

Die gesetzliche Mechanik der Vorhaltefinanzierung nach KHVVG ist keine klassische Finanzierung von Bereitschaft, Per-

sonalbesetzung, Betten, Geräten oder infrastrukturellen Mindeststandards. Sie zerlegt vielmehr pauschal die bestehende DRG-Vergütung in einen residualen fallbezogenen Anteil und Vorhaltebewertungsrelationen. Letztere werden über historische Falldaten zu einem Landesvolumen zusammengeführt und in einem zweiten Schritt auf Leistungsgruppen und Standorte verteilt. Der Begriff Vorhaltung bezeichnet damit primär einen neu organisierten Verteilungsanteil, nicht die kalkulatorische Erstattung einer definierten Kapazität.

Dieser Unterschied ist für die gesundheitsökonomische Bewertung zentral. Ein Krankenhaus erhält nicht deshalb mehr Vorhaltebudget, weil es eine rund um die Uhr besetzte Struktur mit hohen Fixkosten betreibt. Es erhält ein Vorhaltebudget, wenn ihm die Leistungsgruppe zugewiesen ist, die Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind und sein aus Fallzahl und Vorhalte-Case Mix gebildetes Standortprodukt einen entsprechenden Anteil am landesweiten Topf begründet. Das System bleibt damit mittelbar fallzahlabhängig. Es verschiebt Mengenbezug und Risiko auf andere Zeitpunkte und Ebenen, beseitigt sie aber nicht.

Auch der wirtschaftliche Druck wird nicht automatisch geringer. Preis-Kosten-Lücken, unzureichende Investitionsförderung, nicht refinanzierte Tarifsteigerungen und wachsende Sachkosten bleiben bestehen bzw. werden sogar zementiert. Da das Vorhaltebudget grundsätzlich kein zusätzliches Geld ist, kann es diese Defizite nicht ausgleichen.

2.2 Das Normgefüge in fünf Schritten

Die Vorhaltefinanzierung ist das Ergebnis einer mehrstufigen Verfahrenskette, an der Gesetzgeber, Medizinischer Dienst, Landesplanung, InEK sowie Krankenhäuser und Krankenkassen beteiligt sind. Den Rechtsrahmen bilden im Wesentlichen § 6a KHG (Zuweisung der Leistungsgruppen), § 17b Absatz 4b KHG (Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen), § 37 KHG (Ermittlung der Vorhaltevolumina) und § 6b KHEntgG (Vorhaltebudget), flankiert durch die §§ 135e und 135f SGB V (Qualitätskriterien, Mindestvorhaltezahlen) sowie die §§ 38

bis 40 KHG (Zuschläge, Förderbeträge, onkochirurgische Leistungen).

Der Ablauf lässt sich in folgenden Schritten zusammenfassen: Zunächst prüft der Medizinische Dienst auf Grundlage von § 275a SGB V und der LOPS-Richtlinie⁴⁾ die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V je Standort und Leistungsgruppe. Danach weist das Land die Leistungsgruppen den Krankenhausstandorten im Rahmen der Krankenhausplanung zu (§ 6a KHG). Dann ermittelt das InEK auf dieser Basis die Vorhaltevolumina auf drei Ebenen – Land, Leistungsgruppe und Standort (§ 37 KHG) –, sofern die Mindestvorhaltezahlen erfüllt sind. Es ergibt sich hieraus das Vorhaltebudget je Leistungsgruppe (§ 6b KHEntgG), das per InEK-Bescheid festgesetzt wird. Abschließend erfolgt die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern weiterhin fallbezogen – je Fall werden residuale DRG-Bewertungsrelation (rDRG-BWR) und Vorhaltebewertungsrelation (V-BWR) berechnet –, mit quartalsweisen und jährlichen Ausgleichen hin zu einem fixen Jahresvorhaltebudget.

Bereits an dieser Stelle ist eine für die Praxis zentrale Klarstellung geboten: **Die Höhe der Vorhaltevergütung orientiert sich an den DRGs der tatsächlich erbrachten Fälle, nicht an der Leistungsgruppe als solcher.** Die LG-Zuweisung sichert „lediglich“ den Zugang zur Vorhaltefinanzierung.

2.3 Zeitplan der Einführung

Der durch das KHAG gestreckte Umsetzungsfahrplan ist gleichwohl ambitioniert getaktet. Für die Länder bedeutet dies zunächst, dass sie die Aufstellung des Krankenhausplans mit Standorten und Leistungsgruppen bis Ende 2026 bzw. spätestens bis 30. September 2027 vorantreiben müssen. Von praktischer Bedeutung ist die „Sprinterregelung“: Weist ein Land die Leistungsgruppen bereits bis zum 31. Dezember 2026 nach Bundesrecht zu, genügt bei erforderlichen Ausnahmen das Benehmen mit den Krankenkassen anstelle des Einvernehmens. Die Übermittlung der LG-Zuweisungen an das InEK hat spätestens zum 30. Septem-

Abbildung 1: Zentrale Normen und Grundlogik des Systems ab 2028: Übersicht

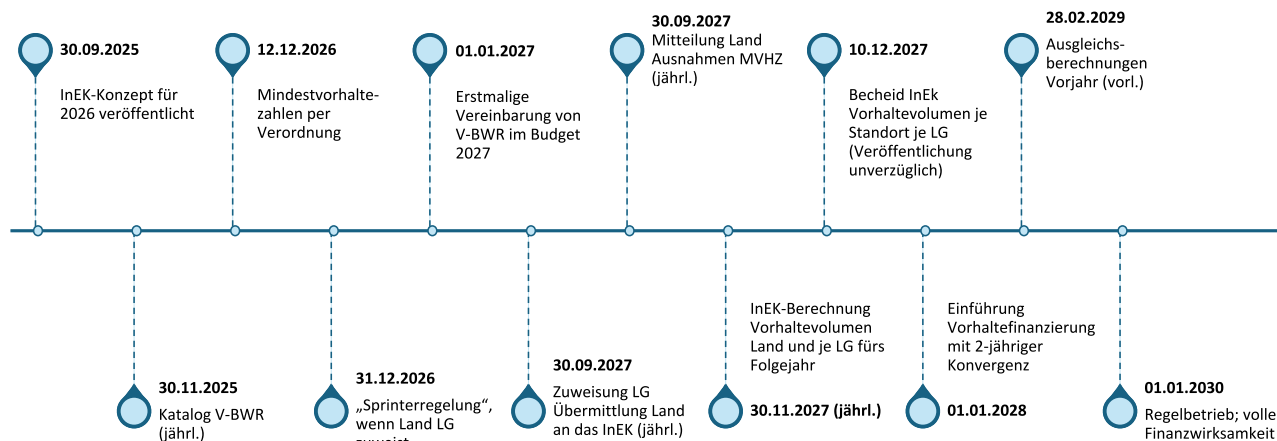
Zentrale Normen und Grundlogik des Systems ab 2028: Übersicht



Abbildung 2: Meilensteine der Einführung der Vorhaltefinanzierung (Auswahl)

Grober Überblick über die zeitliche Abfolge der Einführung der Vorhaltefinanzierung

Länder planen Leistungsgruppen/Standorte (§ 6a KHG); InEK ermittelt Vorhaltevolumina (§ 37 KHG); Krankenhäuser verhandeln und steuern ihr Vorhaltebudget (§ 6b KHEntgG)



ber 2027 zu erfolgen (§ 6a Absatz 6 Satz 1 KHG). Im Budgetjahr 2027 müssen erstmals Vorhaltebewertungsrelationen vereinbart werden, sie dienen der Berechnung der Konvergenzphase 2028 und 2029, bevor das System 2030 voll finanzwirksam wird.

2.4 Zugangsvoraussetzungen und Abrechnungsverbote

Qualitätskriterien und MD-Prüfung. Erste Voraussetzung für die Zuweisung eines Vorhaltebudgets durch das InEK ist die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V bzw. einer Rechtsverordnung des BMG, die der Medizinische Dienst je Standort und Leistungsgruppe prüft. Das Verfahren folgt § 275a SGB V in Verbindung mit der LOPS-Richtlinie: Beauftragung durch die Landesbehörde (im Kontext der LG-Zuweisung) oder die Krankenkassen (im Kontext von Versorgungsverträgen), Vorlage von Strukturdaten und Nachweisen, schriftliche und/oder – grundsätzlich angemeldete – Prüfung vor Ort, Feststellung je Standort und Leistungsgruppe. Verfahrensrechtlich bemerkenswert ist, dass das Gutachten zunächst allein der beauftragenden Stelle zugeleitet wird, die den MD binnen eines Monats auf Unstimmigkeiten hinweisen kann; erst danach erhalten Krankenhaus und Krankenkassen das Gutachten. Eine förmliche Stellungnahme des geprüften Krankenhauses ist nicht vorgesehen – angesichts der existenziellen Bedeutung der Feststellungen für Planung und Vergütung ein erhebliches Anhörungsdefizit. In Berlin gibt es zusätzliche landesindividuelle Berliner Qualitätskriterien, die nachgelagert geprüft werden und „nur“ als Auswahlkriterien wirken.

Leistungsgruppenzuweisung. Zweite Voraussetzung ist die Zuweisung der Leistungsgruppe zum Krankenhausstandort in der Krankenhausplanung. Ab dem 1. Januar 2028 dürfen Entgelte für Leistungen aus einer dem Standort nicht zugewiesenen Leistungsgruppe nicht mehr berechnet werden; ausge-

nommen ist allein die Behandlung von Notfallpatienten (§ 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG), ohne dass definiert wurde, was Notfallpatienten sind. Das KHAG hat die Anforderungen zugleich flexibilisiert: Die Länder können Ausnahmen von einzelnen Qualitätskriterien im Einvernehmen mit den Krankenkassen für drei Jahre (in Sprinter-Konstellationen im Benehmen) mit einmaliger Verlängerungsoption um weitere drei Jahre zulassen. Im Wesentlichen wird die Vorhaltevergütung von der Frage abhängen, ob das Krankenhaus die Qualitätsanforderungen und Mindestvorhaltezahlen erfüllen kann und ob der Planer dem Standort auch die LG zuweist.

