

# Die weitere Umsetzung der Krankenhaus-Reform aus Sicht der AOK NordWest

40. Frühjahrskolloquium 2025 in Meschede



# Die aktuelle Ausgangslage

Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen

(Neue) Rahmenbedingungen für die Gesundheitspolitik

Notwendigkeit einer Reform in der Krankenhausversorgung

## Wo wir stehen

### Das deutsche Gesundheitssystem ist ...



... eines der teuersten der Welt,  
**aber** finanzielle Ressourcen führen nicht immer zu mehr **Qualität**.

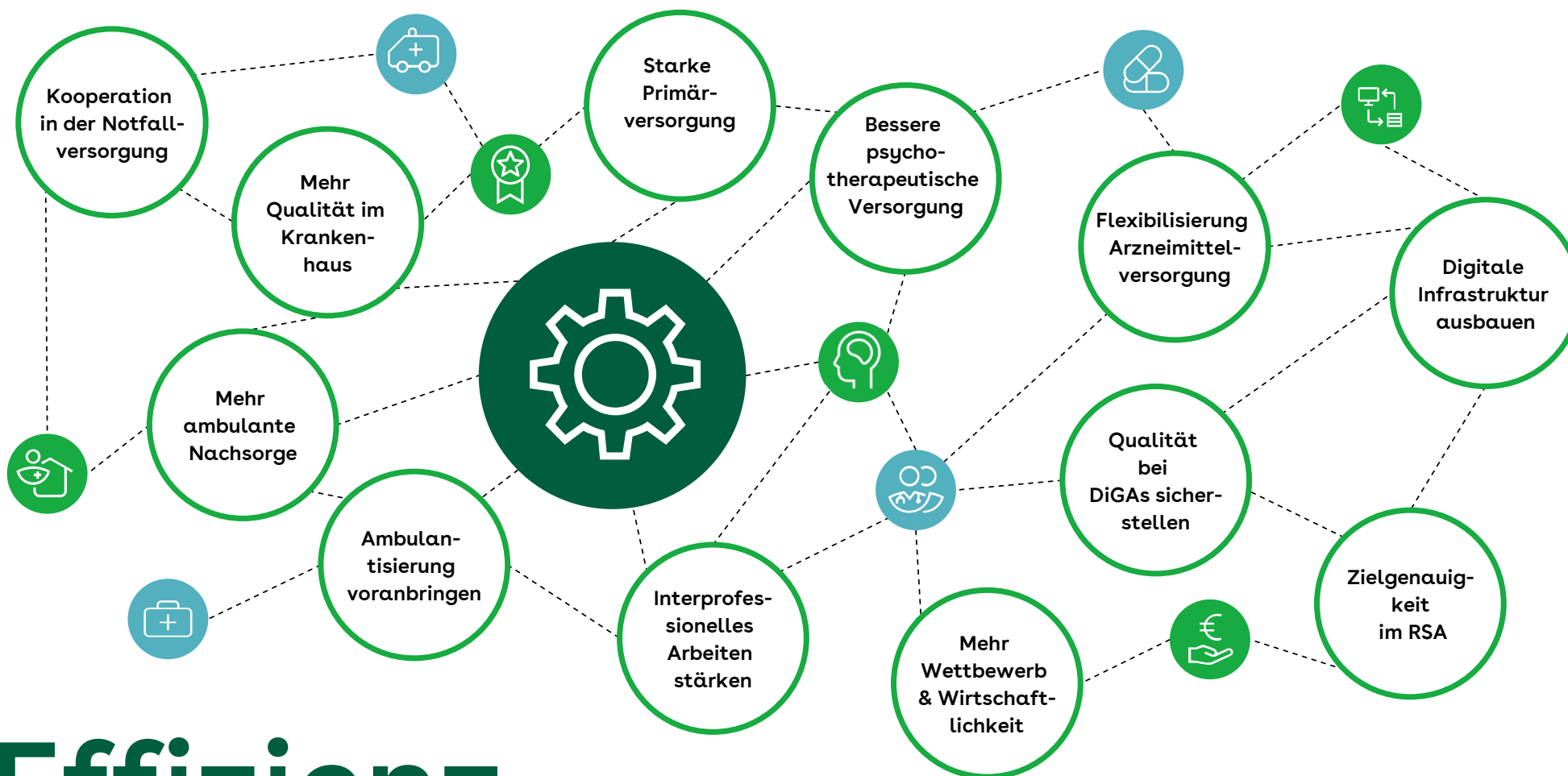
... zunehmend zentralistisch gesteuert,  
**aber** vergisst dabei **regionale Unterschiede**.

... prinzipiell leistungsfähig,  
**aber** nicht nachhaltig für die **Zukunft** aufgestellt.

... Stützpfeiler der sozialen Sicherheit,  
**aber** droht **benachteiligte Gruppen & Regionen** zu vergessen.

... durch die Menschen finanziert,  
**aber** wird von vielen nicht mehr **verstanden**.

