

Oliver Heide

Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel?

Vorhaltefinanzierung im KHVVG

Die im KHVVG angelegte Vorhaltefinanzierung wird dem Grunde nach von fast allen Akteuren kritisiert, da sie weder von der Leistungsmenge unabhängig ist noch eine „Entökonomisierung“ begründen kann. Schon gar nicht hat sie das Potenzial, den wirtschaftlichen Druck von den Krankenhäusern zu nehmen. Im Folgenden wird die neue Finanzierungssystematik näher beleuchtet und die Wirkmechanismen genauer untersucht.

Nach der Vorstellung eines Reformkonzeptes durch die Regierungskommission im Dezember 2022 und einer Verständigung von Bund und Ländern zu einem Eckpunktepapier im Juli 2023 hatte das Bundeskabinett mit erheblicher Verspätung im Mai 2024 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verabschiedet. Dem vorausgegangen waren intensive Beratungen mit den Ländern und letztlich die Aufkündigung einer gemeinsam getragenen Krankenhausreform unter Berücksichtigung der Belange der für die Planung zuständigen Länder: das Gesetz wurde als zustimmungsfrei deklariert. Der Bundestag hat am 17. Oktober 2024 das KHVVG nach kontroverser Debatte verabschiedet. Zuvor wurden 50 komplexe Änderungsanträge auf 100 Seiten durch die Regierungsfractionen vorgelegt, die kurz vor der Sitzung des Gesundheitsausschuss noch mehrfach verändert wurden. Es bleibt abzuwarten, ob die Länder am 22. November den Vermittlungsausschuss anrufen werden. Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Mit der Reform werden u.a. die Ziele einer Entökonomisierung, Entbürokratisierung und einer Existenzsicherung ländlicher Krankenhäuser verfolgt. Das derzeitige, auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung ist stark mengenorientiert. Laut Begründung zum KHVVG bestehe für Kliniken daher ein ökonomischer Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung soll das Vorhalten von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser, Fallmengen auszuweiten, gesenkt werden. Die Zahlung der Vorhaltevergütung soll zeitnah erfolgen und durch einen unterjährigen Zuschlag und einen vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich flankiert werden, um den Krankenhäusern schnell eine finanzielle Absicherung ihrer Vorhalteaufwände zu gewährleisten. Vorgesehen wird zudem eine Konvergenzphase, damit ein fließender Übergang hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik gelingen kann. Dies soll den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser senken. Schöne Worte – aber halten sie einem Faktencheck Stand?

Die Notwendigkeit einer Reform der Versorgung und Finanzierung wird nicht bestritten, es geht um die Frage des „Wie“ und

ob die grundsätzlich nachvollziehbaren Ziele tatsächlich erreicht werden können.

Vom DRG-System zur Vorhaltefinanzierung

Das seit dem Jahr 2004 bestehende DRG- Finanzierungssystem hat einen hohen Leistungsanreiz, da durch die Deckelung des Landesbasisfallwertes (LBFW) und auch die strukturelle Unterfinanzierung bei den Investitionen Betriebs- und Investitionskosten defizite nur durch höhere Fallzahlen ausgeglichen werden können. Zudem führen Fallzahlrückgänge zu einer Unterdeckung bei Struktur- bzw. Fixkosten. Die Probleme liegen allerdings weniger bei den DRGs selbst, sondern vielmehr in der Ausgestaltung des Finanzierungssystems insgesamt.

Bis 2016 waren sowohl Mehr- als auch Minderleistungen auf Landesebene beim Landesbasisfallwert erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen, damit sollte dem Tatbestand von fixen und variablen Kosten Rechnung getragen werden. Zusätzlich gab es einen bis zu dreijährigen Mehrleistungsabschlag auf Ortsebene und damit eine doppelte Degression bei Mehrleistungen. Krankenhäuser mit unterschiedlichen Leistungsentwicklungen waren gleich betroffen von den Anpassungen beim LBFW, was zu Ungerechtigkeiten im System führte. Um diesen starken Mengenanreiz und die doppelte Degression abzumildern, wurde mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) die Mengensteuerung von der Landes- auf die Ortsebene durch Streichung der Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim LBFW und Einführung eines Fixkostendegressionsabschlages zum 01.01.2017 verlagert. Ein systematischer Fehler hierbei war, dass Mehrleistungen mit einem Abschlag versehen sind, Minderleistungen aber zu 100% zu einem Budgetabzug führen, einschließlich deren Deckungsbeiträge für die Struktur- bzw. Vorhaltekosten. Mit der Streichung des § 10 Absatz 4 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) wurde auch die letzte Möglichkeit genommen, zumindest beim LBFW eine gewisse Berücksichtigung der Strukturkosten bei Minderleistungen zu verhandeln. Bis 2016 wurden die Kosten für Mehrleistungen nur in Höhe der variablen Kosten im LBFW eingestellt. Seitdem sehen wir in allen Bundesländern rückläufige Leistungen, insbesondere durch Corona, die vollständig aus dem Budget aus-