Mindestvorhaltezahlen. Dritte Voraussetzung sind die Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) nach § 135f SGB V, festgelegt je Leistungsgruppe als Perzentil der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres. Das Verfahren ist angelaufen: Das BMG hat das IQWiG im Mai 2026 erstmals mit wissenschaftlichen Empfehlungen für sechs Leistungsgruppen beauftragt (Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothetik, Endoprothetik Knie, Revision Knieendoprothetik, Carotis operativ/interventionell, Komplexe periphere arterielle Gefäße); die Ergebnisse sollen bis Anfang August 2026 vorliegen.⁵⁾ Auf dieser Grundlage analysiert das InEK die Auswirkungen auf Anzahl und geographischen Verteilung der Krankenhausstandorte; anschließend legt das BMG die Mindestvorhaltezahlen per zustimmungspflichtiger Rechtsverordnung fest – angekündigt zum 12. Dezember 2026, mit Inkrafttreten ein bis drei Jahre später. Die Rechtsfolgen der Nichterfüllung sind gravierend: Für den Standort wird kein Vorhalteanteil berechnet (§ 37 Absatz 2 Satz 1 KHG), und ab dem 1. Januar 2028 dürfen keine Vorhaltebewertungsrelationen abgerechnet werden (§ 8 Absatz 4 Satz 5 KHEntgG); vergütet wird dann nur die rDRG. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung kann das Land Ausnahmen zulassen (§ 6b Absatz 2 Satz 1 KHEntgG). ►

Onkochirurgische Leistungen. Keine Voraussetzung der Vorhaltefinanzierung, aber ein drittes Abrechnungsverbot begründet § 40 KHG für onkochirurgische Leistungen: Das BfArM identifiziert bis zum 30. Juni 2026 chirurgische Leistungen, die regelhaft aufgrund einer onkologischen Diagnose erbracht werden; das InEK definiert darauf aufbauend Indikationsbereiche (bis 31. August 2026), entwickelt einen Grouper (bis 31. Dezember 2026) und veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 – auf Basis der § 21-Daten 2025 – die Liste der Standorte, die je Indikationsbereich weniger als 15 % der Fälle erbringen; der G-BA kann für einzelne Bereiche niedrigere Schwellenwerte festlegen. Die Konzentrationswirkung kann erheblich sein: Beim Kolonkarzinom verteilen sich nach InEK-Angaben 15 % der Fälle auf 35 bis 40 % der Krankenhausstandorte. Für gelistete Standorte dürfen ab dem 1. Januar 2028 für Fälle des Indikationsbereichs außer Pflege- und Vorhaltebudget keine Entgelte berechnet werden (§ 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG).

Einbezogene Leistungen. In die Vorhaltefinanzierung einbezogen sind ausschließlich bewertete DRG-Leistungen (Anlagen 1a/1b des Fallpauschalen-Katalogs für Haupt- und Belegabteilungen sowie 1c teilstationär). Nicht einbezogen sind unbewertete Leistungen (Anlagen 3a/3b sowie unbewertete Entgelte nach E3.3), Fälle sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, nicht zivile Fälle der Bundeswehr und Fälle der gesetzlichen Unfallversicherung, Hybrid-Leistungen nach § 115f SGB V sowie Fälle besonderer Einrichtungen. ► **Abbildung 3** fasst die Abrechnungsausschlüsse zusammen.

3. Zerlegung des Fallpauschalen-Katalogs: die Vorhaltebewertungsrelationen

Die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen (V-BWR) obliegt dem InEK (§ 17b Absatz 4b KHG) und folgt einer vierstufigen Logik: Ausgangspunkt sind die aus den Kalkulationsdaten

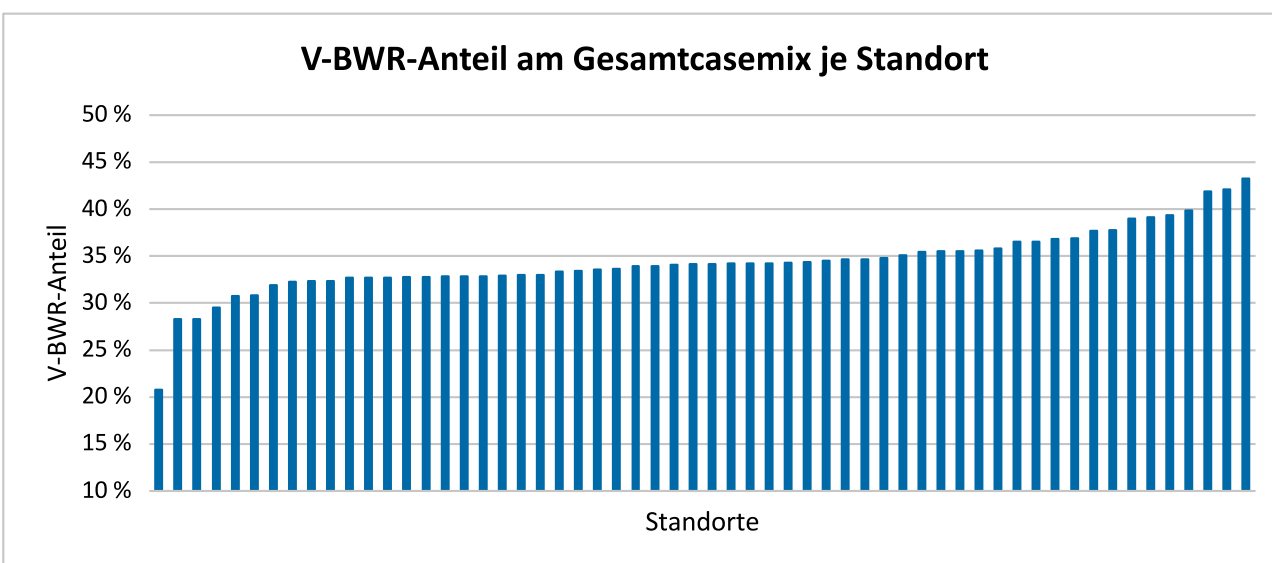
Abbildung 3: Abrechnungsausschlüsse nach § 8 Absatz 4 Satz 4 bis 6 KHEntgG (ab 01.01.2028)

Übersicht Abrechnungsausschlüsse: § 8 Abs. 4 S. 4–6 KHEntgG

Jeweils gilt: Fehlt die Voraussetzung, greift das korrespondierende Abrechnungsverbot.

Sachverhalt		Abrechnungsverbot nach § 8 Abs. 4
1 Leistungsgruppe ist dem Standort nicht zugewiesen (gilt nicht für Notfallpatienten)	→	Satz 4 V-BWR rDRG-BWR Sonstige Entgelte § 7 KHEntgG (u.a. Pflege, ZE ...)
2 Mindestvorhaltezah nach § 135f SGB V nicht erfüllt.	→	Satz 5 V-BWR rDRG-BWR Sonstige Entgelte § 7 KHEntgG (u.a. Pflege, ZE ...)
3 Standort/Fall liegt im definierten Indikationsbereich der onkologischen Verbotsliste.	→	Satz 6 V-BWR rDRG-BWR Sonstige Entgelte § 7 KHEntgG (u.a. Pflege, ZE ...)

Abbildung 4: V-BWR-Anteile je Standort in Berlin (§ 21-Daten 2025, Grouper 2026)



abgeleiteten G-DRG-Kosten. Diese werden in drei Bestandteile zerlegt – variable Sachkosten, Pflegepersonalkosten und verminderte aG-DRG-Kosten. Aus den verminderten Kosten einschließlich Pflegepersonalkosten werden 60 % als Vorhalteanteil abgespalten und wieder aufgesplittet in Pflegebudget und V-BWR; die variablen Sachkosten und der Rest der aG-DRG bilden die residuale DRG (r-DRG). Ergebnis ist der „zerlegte“ Fallpauschalen-Katalog, der je DRG die rDRG-BWR (einschließlich variabler Sachkosten) und die V-BWR ausweist – für 2026 erstmals in fünf Tabellen (Hauptabteilungen, Belegabteilungen, teilstationäre Leistungen sowie die Anlagen 1d und 1e).⁶⁾ V-BWR und rDRG gibt es jeweils für die Hauptleistung, für untere und obere Grenzverweildauer sowie für externe Verlegungen. Empirisch entfällt damit – über alle bewerteten Leistungen hinweg – rund ein Drittel des um das Pflegebudget bereinigten Erlösvolumens auf die Vorhaltebewertungsrelationen und zwei Drittel auf die rDRG. Hinter diesem Durchschnitt verbergen sich erhebliche Spannbreiten: Auf DRG-Ebene reicht der V-BWR-Anteil im Katalog 2026 (Daten 2025, Grouper 2026) von 8,7 % (B21B, Implantation eines Neurostimulators) bis 48,9 % (D37A, sehr komplexe Eingriffe an der Nase); auf LG-Ebene von 11,1 % (LG 51 Cochleaimplantate) bis 42,8 % (LG 41 Senologie). Auch auf Standortebezug zeigen sich je nach Leistungsspektrum der Standorte sehr unterschiedliche Vorhalteanteile (► **Abbildung 4**). Konzeptionell folgt daraus eine erste grundlegende Einordnung: „Vorhaltung“ wird nicht anhand tatsächlicher Bereitstellungskosten – etwa für Notaufnahmen, Dienstsysteme oder Mindestbesetzungen – bemessen, sondern als normativ gesetzter Prozentsatz der durchschnittlichen Fallkosten historisch erbrachter Leistungen definiert. Wer Vorhaltekosten absichern will, müsste sie zunächst empirisch erheben. Die gewählte Konstruktion ist im Kern eine Umkettung von Fallerlösen, keine Finanzierung von Strukturen.

4. Das Landesvorhaltevolumen je Leistungsgruppe

Das InEK ermittelt zunächst das Vorhaltevolumen je Land gem. § 37 Absatz 1 KHG in vier Schritten: Datenbasis sind die Fälle nach § 21 KHEntgG des Jahres 2024, bereinigt um Hybrid-Leistungen und gruppiert mit dem aG-DRG-System des jeweiligen Vergütungsjahres – für 2028 also mit einem eigens zu entwickelnden Grouper 2028/2024 (Überlieger 2028/2023). Je Fall wird die effektive V-BWR (Inlier-Relation zuzüglich beziehungsweise abzüglich Zu- und Abschlägen) bestimmt; die Summe über alle Fälle des Landes ergibt das Landesvorhaltevolumen. Dieses wird sodann im Verhältnis der V-BWR je Leistungsgruppe (LG-Grouper) auf die Leistungsgruppen aufgeteilt. Berücksichtigt werden ausschließlich bewertete Fälle; besondere Einrichtungen sind dem InEK von den Vertragsparteien bis zum 30. September mitzuteilen (§ 11 Absatz 7 KHEntgG). Die Betrachtung ist strikt landesbezogen – einschließlich der Um-landversorgung, aber ohne Interdependenzen zu anderen Ländern; Veränderungen der Patientenströme, z.B. durch Aufgabe eines Standortes oder einer LG in der Nachbarregion, schlagen erst mit Zeitverzug durch (frühestens 2030 bei Verwendung der Daten 2028).