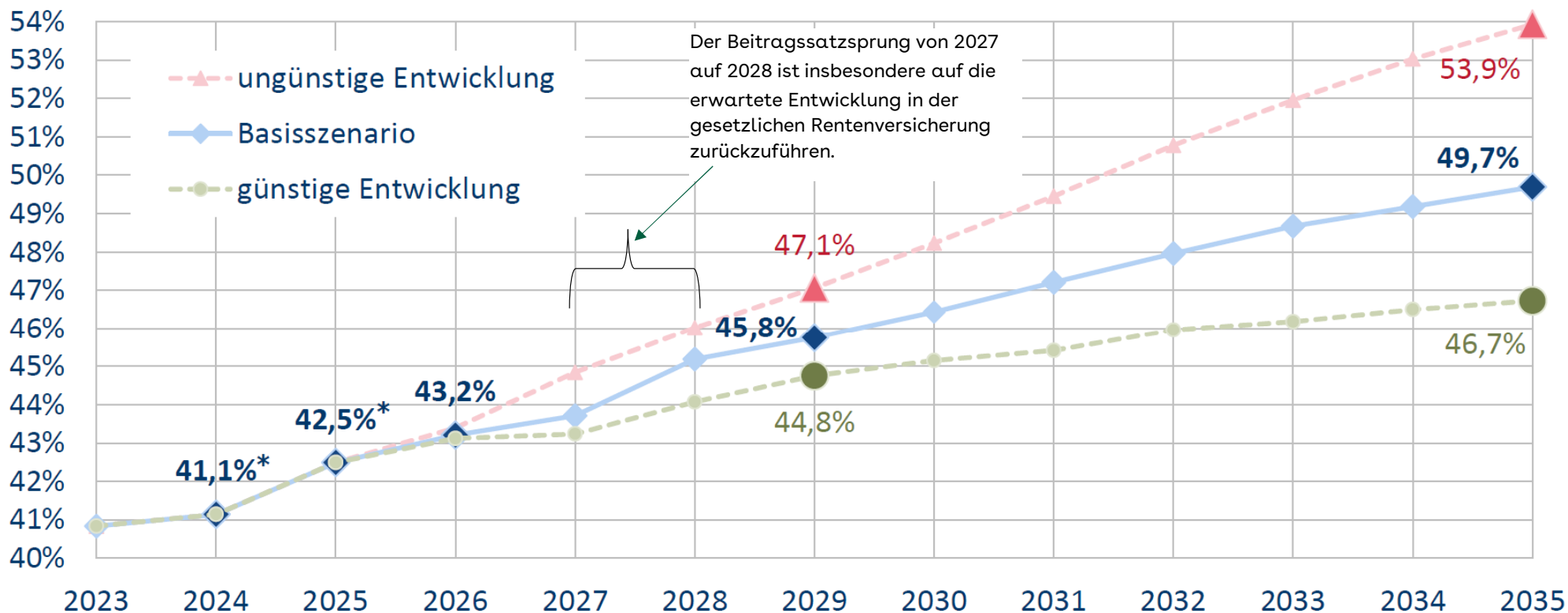
# Weniger Verschwendung, mehr Effizienz



# Effizienz.

# Der ausgabendeckende Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz steigt je nach Szenario bis zum Jahr 2035 auf bis zu 53,9% an

Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung – Projektion bis 2035 des IGES Institut inkl. Rentenpaket II. Ohne das Rentenpaket II fällt der erwartete Anstieg des GSV-Beitragsatzes 0,9%-Punkte niedriger aus.



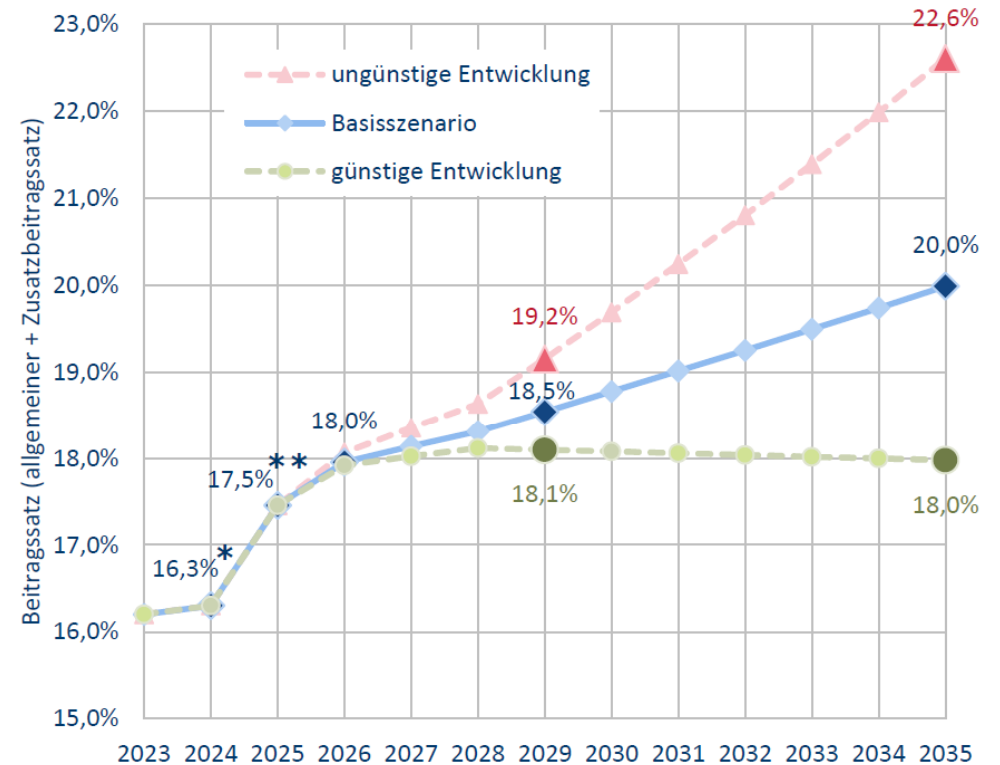
Anmerkung: \* Für das Jahr 2024 mit durchschnittlichem GKV-Zusatzbeitragssatz gem. § 242a SGB V sowie für die Jahre 2024 und 2025 mit durchschnittlich tatsächlich erhobenem SPV-Beitragsatz

Quelle: Darstellung und Daten = Präsentation des IGES Institut vom 21.01.2025, [www.iges.com](http://www.iges.com)

# Der ausgabendeckende Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung steigt je nach Szenario bis 2035 auf bis zu 22,6% an

Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung – Projektion bis 2035 des IGES-Instituts

beitragssatzrelevante Einflussfaktoren	<b>günstiges Szenario</b>	<b>Basis-szenario</b>	<b>ungünstiges Szenario</b>
Entwicklung der <b>beitragspflichtigen Einnahmen</b> ab 2029 (Ø p.a. je Mitglied) <sup>1</sup>	+4,0%	+3,0%	+2,0%
Entwicklung der <b>Leistungsausgaben</b> ab 2027 (Ø p.a.) <sup>2</sup>	+4,0%	+4,5%	+5,0%
Ausgabeneffekte der <b>Krankenhausreform (KHVVG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transformationsfonds: +2,5 Mrd. € p.a.</li> <li>Tariffinanzierung, Förderung Sonderbereiche 2024-2025: +0,7 Mrd. €</li> <li>ab 2030 per Saldo Minderausgaben wegen erwarteter Effizienzgewinne</li> </ul>		
Ausgabeneffekte einer potenziellen <b>Entbudgetierung der Hausärzte</b>	-	-	+0,3 Mrd. € (ab 2026)



1 = Zeitraum bis 2029 bpE-Entwicklung gemäß mittelfristiger Finanzplanung für den Bundeshaushalt (BMF) für alle Szenarien

2 = im Zeitraum 2024-2026 Annahme überdurchschnittlicher Ausgabenzuwächse (Ø +6,8% p.a.)