gegliedert werden. Die Krankenkassen haben während des Leistungsanstieges nur ca. zwei Drittel der DRGs bezahlt, ihnen fließen bei den Leistungsrückgängen der vergangenen Jahre aber 100% zurück. Auch das hat zu der aktuellen schwierigen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser beigetragen. Die mit dem KHVVG nun vorgesehene Berücksichtigung von Leistungsentwicklungen ähnelt in einem Punkt dem System bis 2016. Die Mengensteuerung erfolgt zukünftig wieder zumindest teilweise auf der Landesebene, nun aber nicht bezogen auf das Gesamtsystem in Höhe der variablen Kosten, sondern auf der Ebene von Leistungsgruppen (LG) in vollständiger Höhe der Erlöse. Jährlich ermittelt das InEK das Landesbudget je LG für das Folgejahr auf der Basis der Leistungszahlen des Vorjahres, also mit einem Zeitverzug von zwei, am Beginn sogar bis zu fünf Jahren. Erhöhen oder vermindern sich die Leistungen, passt sich entsprechend das Landesbudget an. Somit wird bei rückläufiger Leistungsentwicklung in einer LG in einem Bundesland allen Standorten auch die korrespondierende Vorhaltevergütung hierfür vollständig entzogen, so dass die verbleibenden Strukturkosten nicht mehr ausreichend refinanziert werden. Das Thema fixe und variable Kosten spielt hier keine Rolle. Gut für die Krankenhäuser bei steigenden Leistungen in einer LG auf Landesebene, schwierig aber bei Leistungsrückgängen, hier werden auch die Deckungsbeiträge für fixe Kosten aus dem System genommen. Das wird die wirtschaftliche Not von Krankenhäusern weiter erhöhen.

Regelungen im KHVVG zur zukünftigen Finanzierung in der Somatik

Voraussetzung: Zuweisung von LG und Mindestvorhaltezahlen (u.a. § 6a KHG)

Die Planungsbehörde weist den Krankenhausstandorten Leistungsgruppen (LG) zu und meldet dies bis 31. Oktober, erstmals zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 KHG an das InEK. Nach § 8 KHEntG dürfen ab dem 1. Januar 2027 Entgelte nicht

für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht zugewiesen wurde, dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Für Notfallpatienten wird nur die Rest-DRG finanziert, ein Vorhaltebudget gibt es bei nicht zugewiesener LG nicht. Vorhaltebewertungsrelationen (VBWR) dürfen nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahl nicht erfüllt bzw. die Planungsbehörde keine Ausnahme nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat. Hier dürfte höchstens die Rest-DRG abgerechnet werden. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 KHG veröffentlichten Liste (onkochirurgische Leistungen) genannt sind, für einen definierten Indikationsbereich Entgelte nicht berechnet werden (genannt ist hier § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8, d.h. alle Entgelte außer Pflege- und Vorhaltebudget dürfen nicht berechnet werden). Die Zuweisung von LG auf die Standorte hat die Planungsbehörde unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien der einzelnen LG vorzunehmen. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg gegeben, eine aufschiebende Wirkung hat eine Klage nicht. Faktisch bestehen damit nur geringe Möglichkeiten, bei einer negativen Auswahlentscheidung den Versorgungsauftrag einzuklagen, da die Leistungen bis zur abschließenden gerichtlichen Entscheidung nicht erbracht werden dürfen und auch nicht vergütet werden.

Ermittlung Vorhaltebewertungsrelationen (VBWR) und Vorhaltevolumen je Land und LG (u.a. § 37 Absatz 1 KHG)

Das InEK hat jährlich erstmals für den DRG-Katalog 2026 von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen zugrunde liegen, die variablen Sachkosten (laut Begründung Sachkosten für Medikamente, Implantate und medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a, 6b und 6c in der InEK-Kostenmatrix)) abzuziehen. Von diesen verminderten Kosten werden je DRG anschließend 60 % der Kosten ausgegliedert. Davon werden wiederum die Pflegepersonalkosten abgezogen. Wenn der Anteil der Pflegepersonalkosten an den ver-

Aktuelle Finanzierung:



Zukünftige Finanzierung: Vorhaltepauschalen als Teil der Krankenhausfinanzierung



¹⁾ Das Vorhaltebudget von 60% wird nach Abzug der variablen Kosten (verminderte Kosten) berechnet, daher ist das DRG-Budget auch größer als 40%, je LG sehr unterschiedlich.

minderten Kosten mindestens 60 % beträgt, beträgt die VBWR Null. Die VBWR für Fälle aus den Leistungsgruppen, die einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um die Zuschläge in Höhe des nach § 39 Absatz 4 berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog erstmals 2026 auszuweisen.

Das InEK hat bis zum 30. November das Vorhaltevolumen je Land als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen für das folgende Kalenderjahr zu ermitteln. Da die Planzuweisungen der LG erstmals zum 31. Oktober 2026 für das Jahr 2027 erfolgen, ist davon auszugehen, dass das Vorhaltevolumen erstmals für das Jahr 2027 ermittelt wird. Grundlage hierfür sind die von den Ländern je Standort gemeldeten Planfallzahlen für das folgende Kalenderjahr und die Ist-Leistungsdaten gem. § 21 KHEntG für das vorangegangene Kalenderjahr. Relevanz haben immer die Leistungen mit *bundeseinheitlichen* Bewertungsrelationen. Nicht einbezogen sind zum Beispiel krankenhausindividuell bewertete Leistungen, Zusatzentgelte etc.. Das ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der VBWR derjenigen Krankenhaufälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen. Maßgeblich sind die LG gemäß KHVVG bzw. deren Weiterentwicklung durch Rechtsverordnung.

Durch die Einführung eines Landesbudgets soll offenbar sichergestellt werden, dass dieses System insgesamt nicht zu Mehrausgaben für die Kostenträger führt. Das Problem, dass Deckungsbeiträge für Strukturkosten vollständig bei rückläufigen Leistungen aus dem System genommen werden, wird fortgesetzt. Hier zeigt sich schon, dass eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, zumindest bei sinkenden Leistungen in einer LG, kaum erreicht werden kann.