Entscheidend ist die zeitliche Fixierung: Das Volumen für 2028 und 2029 basiert auf den Fällen des Jahres 2024 abzüglich der Hybrid-Leistungen des Vergütungsjahres; erst ab 2030 wird die Datenbasis rollierend – dann mit zwei Jahren Verzug (2030: Ist-Daten 2028) – fortgeschrieben. Der Gesetzgeber hat damit eine **harte Mengenbegrenzung** implementiert: Jede Leistungsentwicklung oberhalb des Niveaus von 2024 bleibt im Vorhaltevolumen zunächst unberücksichtigt.

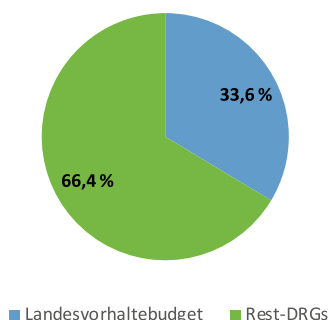
Simulationsrechnungen der BKG verdeutlichen die Größenordnungen für Berlin: Das Landesvorhaltebudget entspricht rund einem Drittel der DRG-Erlöse (ohne Pflegebudget) beziehungs-

Abbildung 5: Ermittlung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe (§ 37 Absatz 1 KHG) erstmals für 2028



Abbildung 6: Anteile der Vorhaltevolumina

Landesvorhaltebudget = rund 1/3 der Finanzierung (ohne Pflegebudget)



Mit Pflegebudget: Landesvorhaltebudget ca. 1/4, mit Pflegebudget 54%

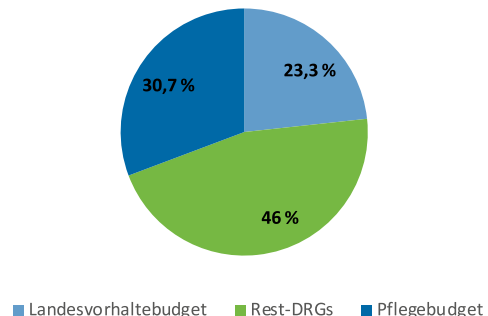
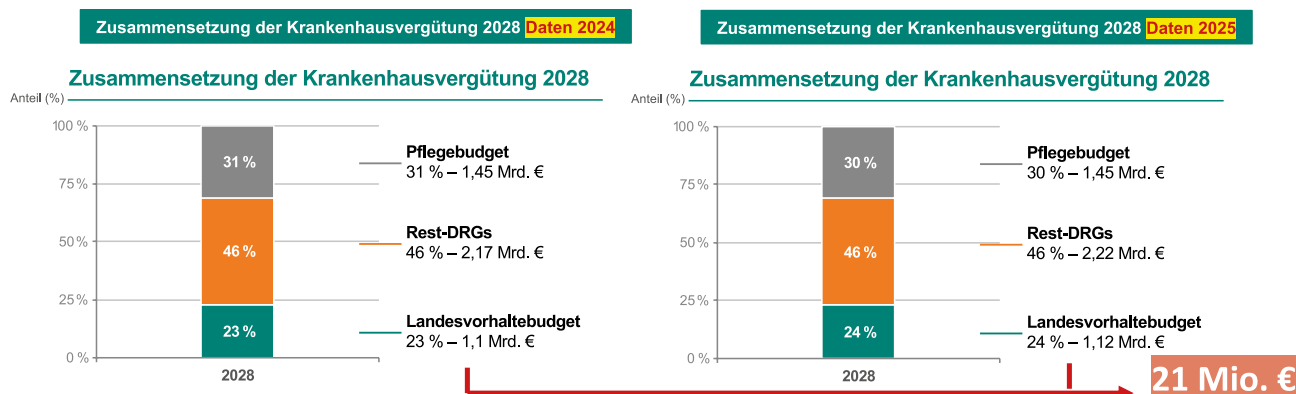


Abbildung 7: Bildung des Landesvorhaltebudgets gemäß § 37 KHG auf Basis 2024 versus 2025

Grundlage: Ist-Daten 2024 & 2025, Grouper 2026 (ohne Überlieger, bewertete DRGs), LBFW 2026, Pflegefallwert



weise 23,3 % neben den Rest-DRGs (46,0 %) und dem Pflegebudget (rund 30,7 %).

Die Statik der Datenbasis hat unmittelbare Verteilungswirkungen: Würde das Landesvorhaltebudget statt auf den Daten 2024 auf den Daten 2025 berechnet, fiel das Berliner Vorhaltebudget um rund **21 Mio. Euro** höher aus. Dieser Betrag – der Vorhalteanteil des Leistungszuwachses eines einzigen Jahres – fehlt den Berliner Krankenhäusern strukturell ab 2028, obwohl die zugrunde liegenden Leistungen erbracht werden. Positive Leistungsentwicklungen bis 2030 werden dieses Problem weiter verschärfen. Zusätzlich volumenmindernd wirkt die geplante Ausweitung der Hybrid-DRGs von rund 1,0 auf 1,5 Mio. Fälle bundesweit ab 2028, da diese Fälle aus der Datenbasis herausgerechnet werden.

Hieraus ergeben sich zentrale Problemanzeigen: In Regionen mit Bevölkerungszuwachs müssen die Krankenhäuser das Morbiditäts- und Demografierisiko selbst tragen; es gehört aber systematisch in die Finanzierungsverantwortung der Kostenträger. Zudem führt die Inkongruenz der Datenjahre – Landesvolumen auf Basis 2024, Standortanteile auf Basis 2026 – zu Verwerfungen, verschärft durch bundesweit uneinheitlich verwendete Fachabteilungsschlüssel und vor allem durch Veränderungen der Fachabteilungsschlüssel zwischen diesen Datenjahren, auf deren Problematik auch das IQWiG hinweist.⁷⁾ Daraus folgt **erstens**, dass das Landesvolumen aktueller und kongruent zu den Standortanteilen ermittelt werden muss. Das Argument, man würde dadurch Anreize zu Fallzahlausweitungen setzen, greift nicht: Eine Änderung würde zu einem Zeitpunkt erfolgen können, zu dem das Jahr 2026 bereits abgelaufen ist. Zum anderen entstehen Anreize zu Mehrleistungen nicht aus einem kollektiven Landesbudget, sondern allen-

falls aus den individuellen Standortanteilen und Konvergenzmechanismen. Zudem bestehen bereits neben aktuellen hohen Defiziten zusätzliche enorme wirtschaftliche Risiken für die Krankenhäuser durch das BStabG, das Auslaufen des Rechnungszuschlags ab 1. November 2026, die Hybrid-Ausweitung usw. Es sollte mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung nicht noch ein Insolvenz-Booster hinzukommen. **Zweitens** ist die Herausrechnung sektorenübergreifender Versorger grundsätzlich sachgerecht, allerdings muss diese auf jene Leistungen begrenzt werden, die künftig tatsächlich von diesen erbracht werden dürfen. Und **drittens** müssen Veränderungen der Umlandversorgung – etwa durch Krankenhausschließungen – zeitnah im Landesvolumen berücksichtigt werden. Planerische Veränderungen, Insolvenzen mit Schließungen oder Entscheidungen von Trägern über die Aufgabe von LG im Umfeld eines Bundeslandes und in der Folge Patientenwanderungen in das Bundesland führen erst ab 2030 zu einer Anpassung des Landesvorhaltevolumens, und ab diesem Zeitpunkt mit zwei-jähriger Verspätung (§ 21-Daten).

5. Standortanteile und 20-%-Korridor

Das InEK ermittelt gemäß § 37 Absatz 2 KHG jährlich je Krankenhausstandort den Anteil am Landesvorhaltevolumen der jeweiligen Leistungsgruppe (bildlich: die Tortenstücke der Torte Landesvorhaltevolumen/LG). Voraussetzung sind die LG-Zuweisung durch das Land und die Erfüllung der Mindestvorhaltezahls (oder eine Sicherstellungsausnahme des Landes). Der Anteil folgt der Formel:

$$\text{Anteil Standort} = \frac{\text{Fallzahl}_i \times \text{Vorhalte-CMI}_i}{\sum \text{aller Standorte der LG im Land (Fallzahl}_j \times \text{Vorhalte-CMI}_j)}$$

Abbildung 8: Korridorwirkung bei regulärer Neuberechnung (Modellrechnung, Landesvolumen konstant)

KH	Ist-Fallzahl (Δ)	Ansatzfallzahl	Anteil	Budgetäquivalent*
A	850 (-15 %)	1000	30,8 %	923
B	900 (-10 %)	1000	30,8 %	923
C	1250 (+25 %)	1250	38,5 %	1154
Σ	3 000	3 250 (Nenner)	100 %	3 000

* Vorher je 1000 Einheiten. Quelle: Simulationsrechnung der BKG; Ausgangslage je Standort 1000 Fälle.

Abbildung 9: Neuberechnung bei besonderen Ereignissen (Modellrechnung Aufgabe einer LG infolge Insolvenz, Landesvolumen konstant)

KH	Ist-Fallzahl (Δ)	Ansatzfallzahl	Anteil	Budgetäquivalent*
A	1000	1000	50 %	1500
B	1000	1000	50 %	1500
C	1000	-	-	-
Σ	3 000	2 000 (Nenner)	100 %	3 000

* Vorher je 1000 Einheiten. Quelle: Simulationsrechnung der BKG; Ausgangslage je Standort 1000 Fälle.

Der Zähler bildet das Standortprodukt aus zu berücksichtigender Fallzahl und standortindividuellem Vorhalte-Case Mix Index (V-CMI); der Nenner normiert landesweit über alle Standorte derselben Leistungsgruppe. Die Anteile werden jeweils zum 30. November berechnet – erstmals zum 30. November 2027 –, der Bescheid über das Vorhaltevolumen je Standort und Leistungsgruppe ergeht zum 10. Dezember (§ 37 Absatz 5 Satz 1 KHG); das InEK veröffentlicht die Vorhaltebudgets je Krankenhaus, Standort und Leistungsgruppe auf seiner Internetseite.