\* = für 2023 und 2024 mit durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz gem. § 242a SGB V (nicht ausgabendeckend)

\*\* = Für 2025 entspricht der ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz in etwa dem zum 01.01.2025 durchschnittlich tatsächlich erhobenen Beitragssatz von 2,9%.

Quelle: Darstellung und Daten = Präsentation des IGES Institut vom 21.01.02025, www.iges.com



# Koalitionsverhandlungen zur 21. Legislatur

Bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung

Effizienz und Ökonomie bei begrenzten Ressourcen

# Rahmenbedingungen für die 21. Wahlperiode

## Langfristige Trends

- Wirtschafts- und Gesellschaftssystem durch multiple Krisen unter dauerhaftem Stress
- Verschiebung von politischen Prioritäten
- Verteilungskampf um Finanzmittel

## Aktuelle Entwicklungen

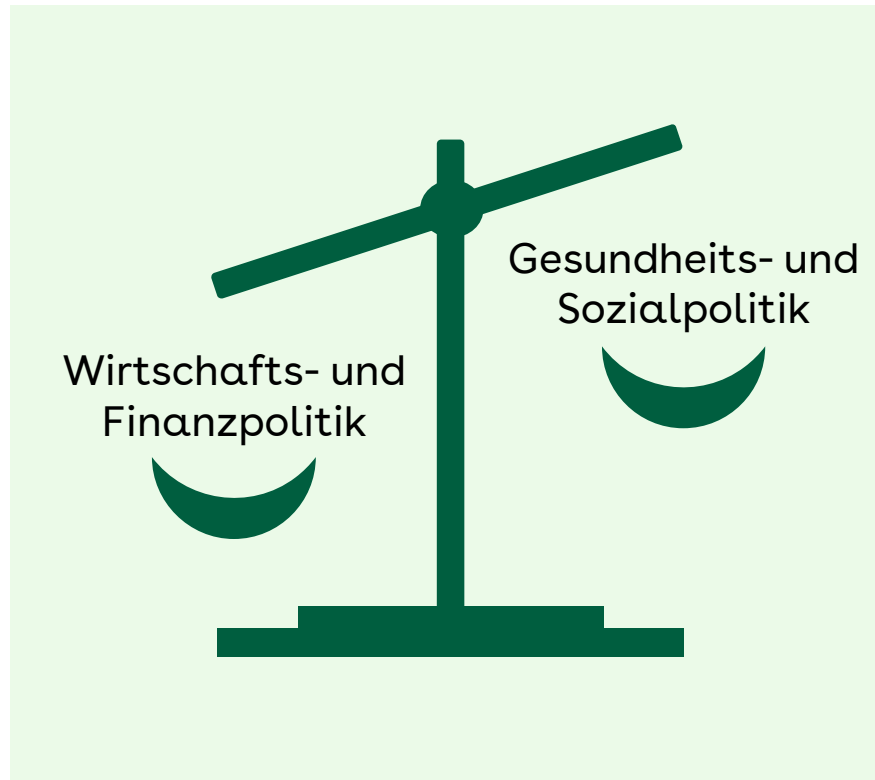
- Machtwechsel in den USA: Deutschland und Europa müssen sich politisch von den USA emanzipieren
- Krieg in der Ukraine: Finanzielle Ressourcen fließen verstärkt in Verteidigung
- Trendwende: Der politische Megatrend Klima/Nachhaltigkeit wird zunehmend durch Resilienz/Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland abgelöst



Die Rahmenbedingungen für das politische Handeln in der 21. Wahlperiode haben sich deutlich verschärft. Es kann nicht mehr ausgeschlossen werden, dass es in allen Bereichen zu politischen **Reformen mit disruptivem Charakter** kommt – auch im Gesundheitswesen.

# Auswirkungen auf politische Schwerpunkte

Reform der  
„Schuldenbremse“  
soll haushalts-  
politische Spielräume  
schaffen



## Vorzeichen für die (Gesundheits-) Politik der neuen Bundesregierung

- Weiterhin Verschiebung politischer Prioritäten: **Fokus auf Resilienzförderung mit Blick auf Katastrophen- und Verteidigungsfall**
- Stärkere Berücksichtigung anderer thematischer Perspektiven im Rahmen von Gesundheitspolitik: **Wirtschaftspolitik, Finanzpolitik, Sicherheitspolitik, Sozialpolitik**
- Vorzug **pragmatischer Lösungen** vor langwierigen und komplexen Reformen

Sondierung vom 28. Februar bis 8. März

# Sondierungsergebnisse mit Bezug zu Gesundheit und Pflege

## II. Wirtschaft

### Strategische Industrien stärken

„Es ist in unserem Interesse, strategisch wichtige Branchen in Deutschland zu halten bzw. neu anzusiedeln, z.B. ... oder auch **Pharma.**“

## V. Weitere ausgewählte Vorhaben

„Die Gesundheitsversorgung muss für alle gesichert bleiben. Wir wollen eine **große Pflegereform** auf den Weg bringen.

Wir stehen für eine **bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** in der Stadt und auf dem Land.“

## Sondervermögen Infrastruktur

„Mit einem **Sondervermögen von 500 Milliarden Euro** bringen wir unser Land wieder in Form – durch Investitionen in Straßen, Schienen, Bildung, **Digitalisierung**, Energie und **Gesundheit.**“

## I. Finanzierung

„Dieses Sondervermögen soll für **Investitionen in die Infrastruktur** dienen. Dies umfasst insbesondere Zivil- und Bevölkerungsschutz, Verkehrsinfrastruktur, **Krankenhaus-Investitionen** ... und **Digitalisierung.**“

## Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze








SPD



### Steuermittel für „gesamtgesellschaftliche“ Aufgaben:

- Kostendeckende **Beiträge für Bürgergeldempfänger** bereits ab 2025 (9-10 Mrd. EUR)
- **Dynamisierung des Bundeszuschusses** analog zum Grundlohnzuwachs ab 2026 (2026: ca. + 720 Mio. EUR)
- GKV-Anteil am **Krankenhaus-Transformationsfonds** entfällt (ab 2026 je 2,5 Mrd. EUR/Jahr für 10 Jahre)
  
- Keine Aussagen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs






- Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik 
- Anhebung der pauschalen GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende 
- Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV 
- **Klare** Trennung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und originären Aufgaben der GKV 
- Weiterentwicklung des RSA auf Basis der Empfehlungen des BAS-Expertenbeirates 

Wichtige Kernforderungen der AOK-Gemeinschaft zur **Finanzierung von versicherungsfremden bzw. gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Steuermitteln** finden sich im AG-Ergebnis wieder. Ein Bekenntnis zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik fehlt.