Abweichend von der oben genannten Ermittlung ist für die Jahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf Basis des Durchschnitts der Ist-Daten 2023 und 2024 zu ermitteln (für das Jahr 2026, soweit ein Land bereits für dieses Jahr eine LG-Zuweisung vornimmt). Begründet wird dies damit, dass Fehlanreize zur gezielten Fallzahlsteigerung in einem bislang vorgesehenen Referenzjahr 2025 vermieden werden sollen. Da nach dem coronabedingten Rückgang der Fallzahlen 2020-2022 ab 2023 die Fallzahlen teilweise wieder steigen, ist zu befürchten, dass durch diese neue Regelung (Änderungsantrag) die Vorhaltebudgets möglicherweise deutlich geringer ausfallen. Die Finanzierung bis einschließlich 2028 wird auf das Leistungsniveau 2023/2024 gedeckelt. Dies entzieht den Krankenhäusern in Ländern mit wachsender Bevölkerung (etwa Berlin) vermutlich erhebliche Finanzmittel bzw. führt zu Wartelistenmedizin, wenn zusätzliche Leistungen nicht finanziert werden. Dies kann insbesondere in LG mit steigenden Leistungen zu einem Problem werden (beispielsweise Geriatrie). Bisher stellte der retrospektive Ansatz eine Zeitverzögerung

von zwei Jahren da, nunmehr bis zu fünf Jahren, in denen weder die reale Krankheitslast noch Entwicklungen in der Medizin berücksichtigt werden. Bei der Ermittlung der Anteile der Standorte an dem Landesvorhaltevolumen bleibt es dagegen bei der Bezugnahme auf das Vorjahr. Hier zeigt sich ein weiteres Problem: Wenn ein Grouper auf Fachabteilungsschlüssel abstellt, werden im Jahr 2025 Korrekturen an der Schlüsselverwendung notwendig sein, da diese bislang sehr uneinheitlich verwendet wurden. Für die Ermittlung der Anteile 2027 könnte dann auf eine adjustierte Schlüsselverwendung in den § 21-Daten 2025 zurückgegriffen werden. Wenn aber das Landesbudget auf der Basis der Fachabteilungsschlüssel 2023/2024 ermittelt wird, ergeben sich möglicherweise erhebliche Differenzen und falsche Zuordnungen von Budgets zu Leistungsgruppen.

Vorhaltebudget je Krankenhaus und Standort (u.a. § 37 Absatz 2 KHG)

Das Landesvorhaltevolumen je LG ist auf die Standorte aufzuteilen. Maßgeblich für die krankenhausindividuellen Vorhalteanteile bei zugewiesenen Standorten sind die Planfallzahlen, wenn vom Land festgelegt und übermittelt, oder andernfalls die § 21-Fallzahlen für bewertete Leistungen des vorangegangenen Kalenderjahres. Bei der Zugrundelegung von Ist-Zahlen sind vom Planer festgelegte Leistungsverlagerungen (Konzentration) zwischen Standorten zu berücksichtigen. Hierfür hat das InEK ein Konzept bis 30. September 2025 zu erstellen. Voraussetzung ist, dass dem Standort die LG zugewiesen wurde und die Qualitätsanforderungen und die Mindestvorhaltezahle eingehalten wird. Der Vorhalteanteil ergibt sich, indem die jeweilige Fallzahl je Standort und LG mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Der Vorhalte-Casemixindex wird anhand der § 21-Daten des Vorjahres ermittelt. Bei neu zugewiesenen LG wird eine Planfallzahl und der CMI-Durchschnitt der LG verwendet.

Bei Verwendung der Ist-Fallzahlen wird bei Sicherstellungs-krankenhäusern mindestens die Mindestvorhaltezahle verwendet. Damit wird für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser eine finanzielle Verbesserung vorgesehen. Allerdings ist zu beachten, dass dadurch keine zusätzlichen finanziellen Mittel fließen, sondern die anderen Krankenhäuser im Land in dieser LG für diese Mittel aufkommen müssen - das heißt, dass deren Anteil an der LG sinkt. Dies geht insoweit zu Lasten der größeren Krankenhäuser in einem Land, abhängig davon, wie viele Sicherstellungs-krankenhäuser es gibt und an wie vielen Standorten in welcher Höhe die Mindestvorhaltezahle unterschritten wird.

Die Ermittlung der Anteile der Standorte an der LG sind erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres vorzunehmen, in dem das Land erstmals LG zugewiesen hat (spätestens also zum 30. November 2026). Die nächste Ermittlung erfolgt im

übernächstes Jahr (30. November) 2028), darauf alle drei Jahre (2031, 2034, ...). Soweit die Ist-Fallzahlen zur Berechnung des Anteils zur Anwendung kommen, ist nach der erstmaligen Ermittlung die bisherige Fallzahl so lange weiterzuverwenden, bis sie um mehr als 20 % nach oben oder unten abweichen (Korridor). Der Anteil kann sich dennoch ändern, wenn an anderen Standorten Veränderungen außerhalb des Korridors aufgetreten sind. Werden Planfallzahlen zur Ermittlung der Anteile herangezogen, gibt es keinen Korridor, und diese bleiben so lange konstant, bis der Planer Änderungen vornimmt (es wäre zu diskutieren, ob die Festlegung von Planfallzahlen auch einem kürzeren zeitlichen Rhythmus unterliegen sollten als dem bisherigen meist 4-5-jährigen Planungszyklus).

Wenn in einem Kalenderjahr, in dem keine Ermittlung erfolgt, das Land die Zuweisung einer LG aufhebt oder eine neue Zuweisung vornimmt, ein Krankenhaus seinen Betrieb ganz oder teilweise aufgibt, zwei Krankenhäuser oder Standorte sich zusammenschließen oder das Krankenhaus als sektorenübergreifender Versorger eingestuft wird (Ereignisse nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 bis 5) oder eine Mindestvorhaltezahle erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, eine Ermittlung des Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. Vermutlich werden daher gerade in den Anfangsjahren jährliche Neuberechnungen der individuellen Anteile erfolgen müssen. Es sei auch noch einmal darauf hingewiesen, dass trotz konstanter Anteile die Vorhaltebudgets Änderungen unterworfen sind, da die Landesbudgets sich jährlich ändern können. Es besteht also eine gewisse Abhängigkeit von den anderen Krankenhäusern in dieser LG und damit eine hohe Planungsunsicherheit.