Für die maßgebliche Fallzahl sieht § 37 Absatz 2 KHG drei Wege vor: **(1)** die Planfallzahl des Landes, sofern das Land sie nach § 6a Absatz 6 KHG an das InEK übermittelt – dann entfallen Korridorprüfung und anlassbezogene Neuberechnungen; **(2)** die Ist-Fallzahl aus den § 21-Leistungsdaten des Vorjahres der Berechnung (erstmalig Ist 2026 für 2028), verbunden mit dem $\pm 20\%$ -Korridor; **(3)** abweichend die Mindestvorhaltezah, wenn sie bei Sicherstellungshäusern über der Ist-Fallzahl liegt. Der V-CMI wird stets standortindividuell aus den § 21-Daten abgeleitet; bei erstmaliger Leistungserbringung in einer Leistungsgruppe muss das Land eine Planfallzahl zuweisen, der V-CMI ergibt sich aus dem Durchschnitt der LG. Wenn die Planungsbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegt, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerungen nach § 135f Absatz 1 Satz 2 SGB V), sind diese bei den Standorten erhöhend bzw. absenkend zu berücksichtigen. Konzentrationen gerade im Zuge der ersten Leistungsgruppenplanung werden demnach berücksichtigt, auf das Landesvorhaltevolumen dieser LG hat das keine Auswirkungen. Bei Ist-Fallzahlen gilt: Die erstmals 2027 (Datenbasis 2026) berechneten Anteile gelten für 2028 und 2029; die nächste reguläre Berechnung erfolgt in 2029 (Datenbasis 2028) und gilt für 2030 bis 2032; danach wird im Drei-Jahres-Turnus neu gerechnet. Nach der erstmaligen Berechnung wird die zuletzt berücksichtigte Fallzahl des jeweiligen Standortes in der LG fortge-

schrieben, solange die aktuelle Fallzahl im Korridor von 80 bis 120 % des Referenzwerts liegt (20 %-Korridor); erst außerhalb wird die Vorjahres-Ist-Fallzahl für den jeweiligen Standort angesetzt. Anschließend werden sämtliche Standortprodukte und Anteile neu normiert – **die Veränderung eines Standorts außerhalb des Korridors verändert den Nenner und damit die Vorhalteanteile für alle.**

Die Verteilungswirkungen illustriert folgendes Rechenbeispiel (► **Abbildung 8**): Drei Krankenhäuser einer Leistungsgruppe starten mit je 1 000 Fällen und je einem Drittel Anteil. Bei der nächsten regulären Neuberechnung sinken die Fallzahlen von A und B auf 850 beziehungsweise 900 – beide bleiben im Korridor, sodass weiterhin je 1 000 Fälle angesetzt werden. C wächst auf 1 250 Fälle (+25 %), verlässt den Korridor und wird mit 1 250 Fällen angesetzt. Ergebnis: Die Anteile von A und B sinken von 33,3 auf 30,8 %, der Anteil von C steigt auf 38,5 %. **A und B verlieren rund 7,5 % ihres Vorhaltebudgets** – ohne dies vorhersehen zu können. Die eigene Vorhaltevergütung ändert sich in Abhängigkeit vom Verhalten Dritter. Bleiben umgekehrt alle Standorte im Korridor, ändert sich trotz realer Leistungsveränderungen nichts – die stabilisierende Grundidee der Vorhaltefinanzierung realisiert sich mithin nur innerhalb enger Grenzen und um den Preis erratischer Sprünge an den Korridorändern. Neben den regulären Berechnungen alle zwei bzw. drei Jahre lösen auch in den Zwischenjahren bestimmte Strukturereignisse – auch bei Ereignissen im angrenzenden Bundesland – eine Neuberechnung für alle Standorte der betroffenen Leistungsgruppe aus: die Aufhebung einer LG-Zuweisung, der (Teil-)Wegfall von Zulassung oder Betrieb, gemeldete Fusionen und Bestimmungen zur sektorenübergreifenden Versorgung (§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 bis 5 KHG) sowie erstmalige LG-Zuweisungen und neue Mindestvorhaltezahlen. Der Korridor gilt hier nicht. Die Verteilungswirkungen bei Aufgabe einer LG an einem Standort bzw. durch Konzentration infolge der Krankenhausplanung illustriert folgendes Rechenbeispiel (► **Abbildung 9**). ►

Spieltheoretisch erzeugt der Korridor ein **Gefangenendilemma**⁸⁾: Kurzfristig ist es individuell rational, Leistungen bei konstantem Vorhaltebudget um bis zu 20 % zu reduzieren. Verhalten sich jedoch viele Standorte so, sinkt das Landesvorhaltevolumen zwei Jahre später für alle – der relative Vorteil verpufft, der Topf schrumpft. Hinzu kommt, wie das obige Beispiel gezeigt hat, dass durch das Verhalten anderer auch bei Fallzahlen innerhalb des Korridors sich die Anteile an der LG verändern können. Zudem kann es regelmäßig aufgrund der genannten Ereignisse zu Neuberechnungen kommen, bei denen der 20%-Korridor nicht gilt. Eine Strategie, bei konstantem Vorhaltebudget Leistungen zu reduzieren, um den Deckungsbeitrag für einzelne Leistungen zu erhöhen, ist also kaum steuerbar und wird möglicherweise bestraft (Landesvorhaltevolumen sinkt, Anteil bei Neuberechnung sinkt). Individuelle und kollektive Rationalität fallen systematisch auseinander; ein Vergütungssystem, das solche Anreizkonflikte in seine Grundmechanik einbaut, erschwert betriebswirtschaftliche Steuerung, statt sie zu erleichtern.

Eine Sonderregel gilt für Sicherstellungshäuser: Liegt deren Ist-Fallzahl unter der Mindestvorhaltezah, wird die MVHZ als Fallzahl angesetzt – mit der Folge, dass die Anteile aller übrigen Standorte der Leistungsgruppe sinken. Auch dies unterstreicht: Das eigene Budget hängt von Parametern ab, die der einzelne Träger weder kennt noch beeinflussen kann.

Erste Datenanalysen auf Basis der 2024er und 2025er Leistungszahlen zeigen, dass eine Über- oder Unterschreitung des Korridors kein Einzelfall ist. Allein im Vergleich von 2024 zu 2025 ist in deutlich über einem Drittel der LG je Standort eine Korridorabweichung festzustellen (diese kann nach Konzentration durch Krankenhausplanung natürlich geringer werden). Diese findet vorwiegend, aber nicht nur, in LG mit kleineren Fallzahlen statt. Bei einer V-BWR je LG und Standort von 20 ist eine Überschreitung bereits bei > 24 und Unterschreitung bei < 16 V-BWR gegeben. Daraus folgt, dass mit erheblichen Veränderungen der Anteile der Standorte an einer LG bei den regulären Neuberechnungen zu rechnen ist und dies die Planungssicherheit einschränkt, da man die Veränderungen bei anderen Leistungserbringern nicht kennt. Ggf. müsste darüber nachgedacht werden, die Korridor Grenzen bei bestimmten LG mit geringen Fallzahlen anzupassen, ggf. auch bei LG mit hohen Fallzahlen, da eine Über- bzw. Unterschreitung dort eher seltener vorkommt.

Meldet das Land für alle oder einzelne LG Planfallzahlen an das InEK, werden diese zur Ermittlung der Anteile der Standorte am Landesvorhaltevolumen herangezogen. In diesem Fall gibt es keinen 20%-Korridor und weder reguläre Neuberechnungen alle zwei bzw. drei Jahre noch Neuberechnungen bei Eintritt der vorgenannten Ereignisse. Die Fallzahlen zur Ermittlung der Anteile der Standorte an einer LG bleiben so lange konstant, bis der Planer Änderungen für mindestens einen Standort in einer LG vornimmt und diese Änderung an das InEK meldet (30.09.) oder eine Meldung von Planfallzahlen (ggf. für einzelne LG) nicht mehr vornimmt. Aber auch hier ändert sich regelmäßig

das jeweilige Vorhaltebudget des Krankenhauses in Abhängigkeit vom Landesvorhaltevolumen und möglichen Veränderungen beim V-CMI. Nicht abschließend geklärt ist, welche Planfallzahl das Land an das InEK meldet: Eine Kapazitätsfallzahl einschließlich der unbewerteten Fälle, oder eine Fallzahl analog der Ist-Fallzahl zur Berechnung der Landesvorhaltevolumina (bewertete Fälle)? Das kann Auswirkungen auf die jeweiligen Anteile der Standorte haben. Planfallzahlen dienen nur zur Vorhaltefinanzierung und sollten keinen Einfluss auf den Versorgungsauftrag haben, der durch den Feststellungsbescheid und eventuell hierin festgelegten Kapazitätsfallzahlen ggf. mit Schwankungsbreiten determiniert wird.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Wahl zwischen Plan- und Ist-Fallzahlen strategische Bedeutung. Für Planfallzahlen sprechen die Ausrichtung auf künftige Versorgungsaufträge und Bedarfsprognosen, die bessere Abbildung geplanter Strukturformen (u.a. Konzentration) und die höhere Planungssicherheit (keine Korridorprüfungen, keine anlassbezogenen Neuberechnungen). Dagegen sprechen der Einfluss des Planers auf die Finanzierung, Klagerisiken auch für Dritte und die schwierige sachgerechte Verteilung bei Konzentrationsprozessen. Ist-Fallzahlen sind etwas objektiver, empirisch belastbarer und schwerer manipulierbar, spiegeln die tatsächliche Leistungserfahrung wider und sind methodisch konsistent zur Landesberechnung – reagieren aber verzögert auf Strukturformen und erzeugen die beschriebene komplexe Neuberechnungsmechanik.

6. Gerichtlich erstrittene Zuweisungen und ihre Systemfolgen

Da die LG-Zuweisung den Versorgungsauftrag definiert und damit auch über den Zugang zur Vorhaltefinanzierung entscheidet, ist mit Rechtsschutzaktivitäten zu rechnen. Die Zuweisung erfolgt standortbezogen per Bescheid; der Verwaltungsrechtsweg ist eröffnet, die Auswahl steht im pflichtgemäßen Ermessen der Behörde. Klagen haben keine aufschiebende Wirkung, sodass neben Anfechtungs- und Verpflichtungsklage regelmäßig Anträge auf einstweilige Anordnung – und gegebenenfalls Konkurrentenklagen – treten werden. Typische Angriffspunkte sind die Feststellungen zu den Qualitätskriterien (MD-Gutachten, Personal, Ausstattung), Ermessensfehler bei Bedarf, Auswahl, Abwägung und Trägervielfalt, Gleichbehandlungsfragen im Vergleich zu anderen Standorten sowie Verfahrensfehler bei Anhörung und Begründung.