# Krankenhausreform soll „nachgebessert“ werden



- **Nachbesserung der Krankenhausreform**  
(Abschluss bis zum Sommer):
  - Ausnahmen von den Vorgaben (Qualitätskriterien-, Mindestfallzahlen), für Grundversorgung (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe) und Notfallversorgung im ländlichen Raum
  - Zuweisung der (NRW-) Leistungsgruppen zum 01.01.2027
  - Einführung der Vorhaltevergütung: 2027 „budgetneutral“, Konvergenzphase wird um 1 Jahr verlängert
- **„Nachschlag“ für bedarfsnotwendige Krankenhäuser**
  - „Betriebskostenlücke“ 2022/2023 in Höhe von 4 Mrd. Euro soll aus Steuermitteln finanziert werden
- **Bundesmittel für Krankenhaus-Transformationsfonds**

- Qualitätsorientierte Modernisierung Klinik-Landschaft 
- Nachschärfung der Krankenhausreform:
  - Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen konsequent umsetzen 
  - Fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung 
- Kein „Nachschlag“ nach Gießkannenprinzip 
- Transformationsfonds ohne GKV-Mittel 

Die „Nachbesserungen“ tragen die Handschrift der Länder. Es besteht das Risiko, dass durch Ausnahmen die **Qualitätsvorgaben aufgeweicht werden**. Es bleibt fraglich, ob der „Betriebskostennachschlag“ tatsächlich aus Steuermitteln finanziert wird.

# Notfallreform steht an erster Stelle



## Programm für die ersten 100 Tage:

### • **Notfallreform und Rettungsdienst**

- Gesetze sollen **auf Grundlage der bisherigen Entwürfe** auf den Weg gebracht werden
- Flächendeckend soll ein **strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren** ermöglicht werden
- Ärzte sollen im KV-Bereitschaftsdienst sozialversicherungsfrei arbeiten können

### • **Stärkung der Patientenrechte**

### • **Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung**

- Verbesserung des Notfallmanagements
- Aufbau zentraler Leitstellen und integrierter Notfallzentren, Einführung von standardisierten Ersteinschätzungsverfahren ...
- Patientenrechte müssen weiterentwickelt werden





Die AG setzt mit der Notfallreform **richtige Prioritäten**. Die Realisierung der damit verbundenen Einsparpotenziale – lt. AG bis zu 1 Mrd. EUR p. a. (Notfallversorgung) bzw. 500 Mio. EUR (Rettungsdienst) – erscheinen allerdings fraglich.

# Fazit der ersten Ergebnisse der AG Gesundheit und Pflege



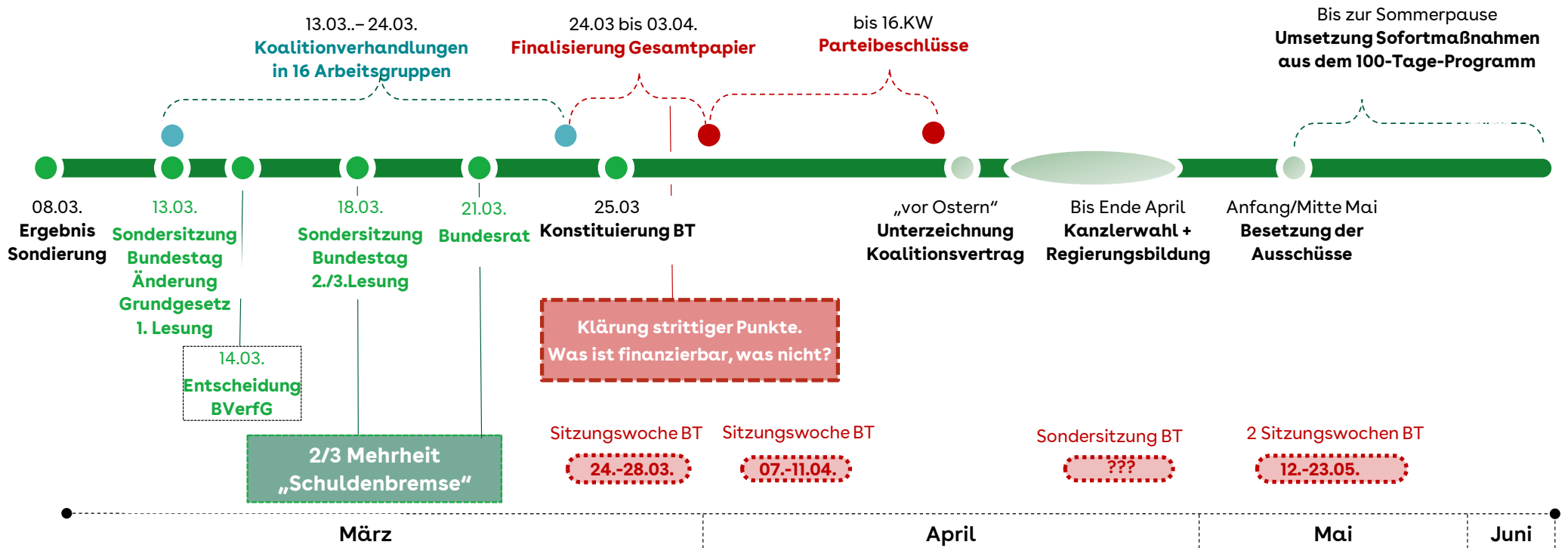
## Richtige Signale zur Finanzverantwortung des Bundes, fehlende Fantasie bei der Ausgabenbegrenzung

-  Die notwendigen Korrekturen wie **höhere Bürgergeldpauschalen** für die GKV, die **Erstattung der Corona-Kosten** in der Pflegeversicherung und die Übertragung der **Krankenhaus-Transformationskosten** auf Bund und Länder sind zu begrüßen. Positiv ist auch, dass die **Primärversorgung kollektiv** eingeführt und dass die **Terminvermittlung** reformiert werden soll. Auch das Aufgreifen der Entwürfe der **Notfallreform sowie des Pflegekompetenzgesetzes** und eine rasche Umsetzung dieser Reformen sind positiv zu bewerten.
-  Problematisch ist, dass bezüglich der **Ausgabenbegrenzung** nichts vorgesehen wurde: Das **Entbudgetierungssignal in Richtung Fachärzte** sowie das komplette **Ausklammern des Arzneimittlereiches von Einsparungen** zeigen das hohe Risiko für Ausgabensteigerungen, die von diesem Vorschlag ausgehen. Auch das angedachte **Aushöhlen des Wirtschaftlichkeitsgebot** unter dem Deckmantel der Entbürokratisierung und die Tatsache, dass es im **Präventionsbereich zu nicht mehr als Lippenbekenntnissen** reicht sind zum Nachteil der Beitragszahlenden.