Das InEK stellt jährlich bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, für das jeweils folgende Kalenderjahr durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe des ermittelten Landesvorhaltevolumen (als Summe von VBWR) und dessen Aufteilung auf die LG und die Standorte sowie die Höhe der Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin fest. Wenn ein Land im Jahr 2025 dem InEK LG-Zuweisungen übermittelt, hat das InEK bereits zum 10. Dezember 2025 dem Krankenhausträger eine Information über die aufgeteilten Vorhaltevolumina je LG zu übermitteln. Diese Information hätte aber keine rechtsverbindliche Wirkung, sondern dient lediglich einer ersten Information der Krankenhausträger. Das InEK veröffentlicht die krankenhaushausindividuellen Vorhaltevolumina und Förderbeträge auf seiner Internetseite. Da Krankenhäuser diesen Bescheid vermutlich anfechten können, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dies hat – möglicherweise nach Klage Jahre später. Stellt sich der Bescheid als falsch heraus, müssten alle Bescheide der an der LG beteiligten Krankenhäuser geändert werden. Regelungen sind hierfür nicht vorgesehen.

Da das InEK für die krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte keine Vorhalteanteile berechnet, werden diese Leistungen in der Vorhaltevergütung weder auf Landes- noch auf Standortebene berücksichtigt. Da der Vorhalteanteil nach Abzug der Sachkosten in den jeweiligen LG und individuell je nach Leistungsspektrum innerhalb der LG sehr unterschiedlich ist, ergeben sich auf Standortebene auch Unterschiede in den Vorhaltebudgets.

Fallzahlrückgänge auf Landesebene führen jährlich zur Reduzierung der krankenhaushausindividuellen Vorhaltebudgets und damit ggf. sogar bei konstanten oder sogar steigenden Leistungen des einzelnen Krankenhauses (aber auch umgekehrt). Wird bei Anwendung der Ist-Daten der Korridor im Jahr der Neuberechnung unterschritten (zum Beispiel -21%), bedeutet dies einen erheblichen Budgetverlust auf einmal (mit Wechselwirkungen zu anderen Standorten der LG), insoweit bestehen Probleme an den Grenzen der Korridore. Mitgeteilt zum 10. Dezember hat ein Krankenhaus allerdings Klarheit zumindest über die Höhe des Vorhaltebudgets für das Folgejahr, dies wird nicht mehr verändert und ist zumindest für dieses Jahr fallzahlunabhängig („Garantiebudget“).

Budgetvereinbarung (§ 6b, 7 KHEntgG)

Das Vorhaltebudget ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren und zu genehmigen. Das Krankenhaus erhält den InEK-Bescheid zum 10. Dezember und muss die Forderungsunterlagen für die Budgetverhandlungen bis zum 31. Dezember einreichen. Es ist kaum zu erwarten, dass die Budgetverhandlungen, die Erstellung der Budgetvereinbarung und deren Genehmigung bis Mitte des Jahres umgesetzt sind. Für viele Krankenhäuser wird nach den aktuellen praktischen Erfahrungen das vielleicht eher bis zum Ende des Jahres erfolgt sein.

Der prospektive Verhandlungsgrundsatz ist in § 11 KHEntgG, obwohl praktisch gar nicht mehr möglich, noch einmal betont worden. Statt einer Soll-Vorschrift für die bisherige 6-Wochenfrist zum Abschluss der Verhandlungen wurde dies nun in eine Muss-Vorschrift umgewandelt. Die Verhandlung ist 6 Wochen nach Aufforderung abzuschließen.

Es wird in der Regel zu Abweichungen zwischen den in der AEB ausgewiesenen VBWR und dem InEK-Bescheid geben. Die rDRGs werden für das Budgetjahr anhand der zu erwartenden Leistungsentwicklung geplant bzw. orientiert sich bei späterem Budgetabschluss an dem Ist des Budgetjahres. Die VBWR für das Vorhaltebudget ermittelt das InEK anhand der Ist-Zahlen des Vorjahres und wird vermutlich nicht DRG-bezogen, sondern aggregiert für eine LG beschieden. Ein Ausweis von VBWR in der AEB wäre hierfür nicht zwingend notwendig.

Unterjährige Veränderungen (u.a. § 37 Absatz 4 KHG)

Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 oder Nr. 3 genanntes Ereignis eintritt (Aufhebung einer LG, vollständiger oder teilweiser Wegfall des Versorgungsauftrages), ist der Bescheid für den Krankenhausträger mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses zu widerrufen.

fen. Das gilt zum Beispiel auch, wenn die Qualitätskriterien einer LG durchgehend länger als sechs Monate nicht eingehalten werden können (mit Ausnahmen). Ab diesem Zeitpunkt bekommt das Krankenhaus keine Vorhaltefinanzierung und Förderbeträge mehr bzw. darf die Leistungen auch nicht mehr abrechnen. Hierbei ist zu beachten, dass es zwischen den LG große Abhängigkeiten gibt (verwandte LG). Wird zum Beispiel die Qualitätsanforderung der LG Intensiv nicht mehr erfüllt, hat das Auswirkungen auf eine Vielzahl anderer LG.