Obsiegt ein Krankenhaus vor Gericht und erzwingt eine LG-Zuweisung, löst dies eine außerplanmäßige Kaskade aus (§ 6a Absatz 6 Satz 3 und 4, § 37 Absatz 6 KHG): Das Land meldet die LG-Zuweisung infolge der gerichtlichen Entscheidung unverzüglich an das InEK. Dieses berechnet für die betroffene Leistungsgruppe des Standortes die Vorhaltebewertungsrelationen für den Zeitraum, ab dem die Zuweisung gilt. Der Bescheid für das obsiegende Krankenhaus ergeht spätestens zum Ende des zweiten auf die Mitteilung folgenden Monats. Doch was passiert im Folgejahr? Hier gibt es noch einige Unklar-

heiten. Ein Ereignis mit der Folge einer Neuberechnung ist dies nicht. Erst mit der nächsten Neuberechnung verändert der zusätzliche Standort die Anteile aller bisherigen Standorte. Offen ist zudem, wie bei erstmaliger Leistungserbringung des obsiegenden Hauses zu verfahren ist; konsequent wäre die verpflichtende Planfallzahl entsprechend § 6a Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 KHG zu verwenden.

Für die Praxis bedeutet dies ein Kollektivrisiko: Erfolgreiche Klagen Dritter verändern das eigene Vorhaltebudget. Dass verwaltungsgerichtliche Verfahren Jahre dauern können, verschärft die Planungsunsicherheit zusätzlich. Denkbar wäre, dass eine positive einstweilige Anordnung später im Hauptsacheverfahren verworfen, aber in der letzten Instanz Jahre später wieder bestätigt wird. Die rechtliche Wirkung dürfte nur in die Zukunft gerichtet sein, sonst müssten zig Bescheide über das Vorhaltebudget Jahre zurück angepasst werden, die Vorhaltefinanzierung wäre so kaum noch haltbar.

Offen ist auch, ob das Land im Fall der LG-Zuweisung infolge der gerichtlichen Entscheidung die Kapazitätsfallzahlen und/oder Planfallzahlen der Standorte dieser LG ebenfalls anpasst bzw. anpassen muss. Bei der oben beschriebenen Neuberechnung für den betroffenen Standort sind aber in jedem Fall Ist-Leistungszahlen zur Anteilsberechnung heranzuziehen.

7. Vorhaltebudget, Abrechnung und Ausgleichsmechanik

Für die wirtschaftliche Einordnung ist ein Punkt zentral: Das Vorhaltebudget ist kein zusätzliches Geld, sondern ein ausgegliederter Teil der bisherigen DRG-Fallpauschale. An der Definition des Erlösbudgets ändert sich durch die Einführung des Vorhaltebudgets aus rechtlicher Perspektive nichts: Es umfasst weiterhin die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 (§ 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG) – in den Jahren 2026 und 2027 jeweils noch einschließlich der im bun-

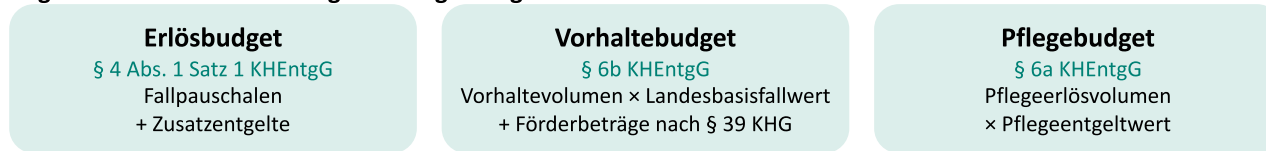
deseinheitlichen Entgeltkatalog ausgewiesenen Vorhaltebewertungsrelationen. In der Vereinbarungspraxis des Jahres 2026 spielen diese jedoch faktisch keine Rolle: Sie werden nicht gesondert vereinbart, entfalten noch keine eigenständige Budgetwirkung und haben auch für die Berechnung des Konvergenzbetrags in den Jahren 2028 und 2029 (siehe ► **Kapitel 8**) keine Bedeutung. Das Pflegebudget ist schon heute ein davon getrenntes, krankenhausindividuell zu vereinbarendes Budget (§ 6a KHEntgG). Ab dem Budgetjahr 2028 tritt das Vorhaltebudget (Vorhaltevolumen × Landesbasisfallwert zuzüglich der Förderbeträge nach § 39 KHG) als drittes eigenständiges Budget neben Erlös- und Pflegebudget hinzu (§ 6b KHEntgG). Kalkulatorisch gespeist wird es dabei – wie in Kapitel 3 beschrieben – aus der ursprünglichen Fallpauschale. Das Nebeneinander der drei Budgets zeigt die obere Hälfte von ► **Abbildung 10**. Wie dieses Budget zugewiesen, abgerechnet und unterjährig sowie jährlich ausgeglichen wird, zeigen die folgenden beiden Perspektiven.

Budgetperspektive: Zuweisung des Vorhaltebudgets

Das Vorhaltebudget je Leistungsgruppe ergibt sich aus dem per InEK-Bescheid festgesetzten Vorhaltevolumen (Vorhaltebewertungsrelationen) multipliziert mit dem Landesbasisfallwert, zuzüglich der Förderbeträge nach § 39 KHG. Der InEK-Bescheid erfolgt jährlich bis zum 10. Dezember (§ 37 Absatz 5 Satz 1 KHG). Die Summe aller Leistungsgruppen-Budgets bildet das Gesamtvorhaltebudget des Krankenhauses (§ 6b Absatz 1 Satz 3 KHEntgG). Voraussetzung sind die erfüllte Mindestvorhaltezahle oder eine Sicherstellungs-Feststellung der Landesbehörde; diese teilt dem InEK, den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des PKV-Verbandes erstmals bis zum 30. September 2027 und anschließend jeweils bis zum 30. September mit, für welchen Standort und welche Leistungsgruppe sie eine solche Feststel-

Abbildung 10: Budget- und Fallebene ab 2028 – drei eigenständige Budgets und die fallbezogenen Entgeltbestandteile
(§ 4 Absatz 1 Satz 1, § 6b, § 6a KHEntgG)

Budgetebene ab 2028 – drei eigenständige Budgets



Gesamterlöse des Krankenhauses (kein gemeinsames „Erlösbudget“)

Fallebene ab 2028 – ein Fall, drei Entgeltbestandteile



DRG- und Vorhalteanteil stammen aus derselben ursprünglichen Fallpauschale – kein zusätzliches Geld.

Rechtsgrundlagen: § 4 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (Erlösbudget) · § 6b KHEntgG (Vorhaltebudget) · § 6a KHEntgG (Pflegebudget)

Abbildung 11: Vorhaltevolumen und Förderbeträge

InEK-Bescheid bis 10. Dezember jährlich (§ 37 Abs. 5 Satz 1 KHG): setzt Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe und aufgeteilte Förderbeträge fest.

Stufe 1 – Vorhaltebudget je Leistungsgruppe (§ 6b Abs. 1 Satz 2 KHEntgG)

$$\text{Vorhaltevolumen (je Leistungsgruppe)} \times \text{Landesbasisfallwert} + \text{aufgeteilte Förderbeträge nach § 39 KHG} = \text{Vorhaltebudget (je Leistungsgruppe)}$$

Stufe 2 – Summenstufe (§ 6b Abs. 1 Satz 3 KHEntgG)

$$\text{Summe aller Leistungsgruppen-Budgets} = \text{Gesamtvorhaltebudget}$$

lung für das folgende Kalenderjahr getroffen hat (§ 6b Absatz 2 KHEntgG). Am Ende steht für das Krankenhaus ein für das jeweilige Budgetjahr fixes Vorhaltebudget.

Wer legt was fest? Die Vorhaltebewertungsrelationen und die Landesvorhaltevolumina ermittelt das InEK einseitig (§ 17b Absatz 4b, § 37 Absatz 1 KHG); das Vorhaltevolumen je Standort und Leistungsgruppe setzt das InEK jährlich bis zum 10. Dezember per Bescheid an den Träger fest (§ 37 Absatz 2, Absatz 5 Satz 1 KHG). Das Vorhaltebudget ist eine bloße Rechengröße: Es wird weder zwischen den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG vereinbart, noch von der Landesbehörde genehmigt – vereinbart und genehmigt wird lediglich der Landesbasisfallwert (§ 10 KHEntgG).

Abrechnungsperspektive: Vorhalteentgelte und Ausgleiche

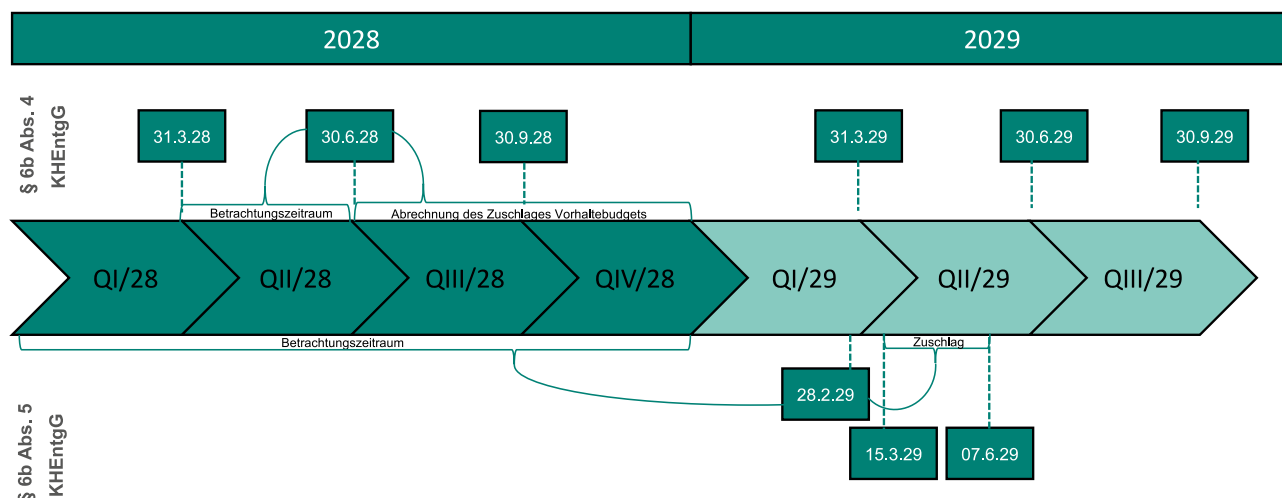
Abgerechnet wird auch ab 2028 fallbezogen: Neben das DRG-Entgelt tritt für jeden Fall ein Vorhalteentgelt, das sich aus der Vorhaltebewertungsrelation und dem Landesbasisfallwert errechnet (vergleiche ► **Abbildung 10**). Damit wird das zugewiesene Vorhaltebudget im Jahresverlauf abfinanziert. Da die Fallzahl und damit die sich ergebenden Erlöse des laufenden Jahres regelmäßig von der dem prospektiv zugrunde gelegten Vorhaltebudget abweichen, stimmt die Summe der abgerechneten Vorhalteentgelte praktisch nie mit dem Gesamtvorhaltebudget überein. Genau diese Differenz korrigieren die beiden folgenden Ausgleiche – der unterjährige Ausgleich (§ 6b Absatz 4 KHEntgG) und der Jahresausgleich (§ 6b Absatz 5 KHEntgG). Eine einzelfallbezogene Prüfung des MD hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets ist gemäß § 275c Absatz 6 Nr. 3 SGB V nicht zulässig.