Insgesamt ist zu bezweifeln, dass die **Steuermittel nach Gesamtschau aller Arbeitsgruppenergebnisse und nach Abstimmung in der 19er Gruppe** auch wirklich in dem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

Wie geht es weiter?

# Möglicher Zeitstrahl für die Regierungsbildung





# Warum brauchen wir Klinikstrukturreformen?

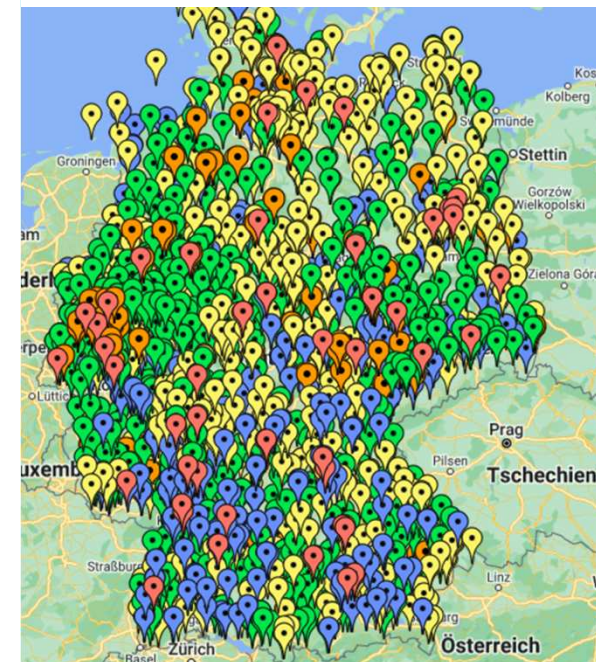
Bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung  
Effizienz und Ökonomie bei begrenzten Ressourcen

# Die Krankenhausreform (KHVVG) war zentrale Aufgabe der vergangenen Legislaturperiode

## Modernisierung der Klinikstrukturen – Ziele aus Sicht der AOK

- Sicherung einer **zukunftsfesten vollstationären Versorgung**
- Bessere **Versorgungsqualität** durch Leistungskonzentration und Verminderung des Mengenanreizes
- **Sektorenübergreifende Transformation:** Schaffung von verlässlichen und erreichbaren Versorgungsangeboten
- Schaffung **attraktiver und zukunftssicherer Arbeitsplätze** für die Mitarbeitenden
- **Minderung des Fachkräftemangels** durch Abbau vollstationärer Kapazitäten (Ambulantisierung, Leistungskonzentration)
- Solvente Krankenhäuser und klare Trägerperspektiven
- **Wirtschaftlicherer Einsatz der Finanzmittel** im Interesse der Beitragszahlenden

## Übersicht über alle Krankenhäuser in Deutschland – nach Größen



Quelle: Bschor, Vortrag vom 11.10.2023

# Mehr Geld für weniger Leistung – Ineffizienz im Kliniksektor I

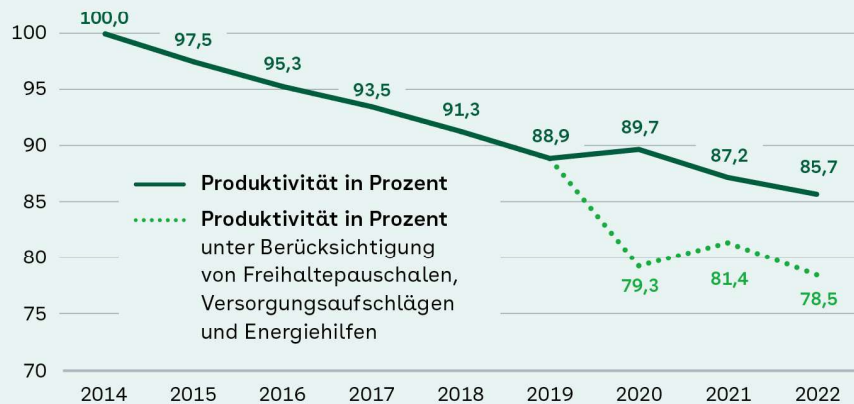
## Kostenentwicklung

Entwicklung der allgemeinen Preise und der Landesbasisfallwerte von 2014 bis 2024



## Produktivität

Rückgang der Produktivität in der akutstationären Versorgung im Verhältnis zu 2014