Das InEK hat in diesem Fall für das Folgejahr das Vorhaltevolumen in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der Vorhaltevolumina für die genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Da die Patienten in anderen Krankenhäusern versorgt werden müssen, wird das Rest-Vorhaltebudget aus dem Ereignisjahr im Folgejahr pauschal den anderen Krankenhäusern in dieser LG übertragen. Dies führt natürlich zu Nachteilen für die Nachbarkrankenhäuser, die vermutlich die meisten Patienten des betroffenen Krankenhauses versorgen müssen, aber den Vorhalteanteil dieses Krankenhauses zumindest für den unterjährigen Zeitraum nur anteilig wie alle Krankenhäuser im gesamten Bundesland erhalten. Im Folgejahr erfolgt eine Neuberechnung der Vorhalteanteile für die restlichen Krankenhäuser. Aber: Bei Verwendung der Ist-Fallzahlen werden ja Vorvorjahresdaten verwendet, so dass die veränderten Fallzahlströme bei den Nachbarkrankenhäusern hier noch nicht erfasst werden. Das gilt auch bei Verwendung der Planfallzahlen, das Land müsste die Planfallzahlen zugunsten der Nachbarkrankenhäuser anpassen.

Konvergenzphase 2027 bis 2028 (u.a. § 37 Absatz 3 KHG, § 6b Absatz 6 KHEntG)

Die Konvergenzphase soll laut Begründung für die Krankenhäuser die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik erleichtern, Planungssicherheit geben und während der Übergangsphase die Systemstabilität sichern.

Das Jahr 2026 wird budgetneutral ausgestaltet, statt der bisherigen aDRG-BWR wird eine rDRG (Rest-DRG) und eine VBWR fallabhängig abgerechnet. Ab dem Jahr 2027 erfolgt die Zuweisung von Vorhaltevolumen je Standort und LG durch das InEK. Für die Jahre 2027 und 2028 ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 für das jeweilige Krankenhaus einen Konvergenzbetrag. Das Vorhaltevolumen je Krankenhaus wird im Jahr 2027 für alle seine Standorte addiert und von den für das Jahr 2026 vereinbarten und genehmigten VBWR abgezogen. Die Differenz wird mit 66 % multipliziert. In 2028 wird die Differenz aus 2028 und 2026 mit 33 % multipliziert. Der Ausgangswert (2026) ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten

VBWR und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Förderbeträge. Der Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Vorhalteentgelte abgerechnet.

Um insgesamt Finanzneutralität herzustellen, wird das Vorhaltevolumen je Land für die Jahre 2028 und 2029 vor der Aufteilung nach Leistungsgruppen und auf die Krankenhausstandorte in Abhängigkeit von den durch die Konvergenzphase ausgelösten Minder- oder Mehrausgaben erhöht oder abgesenkt. Das InEK bildet im Jahr 2028 für das Jahr 2027 und im Jahr 2029 für das Jahr 2028 für jedes Krankenhaus die Summe des Vorhaltevolumens über alle zugewiesenen LG. Diese Werte werden mit 2026 verglichen. Die Informationen über die für das Jahr 2026 vereinbarte Summe der VBWR erhält das InEK aus den § 21-Daten am 31. März 2027. Eine Regelung für Vereinbarungen, die erst nach diesem Datum vereinbart/festgesetzt werden, fehlt. Die sich daraus ergebende Differenz ist im Jahr 2028 (für das Jahr 2027) mit 66 Prozent und im Jahr 2029 (für das Jahr 2028) mit 33 % zu multiplizieren (Konvergenzergebnisse). Die ermittelten Konvergenzergebnisse sind im Anschluss durch das InEK für das jeweilige Land und das jeweilige Jahr unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Entsprechend dem Saldo der Konvergenzergebnisse je Land ist das Vorhaltevolumen je Land zu erhöhen (positiver Saldo) oder abzusenken (negativer Saldo). Das bedeutet, dass auch Fallzahlveränderungen, CMI-Veränderungen, Anpassungen aufgrund der neuen Krankenhausplanung (LG-Zuweisungen) auch in die Konvergenz eingehen. Eine Konzentration von Leistungen führt beispielsweise dazu, dass das Krankenhaus nur 33 % bzw. 66 % der zusätzlichen Leistungen finanziert bekommt. Das Krankenhaus, bei dem Leistungen/LG reduziert werden, erhält für die Nichterbringung dieser Leistungen noch 66 % bzw. 33 %.

Das ist insoweit wichtig, da die Bescheide des Landes zum 31. Oktober den Versorgungsauftrag stichtagsbezogen zum 01.01. festlegen. Bei neuen LG oder Konzentration von Leistungen müssen Krankenhäuser innerhalb kürzester Zeit (3 Monate) in der Lage sein, ihren neuen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Beim Entzug von Leistungen müssen innerhalb kürzester Zeit Strukturen abgebaut werden. Wie soll das bei mittelfristigen Personalplanungen und unbefristeten Verträgen gehen? Bisher hat das Krankenhaus über den Planungszeitraum beispielsweise fünf Jahre Zeit, seine Strukturen anzupassen. Durch die Verbindung mit der Vorhaltefinanzierung ist das nicht mehr möglich. Die Konvergenz des Vorhaltebudgets mildert das etwas ab, das Problem bleibt aber im Wesentlichen ungelöst. Für die Krankenhäuser, die Strukturen aufbauen müssen, besteht das Problem, dass sie hierfür auch erstmals nur eine anteilige Finanzierung in den beiden Jahren erhalten. Der Rückbau und der Aufbau von Strukturen muss daher konsequent durch den Transformationsfonds gefördert und entspre-

chend flankiert werden. Nur ist die Frage: Zahlen Krankenkassen und Länder wie vom Bund gewünscht auch in den Fonds ein? Die Krankenkassen haben große rechtliche Bedenken. Zu Recht, sie sind nicht für investive Mittel zuständig und es zahlen vermutlich die privat Versicherten, Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, Beamte usw. nicht in den Fonds ein. Und die Länder erfüllen ja noch nicht einmal die Regelfinanzierung. Ohne Strukturfinanzierung ist eine echte Reform aber zum Scheitern verurteilt.