Zur Liquiditätssicherung und sachgemäßen Abrechnung dient der quartalsweise Ausgleich (§ 6b Absatz 4 KHEntgG): Unterschreiten die Erlöse aus den Vorhalteentgelten im ersten, zweiten oder dritten Quartal ein Viertel des Gesamtvorhaltebudgets für das jeweilige Kalenderjahr voraussichtlich um mindestens 5 % (Stichtage 31. März, 30. Juni, 30. September), erhebt das Krankenhaus für die verbleibenden Monate einen Zuschlag auf

die Vorhalteentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6b KHEntgG) in Höhe des Unterschreitungssatzes. Festlegende Stelle ist hier das Krankenhaus selbst: Es prognostiziert die Unterschreitung, ermittelt den Unterschreitungssatz und erhebt den Zuschlag eigenständig – ohne Vereinbarung und ohne Genehmigung. Es zeigt die Unterschreitung lediglich an und macht sie glaubhaft (§ 14 KHEntgG findet keine Anwendung). Maßgeblich ist dabei allein das jeweils aktuelle Quartal; ein entstandener Ausgleichsanspruch sollte deshalb stets unmittelbar geltend gemacht werden. Daraus folgen zwei in der Praxis leicht zu übersehende Konsequenzen: Ein Verlangen ist nur bezogen auf das erste, zweite oder dritte Quartal möglich; eine erst im vierten Quartal eintretende Unterschreitung löst keinen unterjährigen Zuschlag mehr aus und wird allein über den Jahresausgleich korrigiert. Umgekehrt ist nicht ausgeschlossen, dass mehrere Quartale nacheinander jeweils eigenständige Verlangen begründen und deren Zuschläge sich aufeinander aufbauen. Erweist sich die Unterschreitung im Jahresverlauf als geringer, sind die zu viel vereinnahmten Beträge über den Jahresausgleich im kommenden Jahr zurückzuführen – bei einem erst im ersten Quartal ausgelösten Zuschlag über neun Monate ein spürbarer Liquiditätseffekt im Folgejahr.

Der Jahresausgleich (§ 6b Absatz 5 KHEntgG) beginnt mit der Ermittlung zum 28. Februar des Folgejahres: Das Krankenhaus summiert die abgerechneten und noch abzurechnenden Vorhalteentgelte (noch nicht abgerechnete Fälle werden sachgerecht geschätzt) und meldet elektronisch an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG und die Landesbehörde die Summe der Vorhalteentgelte, den Ausgleichsbetrag und den resultierenden prozentualen Zu- oder Abschlag, den zwölfwöchigen Abrechnungszeitraum sowie den zugrunde liegenden InEK-Bescheid. Die Landesbehörde entscheidet über die Genehmigung binnen 14 Tagen (§ 14 Absatz 1a KHEntgG); der Ausgleich wird innerhalb von zwölf Wochen über einen prozentualen Zu- oder Abschlag umgesetzt. Inhaltlich gilt eine Dreiteilung: Mindererlöse, weil das Krankenhaus Leistungen nach § 275a Absatz 5 Satz 1 SGB V (Qualitätskriterien für die LG werden nicht mehr erfüllt) nicht abrechnen durfte, werden nicht aus-

Abbildung 12: Zeitliche Abfolge der Ausgleichsmechanik 2028/2029 (§ 6b Absatz 4 und Absatz 5 KHEntgG)



geglichen; Mehrerlöse entgegen diesem Verbot sowie alle sonstigen Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen. Dahinter steht ein Sanktionsgedanke: Wer Leistungen mangels erfüllter Strukturvoraussetzungen nicht abrechnen durfte, soll den entgangenen Erlös nicht über den Ausgleich kompensiert bekommen – wer entgegen dem Verbot dennoch abrechnet, muss die Erlöse vollständig zurückgeben. Nur der übrige Erlösunterschied, der schlicht aus abweichenden Fallzahlen resultiert, wird neutral in beide Richtungen ausgeglichen. Der Nachweis erfolgt über eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Erlösaufstellung; die endgültige Vereinbarung erfolgt gemeinsam mit dem Erlösausgleich nach § 4 Absatz 3 KHEntgG im Rahmen einer künftigen Budgetvereinbarung. Damit ist der Jahresausgleich die einzige Stufe der Vorhaltefinanzierung mit einer echten ordnungsbehördlichen Genehmigung: Ermittelt wird durch das Krankenhaus, genehmigt wird der Zu- oder Abschlag durch die Landesbehörde, vereinbart wird erst der abschließende Erlösausgleich durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG. Die Liquiditätssicherung für die Krankenhäuser ist hier ausdrücklich zu begrüßen – seine Kehrseite ist eine beachtliche Verfahrenskaskade aus Bescheiden, Anzeigen, Genehmigungen, Prüferfeststellungen und Ausgleichszeiträumen, die dem erklärten Entbürokratisierungsziel der Reform zuwiderläuft. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob die Krankenkassen Rechnungen in der Praxis beanstandungsfrei begleiten, deren Höhe zu einem nicht unwesentlichen Teil auf Zuschlägen beruhen kann, die das Krankenhaus selbst festgelegt hat – beim unterjährigen Zuschlag sogar ohne behördliche Genehmigung.

Zuschläge und Förderbeträge nach §§ 38, 39 KHG

Ergänzt wird die Vorhaltefinanzierung durch bundesweit fixe Fördertatbestände: Zuschläge nach § 38 KHG für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie Hochschulkliniken und

Förderbeträge nach § 39 KHG für fünf definierte Versorgungsbereiche.

Nach § 38 KHG stehen ab 2028 jährlich 125 Mio. € für krankenhaushübergreifende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben (Krankenhäuser der Level 3U und – subsidiär – Level 3) sowie 75 Mio. € für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1 SGB V) bereit. Gefördert werden die nach § 6b Satz 1 KHG zugewiesenen Aufgaben, namentlich die krankenhaushübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten – insbesondere bei Großschadenslagen, in der Intensivmedizin und Notfallversorgung sowie gegenüber Rettungsleitstellen – sowie Konzeption und Koordination regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke und digitaler Dienste. Die Verteilung erfolgt zweistufig: Zunächst wird der Landesanteil aus dem Verhältnis des Landesvorhaltevolumens zur Summe aller Landesvorhaltevolumina bestimmt, anschließend der Anteil des einzelnen Krankenhauses am Vorhaltevolumen aller Häuser des Landes mit entsprechender Aufgabenzuweisung; das InEK ermittelt und veröffentlicht die auf die anspruchsberechtigten Häuser aufgeteilten Beträge einseitig. Den prozentualen Zuschlag je Fall ermittelt das Krankenhaus selbst; Über- oder Unterzahlungen werden im Folgejahr vollständig ausgeglichen (§ 5 Absatz 3j und 3m KHEntgG). Eine Vereinbarung mit den Vertragsparteien oder eine Genehmigung der Landesbehörde ist in keinem der Schritte vorgesehen. Praktisch wird dies bereits 2027 relevant: Nach der mit dem KHAG eingefügten Übergangsregelung des § 38 Absatz 1a KHG teilt das InEK für das Kalenderjahr 2027 eine Gesamtsumme von 62,5 Mio. € – die Hälfte des ab 2028 vorgesehenen Volumens – rechnerisch auf die Länder auf; die erforderlichen Vorhaltevolumina ermittelt es bis zum 30. November 2026 auf Grundlage der § 21-Leistungsdaten des Jahres 2025. Für fünf besonders vorzuhaltende Bereiche stellt § 39 KHG folgende Förderbeträge bereit (► **Abbildung 13**):

Abbildung 13: Förderbeträge nach § 39 KHG (Mio. € pro Jahr, bundesweit, ab 2028)

Bereich	Betrag	Anteil	Anmerkung
Pädiatrie	288	53,5 %	Bereits bestehender Förderbetrag: 300 Mio. €
Geburtshilfe	120	22,3 %	Bereits bestehende Förderung: 120 Mio. €. Dav. künftig: 20 Mio. € für Kreißsäle (§ 136a Absatz 7 SGB V)
Spezielle Traumatologie	65	12,1 %	
Stroke Unit	35	6,5 %	
Intensivmedizin	30	5,6 %	
Summe	538	100,0 %	

Der Sache nach knüpfen die beiden größten Posten an bestehende Förderungen an: Die Pädiatrie wird bereits seit 2023 mit jährlich 300 Mio. € gestützt (seit 2025 als Zuschlag auf pädiatrische Fälle nach § 5 Absatz 3k KHEntgG), die Geburtshilfe seit 2023 mit jährlich 120 Mio. € über standortindividuelle Förderbeträge der Länder (§ 5 Absatz 2b KHEntgG). § 39 KHG überführt diese Bestandsförderungen ab 2028 in die Systematik der Vorhaltevergütung – für die Geburtshilfe betragsgleich, für die Pädiatrie mit 288 Mio. € nominell sogar leicht abgesenkt; Spezielle Traumatologie, Stroke Units und Intensivmedizin kommen als eigenständige Fördertatbestände hinzu.