(\*): 2024 eigene Berechnung auf der Basis von Destatis

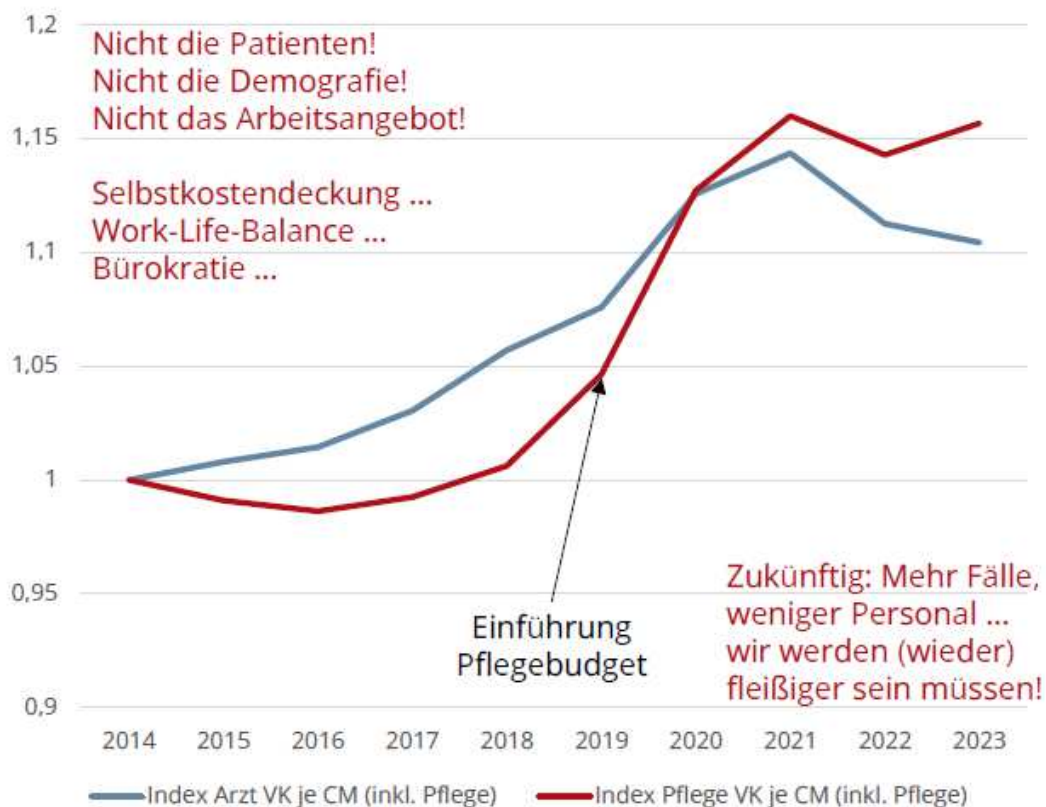
Quelle: Destatis, GKV-Spitzenverband

Illustration: AOK

Die Gründe für den **Produktivitätsverlust**:

- Finanzierung mit der „**Gießkanne**“ unabhängig von konkreten Bedarfen
- **Inflationsentwicklung** seit 2021/22 trägt gleichwohl zumindest temporär zur Verstärkung der **Finanzierungsprobleme** in Kombination mit den Fallzahlentwicklungen und Änderungen in der Erlösmechanik (Ausgliederung Pflege) bei
- Vorgaben zu **Pflegepersonaluntergrenzen** und die Ausgliederung des Pflegebudgets
- Optionen zur **Produktivitätsverbesserung** bestehen u. a. über die Reduktion der stationären Kosten durch **Kapazitätsanpassungen** und **Ambulantisierung**

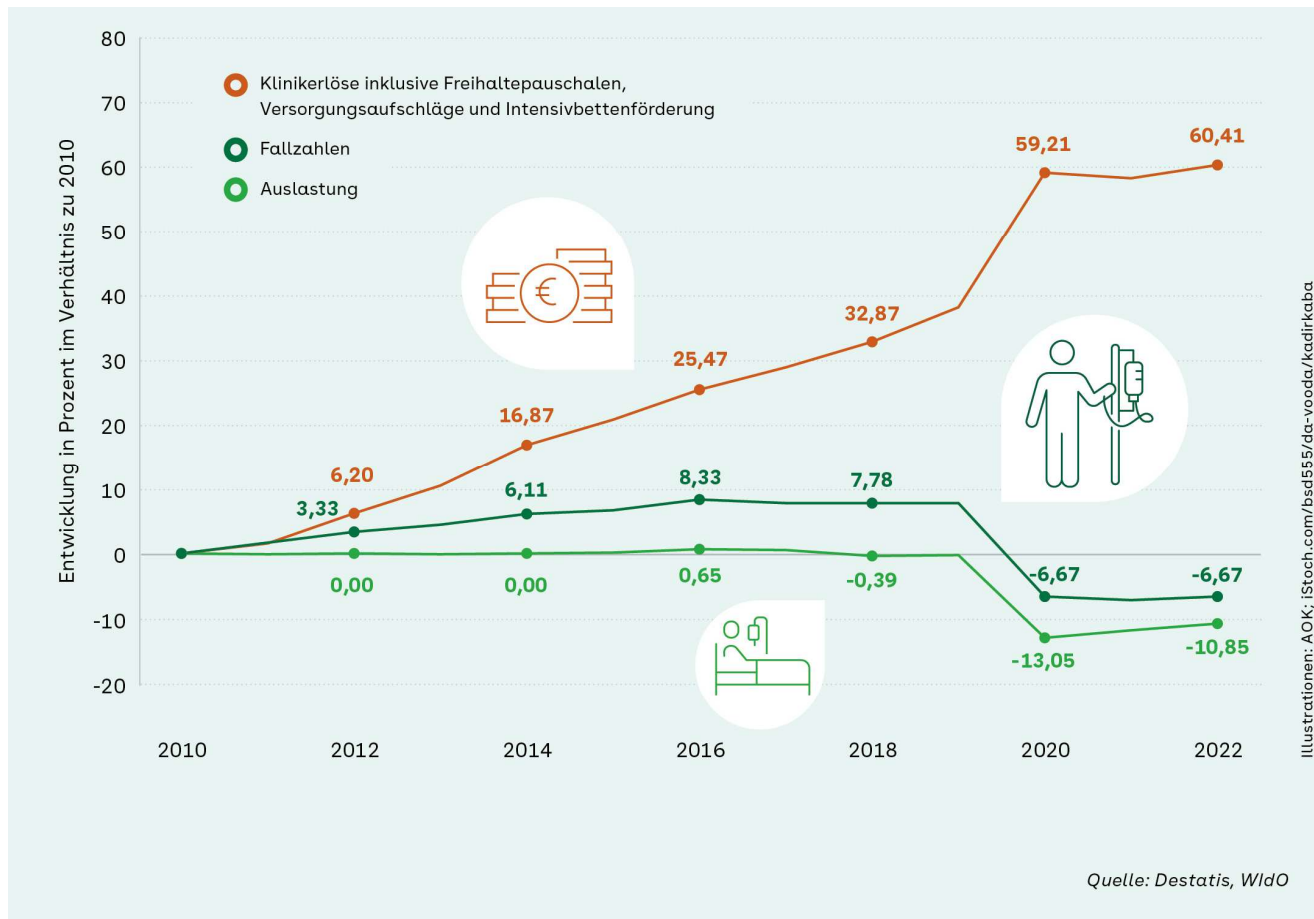
# Personalproduktivität Entwicklung der Vollkräfte (VK) je Casemixpunkt