Abrechnung des Vorhaltebudgets (u.a. § 7 KHEntgG)

Im Jahr 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation.

Die Krankenhäuser rechnen vom 1. Januar 2026 an neben der Rest-DRG eine VBWR aus dem DRG-Katalog fallbezogen mit der jeweiligen Krankenkasse ab. Ab dem Jahr 2027 erfolgt die Finanzierung des vollständigen Vorhaltebudgets unabhängig von der Leistungsentwicklung in diesem Jahr durch folgenden Mechanismus: Wenn das Krankenhaus nach dem 1., 2. und 3. Quartal feststellt, dass die Abfinanzierung des Viertels des Vorhaltebudgets gemäß Bescheid um 5 % unterschritten wird, kann für die verbleibenden Monate ein Zuschlag in Höhe der Unterschreitung jeweils bis zum 31. März, 30. Juni und 30. September verlangt werden. Die Unterschreitung ist gegenüber den Krankenkassen glaubhaft zu machen, eine Genehmigung erfolgt nicht (1. Erlösausgleich). Bis zum 28. Februar des Folgejahres stellt das Krankenhaus den Ausgleichsbetrag für das vorangegangene Jahr fest und lässt dieses innerhalb von 14 Tagen durch die Genehmigungsbehörde genehmigen. Der Ausgleichsbetrag wird innerhalb von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Vorhalteentgelte abgerechnet (2. Erlösausgleich). Spitz abgerechnet wird das Vorhaltebudget dann abschließend mit dem normalen Erlösausgleich bei der nächsten Budgetvereinbarung (3. Erlösausgleich). Dadurch soll sichergestellt werden, dass möglichst zeitnah das Vorhaltebudget ausgezahlt wird und die Krankenkassen in Abhängigkeit von deren Leistungsanteil in dem Krankenhaus entsprechend für die Finanzierung aufkommen.

Auch dies ist praktisch kaum so umsetzbar. Um die quartalsbezogenen Ausgleichs vornehmen zu können, braucht es aber ein vereinbartes und genehmigtes Vorhaltebudget, auch wenn dieses im Grunde sich „nur“ durch Multiplikation des VBWR gem. InEK-Bescheid und des LBFW ergibt und hier nichts zu verhandeln ist.

Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Absatz 2a KHEntgG)

Der Fixkostendegressionsabschlag ist letztmalig für das Jahr 2026 für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen anzuwenden und gilt damit für die Jahre 2026 bis 2028 (im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019). Der FDA ist auch in Bezug auf die Veränderungen beim Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab 2025 nicht anzuwenden.

Erlösausgleiche

Neben den oben beschriebenen drei Erlösausgleichen für das Vorhaltebudget ergeben sich auch Änderungen in Bezug auf den Erlösausgleich nach § 4 KHEntgG. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2027 nicht mehr ausgeglichen (bisher 20 %). Auch die Regelungen für abweichende Ausgleichssätze, zum Beispiel bei Transplantationen oder einer Pandemie, gelten ab 2027 nicht mehr, ein Mindererlösausgleich wird ausgeschlossen. Dies ist in Bezug auf die neuen Regelungen zum Vorhaltebudget in Teilen nachvollziehbar. Allerdings werden die Regelungen zum Mehrerlösausgleich beibehalten, auch hier werden die Krankenhäuser einmal mehr benachteiligt.

Folgen und Anreizwirkungen

Die Firma Vebeto hatte bereits in ihrer Studie¹⁾ zur Vorhaltefinanzierung Anfang 2024 verschiedene Schlussfolgerungen aus einer Auswirkungsanalyse im Vergleich zum DRG-System getroffen:

- Wenn die Fallzahlen überall konstant bleiben, liefern das a-DRG-System und r-DRG plus Vorhaltebudget dieselben Erlöse.
 - Die Vorhaltefinanzierung federt Erlösschwankungen ab, solange die Fallzahlen den 20 %-Korridor nicht verlassen.
 - Wachstum geht immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem a-DRG-System einher. Wird insgesamt ein Wachstum von 20 % überschritten, gleichen sich die Erlöse an. Wird beim Wachstum die 20 %-Schwelle nicht überschritten, bestehen fortlaufende Erlösnachteile. Dies kann eine systematische Benachteiligung großer Häuser bedeuten, für die es schwieriger ist, ein Wachstum von 20 % oder mehr zu erreichen.
 - In Schrumpfungsprozessen werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung abgedeckt, aber nur so lange, wie die Fallzahlreduktion pro Leistungsgruppe weniger als 20 % beträgt.
 - Beim Unterschreiten dieser Grenze erfolgt ein plötzlicher Abfall des Budgets.
 - Wenn ein Fallzahlrückgang am Haus mit einem ähnlich starken Schrumpfen des gesamten Marktes einhergeht, unterscheiden sich a-DRG-Erlöse und r-DRG plus Vorhaltebudget nur wenig.
 - Wenn der Gesamtmarkt schrumpft, während die Fallzahlen am Haus konstant bleiben, so entstehen dem Haus dennoch Erlösverluste durch einen Rückgang des landesweiten Vorhaltebudgets.
 - Eine Krankenhausreform, die die Zahl der Leistungserbringer reduziert und eine Patientenwanderung bewirkt, hat komplexe Folgen, die im Detail stark von den konkreten Verhältnissen abhängen.
 - Bei Entzug des Versorgungsauftrags für eine Leistungsgruppe besteht keine abfedernde Wirkung der Vorhaltefinanzierung.
- Im Fazit wird ausgeführt, dass im a-DRG-System die Erlöse abhängig von den Fallzahlen schwanken. Mit der Vorhaltefinanzierung schwanken sie auch, nur komplizierter und auf längeren Zeitskalen. Im Mittel und über lange Zeitskalen verhalten sich die Erlöse

gleich wie im a-DRG-System. In den Simulationen habe man keinen Anhaltspunkt dafür gefunden, dass die neue Art der Finanzierung kleinen Krankenhäusern hinsichtlich des wirtschaftlichen Überlebens hilft. Auch dafür, dass die Finanzierung den wirtschaftlichen Druck insgesamt nimmt, sah man in den Simulationen nur sehr beschränkt Hinweise. Spätestens nach dieser Analyse hätte eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Art einer Vorhaltefinanzierung stattfinden müssen. Die verschiedenen Anreizmechanismen sind komplex und vermutlich auch nicht durch eine Auswirkungsanalyse zum jetzigen Zeitpunkt ausreichend abbildbar.