Welche Leistungsgruppen den Bereichen zugeordnet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG auf Grundlage eines vom InEK erstellten Konzepts – ersatzweise entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG (§ 39 Absatz 2 KHG). Erst danach verteilt das InEK die Beträge auf Leistungsgruppen, Länder und Standorte und erhöht die V-BWR der betroffenen Fälle um einen Zuschlagssatz (aufgeteilter Betrag ÷ [Summe aller V-BWR der Leistungsgruppe × Bundesbasisfallwert], § 39 Absatz 4 KHG). Praktisch bedeutsam ist, dass die Förderbeträge auf zwei Schienen laufen. Budgetseitig stellt das InEK sie im Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG – neben den Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe – als eigenen Posten fest; sie gehen damit in das Vorhaltebudget der jeweiligen Leistungsgruppe ein und erhöhen es zusätzlich zum Produkt aus Vorhaltevolumen und Landesbasisfallwert (§ 6b Absatz 1 Satz 2 KHEntgG). Abrechnungsseitig werden sie nicht als Pauschale ausgezahlt: Sie stecken in den allein zum Zweck der Abrechnung erhöhten und gesondert im bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ausgewiesenen Vorhaltebewertungsrelationen (erstmalig für 2028, § 17b Absatz 4b Satz 5 KHG); die für die Ermittlung der Vorhaltevolumina maßgeblichen V-BWR bleiben unverändert. Eine Doppelzählung ist damit ausgeschlossen: Die Erhöhung wirkt nur auf die fallbezogene Abrechnung, nicht auf die Ermittlung der Vorhaltevolumina, aus denen sich das in Kapitel 7 beschriebene Vorhaltebudget errechnet. Darin liegt der systematische Unterschied zu den § 38-Zuschlägen, die als eigenständiger Zuschlag je Fall abgerechnet werden. Bemerkenswert ist die Rechtsform: Vorhaltevolumina und § 39-Förderbeträge ergehen per Bescheid an den Träger, beide § 38-Zuschläge werden dagegen nur auf der InEK-

Website veröffentlicht – mit entsprechenden Folgefragen für den Rechtsschutz. Auch die Fördertatbestände folgen damit im Kern der Grundlinie der neuen Vergütungsarchitektur: Die rechnerische Verteilung der Beträge erfolgt durch Zuweisung und Veröffentlichung. Eine Ausnahme bildet die vorgelagerte Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Bereichen, die – anders als sonst im neuen System – eine Vereinbarung der Selbstverwaltung auf Bundesebene voraussetzt, ersatzweise eine Schiedsstellenfestlegung.

8. Konvergenzphase 2028/2029

Um den Systemwechsel vom DRG-System zum Vorhaltebudget zu dämpfen, wird gemäß § 6b Absatz 6 KHEntgG und § 37 Absatz 3 KHG in den Jahren 2028 und 2029 eine Konvergenzphase eingeführt, in der nur ein wachsender Anteil der Differenz zwischen bisherigem Budget und Zielbudget wirksam wird:

$$\text{Budgetwirkung}_t = \text{Ausgangswert 2027} + k_t \times (\text{Zielbudget InEK} - \text{Ausgangswert})$$

mit $k = 1/3$ (2028), $2/3$ (2029), 1 (ab 2030)

Ausgangswert ist das Ausgangsniveau des bisherigen Budgets – die Summe der für 2027 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisfallwert. Zielwert ist das Gesamtvorhaltebudget nach InEK-Bescheid, allerdings abzüglich der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 KHG aufgeteilten Förderbeträge – die § 39-Mittel nehmen an der Konvergenz also nicht teil. Zu beachten ist, dass der InEK-Bescheid bzw. das aufzuteilende Landesvorhaltevolumen auf den 2024er-Leistungsdaten und dem Grouper 2028 beruht, also 2028er-Hybrid-DRGs hierin nicht enthalten sind. In der Vereinbarung 2027 werden dagegen die 2028er Hybrid-DRGs nicht abgezogen, so dass diese Differenz c.p. zunächst positiv in die Konvergenz eingeht, mit der Folge, dass diese Differenz im Folgejahr im Landesvorhaltevolumen (über alle LG) wieder abgezogen wird (§ 37 Absatz 3 KHG). Verschärft wird das durch die deutliche Ausweitung der Hybrid-DRGs in 2028 (§ 115f Ab-


Abbildung 14: Konvergenzwirkung bei einer Zielbudget-Abweichung von +3,0 Mio. € (Ausgangsbudget 2027 10,0 Mio. €)

Jahr	Faktor k	Wirksame Differenz	Budgetniveau
2028	1/3	+1,0 Mio. €	11,0 Mio. €
2029	2/3	+2,0 Mio. €	12,0 Mio. €
ab 2030	1	+3,0 Mio. €	13,0 Mio. €

Quelle: vereinfachtes Rechenbeispiel der BKG zu § 6b Absatz 6 KHEntgG; Minderwirkungen werden analog gestuft.

satz 2 Satz 2 SGB V: mindestens 1,5 Mio. Fälle ab 2028, gegenüber mindestens 1 Mio. ab 2026).

Das Gesetz formuliert die Stufung spiegelbildlich: Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ermitteln einen Konvergenzbetrag, der – unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens – 66 % (2028) beziehungsweise 33 % (2029) der Differenz zwischen Ausgangs- und Zielwert beträgt und über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Vorhalteeingelte abgerechnet wird; rechnerisch entspricht dies der oben dargestellten Annäherung des Budgetniveaus an den Zielwert um ein Drittel beziehungsweise zwei Drittel.

► **Abbildung 14** illustriert die Wirkung für einen Standort, dessen Zielbudget Konzentrationsbedingt 3,0 Mio. € über dem Ausgangsbudget 2027 liegt: 2028 wird nur ein Drittel der Mehrwirkung (+ 1,0 Mio. €) wirksam, 2029 zwei Drittel, ab 2030 der volle Betrag. Spiegelbildlich behalten Standorte, denen Leistungsgruppen entzogen werden, 2028 noch 66 % und 2029 noch 33 % der Vorhalteeingeltes dieser Leistungsgruppen. Wer Leistungen in Folge von Konzentration übernimmt, erhält die Mehrleistung also erst 2030 voll finanziert.

Statt der komplexen Konvergenzregelung wäre es ggf. besser, wenn die finanziellen Folgen der Nicht-Zuweisung von LG über den Transformationsfonds als Schließungskosten abgedeckt würden und die Mehrleistungen infolge der Konzentration sofort auch dort ankommen, wo sie erbracht werden. Das würde die Anreize zur Konzentration erhöhen. Allerdings müssten Konzentrationseffekte von allgemeinen Leistungsveränderungen getrennt werden, was schwer umzusetzen wäre. An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass die Konvergenz auf der Vereinbarung 2027 beruht. Wenn ein Land Feststellungsbescheide bereits zum 01.01.2027 erlässt und diese ohne Übergangsregelung sofort wirksam werden, läuft die Konvergenz ins Leere, da bereits in 2027 Leistungen der LG nicht mehr vereinbart werden könnten.

Überlagert und komplexer wird die Konvergenz durch das Gebot der Finanzneutralität auf Landesebene (§ 37 Absatz 3 KHG): Konvergenzbedingte Überhänge werden im Folgejahr vom Landesvorhalteeingeltes **vor Aufteilung auf die LG** abgezogen – damit über sämtliche Standorte und Leistungsgruppen hinweg „sozialisiert“. Das Zielbudget basiert auf den Ist-Daten 2024. Wenn in einer LG in 2027 Mehrleistungen gegenüber 2024 im Land vereinbart worden sind, werden diese Mehrleistungen im Vorhalteeingeltes zunächst in 2028 auch zu 66 % finanziert (Ausgangswert – Zielbudget x 66%). Im Folgejahr wird dieser Betrag vollständig im Landesvorhalteeingeltes abge-

zogen. Umgekehrt erhöhen Minderleistungen im Folgejahr das Landesvorhalteeingeltes. Finanziert auf das Land bezogen wird damit das 2024er Landesvorhalteeingeltes.

Das kann z.B. bedeuten, dass infolge von Mehrleistungen in der Geriatrie im Folgejahr auch das Vorhalteeingeltes in der Geburtshilfe abgesenkt wird. In Ländern mit demografiebedingten Leistungszuwächsen kann es also deutliche Budgetverschiebungen zwischen 2027 und 2030 geben. Auch dies macht die Planung und Steuerung von Budgets für Krankenhäuser kaum möglich, da das einzelne Krankenhaus keine Kenntnis von den Entwicklungen an anderen Standorten und LG hat. Zudem kommt es ggf. zu einer Doppelbestrafung von Mehrleistungen: DRG-seitig mindert der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) von 35 % – letztendlich für das Jahr 2027 zu vereinbaren und über drei Jahre bis 2029 erhoben (§ 4 Absatz 2a KHEntgG) – die Vergütung vereinbarter Mehrleistungen; zugleich zieht die Konvergenz-/Finanzneutralität dieselben Mehrleistungen gegenüber dem 2024er-Zielbudget im jeweiligen Folgejahr ggf. vom Landesvorhalteeingeltes wieder ab. Dieselbe Leistungsausweitung wird so zweifach sanktioniert – individuell über den Abschlag, kollektiv über die Absenkung des Landesvorhalteeingeltes.

Strategisch folgt daraus zweierlei: Erstens wiederholt sich das Gefangenendilemma – individuell sind Mehrleistungen bis einschließlich 2027 rational, weil sie Standortanteile und Konvergenz-Ausgangswerte sichern; kollektiv führen sie zu pauschalen Absenkungen ab 2028 für alle. Zum Gefangenendilemma aus Kapitel 5 steht das nur scheinbar im Widerspruch: Beide Anreize greifen an unterschiedlichen Stellschrauben und zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Bis zur Budgetvereinbarung 2027 zählt die Menge, weil sie potenziell den Standortanteil und in jedem Fall den Konvergenz-Ausgangswert festschreibt; ab 2028 kehrt sich die Logik innerhalb des dann weitgehend fixierten Vorhalteeingeltes um, weil sich der Deckungsbeitrag je Fall durch Leistungsrücknahme im 20-%-Korridor rechnerisch erhöhen lässt. Betriebswirtschaftlich rational wäre also „erst aufbauen, dann zurücknehmen“ – ein Muster, das versorgungspolitisch niemand wollen kann und das zugleich kaum steuerbar bleibt, weil beide Effekte vom Verhalten der übrigen Standorte abhängen. Zweitens erhält die prospektive Budgetvereinbarung 2027 als Ausgangswert der Konvergenz eine hohe Bedeutung bis 2030; die Verhandlungen werden absehbar extrem streitbehaftet. Da im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Ortsebene in den Jahren 2028 und 2029 der Konvergenzbetrag zu vereinbaren und zu genehmigen ist, verlagert sich der Konflikt zusätzlich in die Verhandlungen vor Ort. Zur

Vermeidung oder Abfederung dieser Probleme könnte es auch hier sinnvoll sein, das Landesvorhaltevolumen auf 2026er-Daten aufzusetzen und die Konvergenz zu ersetzen oder zu verkürzen und Schließungskosten aus dem Transformationsfonds zu bedienen. Schließlich ist es auch nicht Ziel der Konvergenzphase, allgemeine Leistungsveränderungen abzufedern.