Quelle: Grafik GKV SV, Daten: Destatis, § 21 KHEntgG-Daten, GKV-SV Berechnungen

- § 137i: Pflegepersonaluntergrenzen
- § 137j: Pflegepersonalquotient
- § 137k: Personalbemessung in der Pflege
- § 137l: Weiterentwicklung der Personalbemessung
- § 137m (neu): Bemessung des ärztlichen Personals
- § 137n (neu): Bemessung sonstiges Personal
- *Wofür bekommt der Geschäftsführer sein Geld?*
- *Perspektivisch fixierte Bereiche: Pflegebudget, Vorhaltung, Ärzte, sonstige Berufe ...*
- *So viele VK im Krankenhaus wie nie!*
- *Bei voller Tariffinanzierung ...*

# Mehr Geld für weniger Leistung – Ineffizienz im Kliniksektor II



- Die Mittel aus dem **Corona-Schutzschirm** haben in weiten Teilen Strukturen aus dem Jahr 2019 konserviert
- Die **stationären Fallzahlen** liegen im Durchschnitt immer noch deutlich unter den Werten aus dem Jahr 2019
- Die **gebäudetechnische Infrastruktur** der Krankenhäuser ist häufig **veraltet** und auf andere Kapazitäten und Versorgungsprozesse ausgelegt
- Die **Investitionskosten werden** weiterhin durch die Länder **nicht** angemessen **finanziert**
- Die **personellen Ressourcen** im ärztlichen und pflegerischen Dienst **sind stetig gewachsen** und **dennoch herrscht ein Fachkräftemangel**, weil die Ärzte/Pflegekräfte auf zu viele Einrichtungen verteilt werden müssen

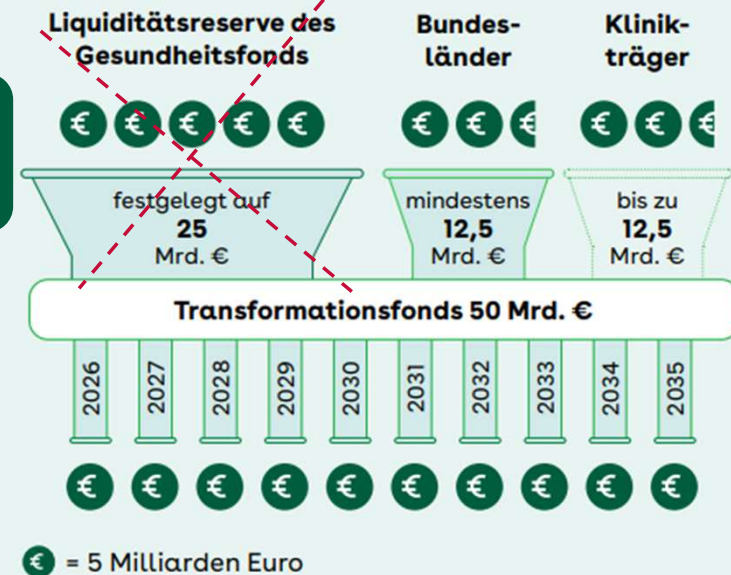
Krankenhausreformen erzeugen Finanzierungsdruck

# Erhebliche Mehrkosten für die GKV

Ausgaben	Mehrkosten Jahr €
Transformationsfonds	ab 2026 mind. 2,5 Mrd.
100% Tarifkostenrefinanzierung	n. b.
Orientierungswert Streichung Vorgaben Ausgabendeckelung	Ab 2025 n. b.
Zusätzliche Finanzierungstatbestände wie	750 Mio.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben</li> <li>• Spezielle Vorhaltung Hochschulkliniken</li> <li>• Pädiatrie</li> <li>• Geburtshilfe</li> <li>• Stroke Unit</li> <li>• Spezielle Traumatologie</li> <li>• Intensivmedizin</li> <li>• Notfallversorgung</li> </ul>	<p>125 Mio.</p> <p>75 Mio.</p> <p>288 Mio.</p> <p>120 Mio.</p> <p>35 Mio.</p> <p>65 Mio.</p> <p>30 Mio.</p> <p>33 Mio.</p>

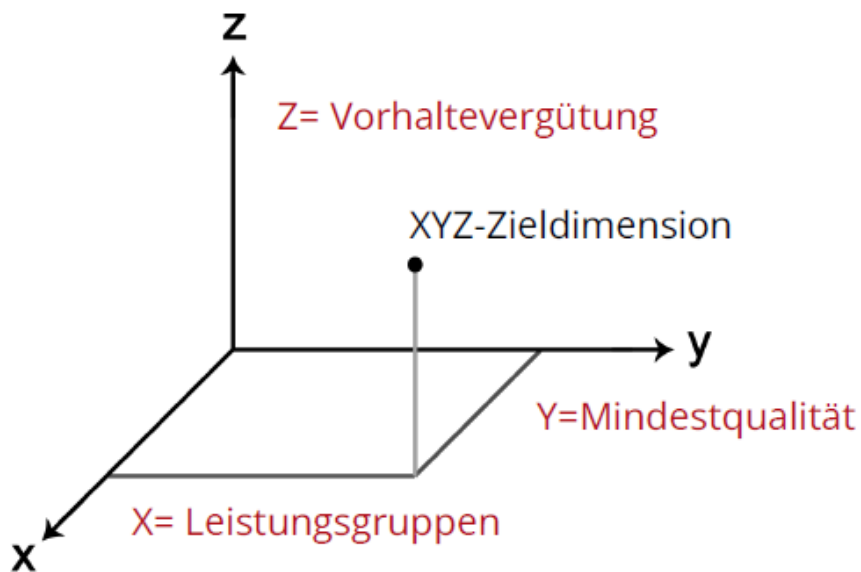
Entfällt nach  
aktuellem Stand

## Krankenhausreform: GKV-Versicherte sollen beim Strukturwandel die Hälfte der Kosten tragen



Der Transformationsfonds soll je zur Hälfte aus Geldern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesländer finanziert werden. Klinikträger können bis zu 50 Prozent der Länderanteile übernehmen. *Quelle: BMG*

# KHVVG-Instrumentenkasten – Drei Dimensionen



Quelle: GKV-SV

X) Leistungsgruppen (LG) bestimmen den Grad der Spezialisierung der Krankenhäuser und der Planung („Produkt“).