Grundsätzliche Einschätzungen zur KHVVG-Vorhaltefinanzierung

Diese Form der Vorhaltefinanzierung ist nicht geeignet, um die formulierten Ziele einer Entökonomisierung, Entbürokratisierung und einer Existenzsicherung insbesondere auch der kleinen Krankenhäuser zu erreichen. Die Zusage, man nehme den Kliniken den ökonomischen Druck, damit Ärzte und Pflegekräfte wieder mehr Zeit für ihre Arbeit mit den Patienten haben, wird nicht eingehalten. Zudem ist die Umsetzung einerseits extrem detailliert und andererseits in Teilen unklar und lückenhaft. Ohne eine Erhöhung der Fallzahlen bleiben die Erlöse für Krankenhäuser, die sich bereits jetzt nicht ausreichend finanzieren können, weitgehend unverändert. Es besteht weiterhin eine Finanzierung in Abhängigkeit der Fallzahlen, jetzt nicht mehr nur krankenhausesindividuell, sondern auf Landesebene, was Planungen für einzelne Krankenhäuser erschwert und woraus Abhängigkeiten untereinander resultieren. Das neue System der Vorhaltevergütung verteilt vorhandenes Budget nur anders, aber unverändert fallabhängig. Eine Finanzierung von Vorhaltung, an das Beispiel der Feuerwehr sei erinnert, ist das nicht. Zugleich werden neue administrative Aufwände erzeugt, die bei allen Beteiligten zu einem weiteren Bürokratieaufwuchs führen könnten. Die hohe Komplexität setzt andere neue Anreize, die insgesamt noch nicht untersucht wurden.

Das Vorhaltebudget wird dem Krankenhaus am 10. Dezember für das Folgejahr mitgeteilt. Da die Höhe des Vorhaltebudgets von mehreren Faktoren abhängig ist, welche vom Krankenhaus in Teilen auch nicht beeinflusst werden können, ist eine seriöse Wirtschaftsplanung vor diesem Datum kaum mehr möglich. Die VBWR werden wie die DRG-BWR weiterhin nach der Mittelwertmethodik gebildet. Kleinere Einheiten erhalten danach meist eine unzureichende Vorhaltevergütung und würden für die Deckung der Strukturkosten im Grunde mehr Fälle benötigen. Eine Vorhaltefinanzierung in der Form ist nicht das Werkzeug, um eine zukunftsfähige Finanzierung zu etablieren.

Die Landesvolumina werden jedes Jahr auf Grundlage der tatsächlichen Leistungsentwicklung neu berechnet. Auf der Ortsebene werden lediglich die Anteile der Standorte an den Vorhaltevolumina auf Landesebene ermittelt (alle drei Jahre Ist oder Planfallzahlen). Somit wird bei rückläufiger Leistungsentwicklung in einem Bundesland allen Standorten auch die korrespondierende Vorhaltefinanzierung vollständig entzogen, so dass

die verbleibenden Strukturkosten nicht mehr ausreichend refinanziert werden.

Dem einzelnen Krankenhaus nützt es nichts, wenn in dem Korridor von 20 % oder bei der zugewiesenen Planfallzahl der Anteil an der LG konstant bleibt, wenn das LG-Budget insgesamt zurückgeht. Das kann auch dazu führen, dass ein Krankenhaus bei steigenden Leistungen Budgetrückgänge hat, wenn die Leistungen in der LG auf Landesebene insgesamt zurückgehen (und umgekehrt). Ein Anreiz zur Konzentration ist das nicht, ein Anreiz zur Ambulantisierung auch nicht, zumindest nicht auf Makroebene. Spieltheoretisch ist das ein Problem: Bei dem 20%-Korridor oder zugewiesener Planfallzahl entsteht auf Hausebene ein Anreiz, weniger Leistungen bei gleichem Vorhaltebudget zu erbringen. Der Bumerang kommt 2 Jahre später. Kurzfristig lässt sich das Betriebsergebnis vielleicht verbessern, doch die Gefahr ist groß, dass 2 Jahre später das Landesbudget sinkt und/oder der Anteil des Krankenhauses durch Neuberechnung oder eine Planungsentscheidung absinkt. Planung und Steuerung wird komplexer, da die Abhängigkeit von den Leistungsentwicklungen in anderen Krankenhäusern groß ist.

Fazit

Das Geflecht der Krankenhausfinanzierung aus DRG-, Psych- und Pflegebudget mit individuellen Entgelten und Zu- und Abschlägen, FDA und Erlösausgleichen etc. wird nochmals komplexer und schwer steuerbar. Vermutlich hilft dies Krankenhausberatern und Juristen mehr als den Krankenhäusern und der damit verbundenen Patientenversorgung. Es stellen sich viele Fragen der Umsetzung, die noch nicht abschließend beantwortet werden können. Mit den neuen Fristen für die Budgetverhandlungen mehr in Richtung Prospektivität kommen bereits große Herausforderungen sowohl auf Krankenhäuser als auch Krankenkassen zu. Dies wird mit den neuen Regelungen nochmals deutlich übertroffen und teilweise auch konterkariert.