9. Flankierende Rahmenbedingungen

Die Umstellung auf ein neues Finanzierungsinstrument trifft auf ein sich weiter verengendes Finanzierungsumfeld. Am 10. Juli 2026 hat der Bundestag das BStabG beschlossen; der Bundesrat hat das Gesetz noch am selben Tag passieren lassen.⁹⁾ Das Sparvolumen von rund 19 Mrd. € trifft die Krankenhäuser mehrfach.¹⁰⁾ Für die Jahre 2027 bis 2029 wird der Anstieg der Krankenhausvergütung auf die Grundlohnrate abzüglich eines Prozentpunkts begrenzt; ab 2030 ist der Orientierungswert oder – sofern niedriger – die Grundlohnrate maßgeblich. Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze werden auch für das Pflegepersonal nur noch hälftig refinanziert; das Pflegebudget wird auf die Obergrenze gedeckelt, die Refinanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (bislang 2,5 % des Pflegebudgets) entfällt; zugleich werden die Abrechnungsprüfungen massiv ausgeweitet. Hinzu kommt das Auslaufen des Rechnungszuschlags zum 1. November 2026. Die Budgetdeckelung trifft damit exakt auf die Umstellungsjahre, in denen die Vorhaltefinanzierung ohnehin Mengen- und Verteilungsrisiken auf die Häuser verlagert – eine Kumulation, die die wirtschaftliche Grundlage vieler Standorte bereits vor dem Wirksamwerden der Reform erodieren lässt. Versorgungspolitische Maßnahmen, wie ein konsequenter Abbau von Bürokratie und Regulatorik, eine bessere Steuerung, mehr Prävention, eine effizientere Verzahnung der Sektoren und mehr Digitalisierung, die die Rahmenbedingungen verbessern könnten, lassen im Wesentlichen auf sich warten. Ganz zu schweigen von den immensen Mitteln, die der Bund der GKV für versicherungsfremde Leistungen weiterhin vorenthält.

10. Nachjustierungen

Wenn der Mut für eine Neuausrichtung, aus welchen Gründen auch immer, nicht aufgebracht werden kann, müssen aus Sicht der Verfasser dennoch einige Nachjustierungen vorgenommen werden, damit die Umsetzung für die Krankenhäuser nicht zu (noch mehr) streitbelastenden Verhandlungen und nicht zu zusätzlichen wirtschaftlichen Risiken führt. Parallel dazu kann die Diskussion über eine „richtige“ Vorhaltefinanzierung weitergeführt werden, deren Einführung idealerweise nach Umsetzung der Krankenhausreform, auch mit den Mitteln des Transformationsfonds, auf eine strukturveränderte Krankenhauslandschaft trifft und die Allokation von Finanzmitteln neu ausrichten kann. Mögliche Nachjustierungen beziehen sich, ohne abschließende Aufzählung, u.a. auf folgende Regelungsbereiche:

- Aktualität und Kongruenz der Datenbasis: Das Landesvorhaltevolumen ist auf eine aktuellere Datenbasis umzustel-

len, mindestens bereits 2028 auf der Datenbasis 2026 statt 2024; Bevölkerungs- und morbiditätsbedingte Mehrbedarfe müssen finanziert werden und dürfen nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Anreize zu Mehrleistungen ergeben sich daraus nicht. Damit würde auch eine Kongruenz der Datenjahre hergestellt werden, da die unterschiedliche Berechnung von Vorhaltevolumen und Standortanteilen zu Verwerfungen führt (u.a. aufgrund der Fachabteilungsschlüssel). Die Grouperentwicklung würde deutlich vereinfacht (kein Grouper 2029 für 2023er Daten notwendig).

- Bei planerischer Konzentration von Leistungen müssen Leistungsverlagerungen sachgerecht den Standorten zugeordnet werden, die vermutlich in entsprechendem Umfang diese Leistungen auch zukünftig erbringen.
- Veränderungen bei der Umlandversorgung, z.B. durch Schließung eines Standortes oder Aufgabe einer LG an Landesgrenzen, müssen frühzeitiger in den Landesvorhaltebudgets sichtbar werden.
- Eine Sozialisierung von Konvergenzüberschüssen muss vermieden werden.
- Eine Doppelbestrafung von Mehrleistungen durch den FDA (für 2027 bis 2029) bei gleichzeitigem Bezug auf das Datenjahr 2024 muss ausgeschlossen werden.
- Die Herausrechnung sektorenübergreifender Versorger ist auf tatsächlich verlagerbare Leistungen zu begrenzen; Schließungen und veränderte Umlandversorgung sind zeitnah zu berücksichtigen.
- Für eine Absicherung bedarfsnotwendiger Standorte mit kritischer Fallzahlmenge sind die Sicherstellungszuschläge zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- Es muss sichergestellt sein, dass gerichtliche Entscheidungen nur in die Zukunft gerichtet wirksam werden, sonst müssten alle Bescheide über das Vorhaltebudget Jahre zurück angepasst werden.

11. Zusammenfassende Bewertung

Die Analyse lässt sich in folgende Befunde bündeln:

- Keine echte Vorhaltefinanzierung: Es gibt nicht mehr Geld für Vorhaltung, sondern eine Umetikettierung bestehender Fallerlöse ohne empirischen Bezug zu den tatsächlichen Bereitstellungskosten.
- Fortbestehende Fallzahlabhängigkeit: Das System bleibt fallzahlabhängig und macht die Fallzahlabhängigkeit lediglich komplizierter; 20-%-Korridor und Planfallzahlen entkoppeln nur partiell.
- Keine Kapazitätssicherung: Bedarfsnotwendige Krankenhäuser mit geringem Leistungsvolumen erhalten keine auskömmliche Absicherung; der wirtschaftliche Druck entsteht wesentlich aus der Entkopplung von Preisen und Kosten, zu deren Behebung die Vorhaltefinanzierung nichts beiträgt.
- Statischer Verteilungstopf: Das Vorhaltevolumen ist bis 2030 auf der Basis 2024 eingefroren; danach wirkt jede Leistungsentwicklung mit zwei Jahren Verzug. Demografie- und Bedarfsrisiken tragen die Krankenhäuser.

- „Lotto-Effekt“ und Anreizkonflikte: Das Verteilungsergebnis des einzelnen Standorts hängt maßgeblich vom Verhalten Dritter ab; gegenläufige individuelle und kollektive Anreize (Korridor, Konvergenz) erschweren die Steuerung systematisch.
- Teuer erkaufte Stabilität: Die Vorteile eines für ein Jahr fixen Budgets innerhalb enger Grenzen werden mit Komplexität, Bürokratie und Rechtsunsicherheit bezahlt und stiften wenig Zusatznutzen; bei weniger Standorten je Leistungsgruppe verbleibt der Fixkostendegressionsvorteil wie im DRG-System.
- Wesentliche Teile der Vergütung werden der Vereinbarung auf Ortsebene entzogen und anhand von retrospektiven Daten empirisch ermittelt.

12. Fazit

§ 427 SGB V verpflichtet DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband zur Evaluation der Krankenhausreform zum 31. Juli 2027 und zum 31. Dezember 2028. Die budgetneutrale Phase und Konvergenzphase sollen genutzt werden, um die Wirkung der Vorhaltevergütung auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen zu überprüfen. Das Timing ist strukturell verfehlt: Zum 31. Juli 2027 liegen noch keinerlei Erfahrungen mit der Vorhaltevergütung vor; zum 31. Dezember 2028 ist die Umsetzung bereits in vollem Gange. Die Vorhaltefinanzierung gehört deshalb jetzt auf den Prüfstand – vor dem Scharfschalten zum 1. Januar 2028. Vorzugswürdig wäre aus Sicht der Verfasser ein Moratorium, verbunden mit einer konzeptionellen Neuausrichtung der Vorhaltefinanzierung, um aus einer komplexen Umverteilungsmechanik eine Finanzierung zu machen, die ihren Namen verdient: verlässlich, bedarfsorientiert und an den tatsächlichen Kosten der Vorhaltung ausgerichtet. Andernfalls droht die Reform ihr zentrales Versprechen – Sicherheit für bedarfsnotwendige Strukturen – gerade dort zu verfehlen, wo es am dringendsten gebraucht wird. Denn eines hat dieser Artikel doch hoffentlich deutlich gemacht: Die relativ geringen Vorteile eines für ein Jahr fixen Budgets innerhalb enger Grenzen werden mit hoher Komplexität und Bürokratie, geringer Planbarkeit, schwierigen Anreizmechanismen, hoher Rechtsunsicherheit und zusätzlichen wirtschaftlichen Risiken bezahlt. Man muss auch einmal den Mut haben, Fehlentscheidungen, die

ohne fachliche Einbindung der Krankenhäuser und Krankenkassen in einer ohnehin komplexen Thematik getroffen wurden, rückgängig zu machen. Auch die immer wieder geforderten und zugesagten Auswirkungsanalysen wurden nie durchgeführt – man versteht nach Lektüre dieses Artikels auch warum.

Anmerkungen

- 1) Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVVG) vom 11.12.2024, BGBl. 2024 I Nr. 400.
- 2) Vergleiche die Begründung zum Gesetzentwurf des KHVVVG, BT-Drs. 20/11854.
- 3) Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) vom 09.04.2026, BGBl. 2026 I Nr. 98.
- 4) Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-RL 2026, Version 2), vom BMG genehmigt am 12.05.2026, in Kraft seit 19.05.2026.
- 5) IQWiG, Pressemitteilung vom 26.05.2026: „Mindestvorhaltezahlen in Krankenhäusern: Startschuss für die ersten IQWiG-Projekte ist gefallen“.
- 6) InEK, Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2026; zerlegter Fallpauschalen-Katalog 2026 (Vorhalte- und rDRG-Bewertungsrelationen).
- 7) IQWiG, Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen, Version 1.0 (2025), mit Hinweis auf die bundesweit uneinheitlich zugeordneten Fachabteilungsschlüssel.
- 8) Der Begriff stammt aus der Spieltheorie und bezeichnet Konstellationen, in denen individuell rationales Verhalten aller Beteiligten zu einem kollektiv schlechteren Ergebnis führt, weil sich die Akteure nicht verbindlich abstimmen können. Übertragen auf den Korridor: Jedes Krankenhaus kann seinen Deckungsbeitrag kurzfristig verbessern, indem es Leistungen bei konstantem Vorhaltebudget reduziert; verhalten sich aber viele Standorte so, schrumpft zwei Jahre später das Landesvorhaltevolumen – und alle stehen schlechter da als bei kooperativem Verhalten.
- 9) Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG); Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drs. 21/6130; Beschluss des Deutschen Bundestages und Billigung durch den Bundesrat am 10.07.2026; die Verkündung stand bei Redaktionsschluss noch aus.
- 10) Zu den krankenhaushausrelevanten Maßnahmen vergleiche BMG, Pressemitteilung vom 10.07.2026 („Bundestag beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“).

Anschrift der Verfasser

Oliver Heide, stellvertretender Geschäftsführer/Johannes Baumbach, Referent für Krankenhausfinanzierung (Budget- und Entgeltverfahren); Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., 10587 Berlin.

Redaktionstelefon:
030 20847294-1/-2

Fax: 030 20847294-9