Die weiter bestehende Unterfinanzierung bei den Investitionen, die Mengenabhängigkeit des Vorhaltesystems mit einem Verlust der Deckungsbeiträge für Struktur- und Vorhaltekosten bei rückläufigen Fallzahlen, die neuen Regelungen zur zukünftigen Finanzierung der Hybrid-DRGs (EBM), die weiterhin unzureichenden Regelungen zur Ambulantisierung und deren Finanzierung einschließlich der Notfallversorgung, falsche Anreize bei der Zulässigkeit und Finanzierung des Personaleinsatzes (Stichwort sonstige Berufe), der immens hohe und lähmende Bürokratieaufwand und, und, und – es ist nicht erkennbar, dass die Zielsetzung einer langfristigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser mit dem KHVVG erreicht wird. Die neuen, leider unzureichenden Zuschläge für bestimmte Versorgungsbereiche und die Regelungen zur Tarifraten und Orientierungswert können dies unter bestimmten Umständen vielleicht etwas abmildern, grundsätzlich ändern sie aber an der bestehenden Unterfinanzierung nichts. Ob es den Ländern gelingt, strukturelle Änderungen so zu entwickeln und zu finanzieren, dass hieraus mittelfristig Allokationseffekte zu einer nachhaltigen

Sicherung der Standorte resultieren, darf zurzeit noch bezweifelt werden.

Es erscheint insoweit ratsam, dass allein schon wegen dieser Vorhaltefinanzierung die Länder über den Vermittlungsausschuss Änderungen herbeiführen. Sinnvoll wäre es, in einer Übergangsphase mit bestehenden Instrumenten einen Einstieg in die Vorhaltefinanzierung vorzunehmen und mit dem Expertenwissen aus Krankenhäusern und Krankenkassen ein erfolgreiches und zukunftsfähiges Vorhaltemodell zu entwickeln. Denn die Notwendigkeit einer anteiligen Vorhaltefinanzierung wird nicht bestritten, nur sollte sie ihrem Namen auch gerecht werden und tatsächlich Vorhaltung fallunabhängig finanzieren.

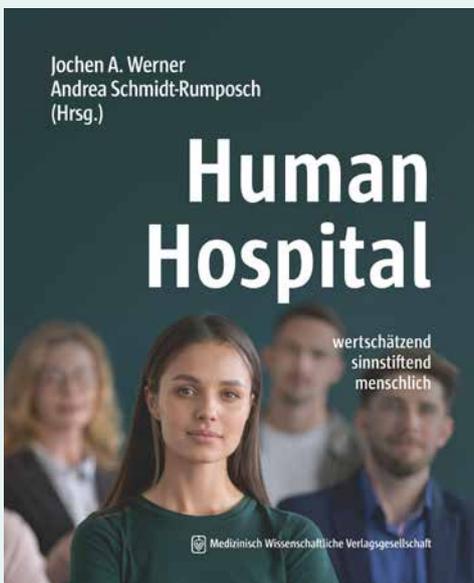
Man kann nur hoffen, dass die Verantwortlichen dies eingestehen, statt immer wieder die Vorzüge dieses Systems wider besseren Wissens zu wiederholen.

Anmerkungen

1) <https://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung>

Anschrift des Verfassers

Oliver Heide, Stellvertretender Geschäftsführer Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., Hallerstraße 6, 10587 Berlin



Bücher

Werner / Schmidt-Rumposch (Hrsg.): Human Hospital - wertschätzend. sinnstiftend. menschlich. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft., 2024, Softcover, 285 Seiten, ISBN 978-3-95466-855-7, 69,95 €

Die zukünftigen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem sind groß: Der demografische Wandel der Gesellschaft führt einerseits zu steigenden Patientenzahlen und andererseits zu einer Verstärkung des ohnehin dramatischen Fachkräftemangels. Die Kosten der Gesundheitsversorgung steigen unvermindert aufgrund immer besserer (und teurerer) Behandlungsverfahren. Allerdings blicken wir bereits heute auf die Endlichkeit wachsender Finanzmittel, beschleunigt durch globale Krisen und Erschütterungen. Unübersehbar ist auch, dass die Attraktivität des Gesundheitssystems für die Mitarbeiter Schaden nimmt und die Abwanderung von qualifiziertem Personal in Medizin und Pflege die Situation weiter verschärft. Das Gesundheitssystem in Deutschland wird sich verändern, ja neu aufstellen müssen. Viele fordern eine radikale Kehrtwende und eine Rückkehr zu mehr Menschlichkeit.

Das menschliche Krankenhaus stellt seine Patienten und Mitarbeiter in den Mittelpunkt. Human Hospital bedeutet: eine maximale Leistungsfähigkeit der Krankenversorgung, die spürbare Entlastung der Beschäftigten, eine enge, digitalgestützte Verknüpfung mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem, mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Wertschätzung und ausgeprägter Klima- und Ressourcenschutz.

Dieses Buch benennt die Herausforderungen in der sich wandelnden Gesellschaft und stellt dabei den Menschen in den Mittelpunkt. Welche Fragen beschäftigen die Patienten der Zukunft? Wie wandelt sich die Arbeitswelt Krankenhaus? Wichtige Zukunftsthemen auf Patienten- sowie auf Mitarbeitererebene werden beleuchtet: z.B. New Work, Resilienz, Transparenz, Ressourcenschonung oder Individualisierte Medizin. Das Buch stößt Diskurse an und stellt Fragen an die Gestalter und Entscheider im Gesundheitssystem. Die Herausgeber und Autoren ergreifen ihre gesellschaftliche Verantwortung bei der Bewältigung der originären Aufgaben des Gesundheitssystems: Menschen zu helfen und Menschen zu dienen. Und dies nicht nur medizinisch, sondern eben auch als Good Corporate Citizen.