Y) Mindestqualitätsvorgaben der LG, Mindestvorhaltefallzahlen und Planfallzahlen bestimmen die Anzahl der Anbieter in der LG („Wettbewerb“).

Z) Vorhaltevergütung bestimmt den Umfang der „Produktion“.

Wie viel Bedarf gibt es?

Wie viel Geld fließt?

Welche Menge ist leistbar? („Preis und Menge“)?

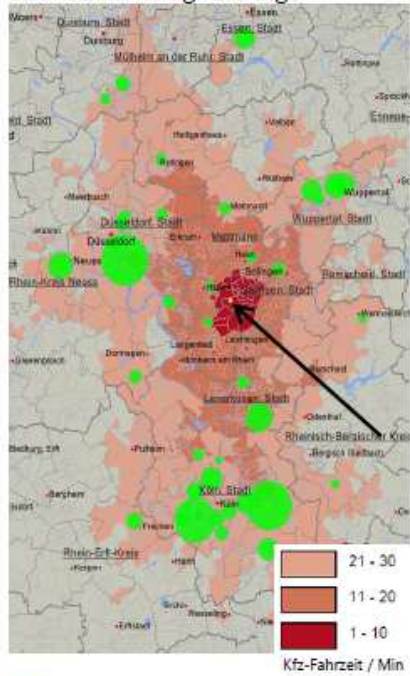
Was ist ein Krankenhaus?

Was heißt gebraucht?

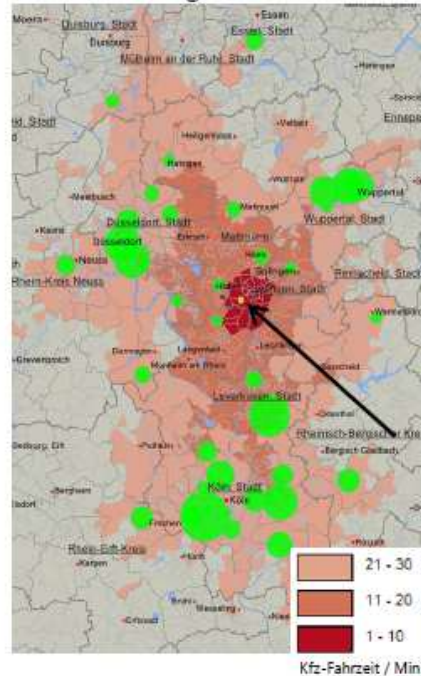
Fallbeispiel: Schließung St. Lukas Klinik Solingen

# Sicherstellung der stationären Grundversorgung bei weiterer Konzentration nicht grundsätzlich gefährdet

Dimension 1: Allg. Chirurgie



Dimension 1: Allg. Innere



Quelle: <https://solingenmagazin.de/solingen-st-lukas-klinik-hat-fuer-immer-ihre-pforten-geschlossen/>

Schließung der St. Lukas Klinik  
Versorgung bleibt gesichert

Der GKV-Spitzenverband hat die Umsetzung einer flächendeckenden Versorgung in Solingen analysiert. Bestenfalls hat der Verband das gesamte mit seinem Tarif- und Tarif-Landesrecht dominierte Ruhrgebiet abgedeckt.

Von Johannes WUPF, Franziskus Rösler-Schwarz und Iker Klein-Hoffelt

Die beiden überbedarfsdeckenden Krankenhäuser – das ist eine Kombination von drei verschiedenen Dörfern, die die Patienten in der Obhut haben – im Kreis der Krankenkassen damit eine besondere Stelle einnimmt. Ein solches überbedarfsdeckendes Krankenhaus ist in der Regel ein Spezialklinikum, das eine Vielzahl von Spezialbehandlungen anbieten kann. Die beiden überbedarfsdeckenden Krankenhäuser sind die St. Lukas Klinik Solingen und die St. Elisabeth Klinik Essen. Die St. Lukas Klinik Solingen ist ein Krankenhaus für allgemeine Innere Medizin und Chirurgie. Die St. Elisabeth Klinik Essen ist ein Krankenhaus für allgemeine Innere Medizin und Chirurgie.

Quelle: f&w 07/2024

Quelle: Darstellung GKV-SV



## Fazit zur Handlungsnotwendigkeit:

- An der Krankenhausstrukturreform festhalten
  - Planung, Vergütung und Qualitätssicherung verbinden sich erstmals umfassend
  - Kein grds. Aufweichen bundeseinheitlicher Kriterien
  - Erstmals gemeinsame Ausschüsse zur Steuerung des Systems
  - Planungssicherheit für alle Beteiligten herstellen
- Nach Regierungsbildung keine „Rolle rückwärts“ machen
- Finanzierung der Transformation aus Bundesmitteln nicht aus Liquiditätsreserve
- Stärkung der Finanzsituation der GKV
- Geplante Infrastrukturmittel nicht nach dem Gießkannenprinzip verwenden



# Was ändert sich durch die Krankenhausplanung in NRW?

Spezialisierung und Konzentration von Leistungen

Wegfall unnötiger Mehrfachvorhaltungen innerhalb einer Region

# Die Krankenhauslandschaft wird sich zukünftig verändern



Die Krankenhauslandschaft in Deutschland steht **trotz hoher finanzieller Ausgaben vor signifikanten Herausforderungen.**



**Wesentliche Veränderungen** in der Krankenhauslandschaft sind absehbar, wobei noch verschiedene **Unsicherheiten bestehen**, u.a. im Zusammenhang mit den Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene.



Für NRW bietet sich jedoch nun die Chance, eine klare **Vorreiterrolle einzunehmen.**

# Der KH Plan NRW 2022 bietet die Chance, eine bessere stationäre Versorgung in Westfalen-Lippe zu ermöglichen

## Wo wir herkommen...

Diverse Kliniken mit **finanziellen Schwierigkeiten**

Starker Fallzahlen- und **Wettbewerbsdruck**

**Unschärfen in der KH-Planung** führten zu Unsicherheiten und verzögerten Verhandlungen



**KHGG und KH-Plan NRW 2022**

## Die jetzige Chance ...

Verbesserung der Versorgung der Patienten in NRW durch **stärkere Spezialisierung und Konzentration**

**Enge Abstimmung bei Planung und Verhandlung** zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen

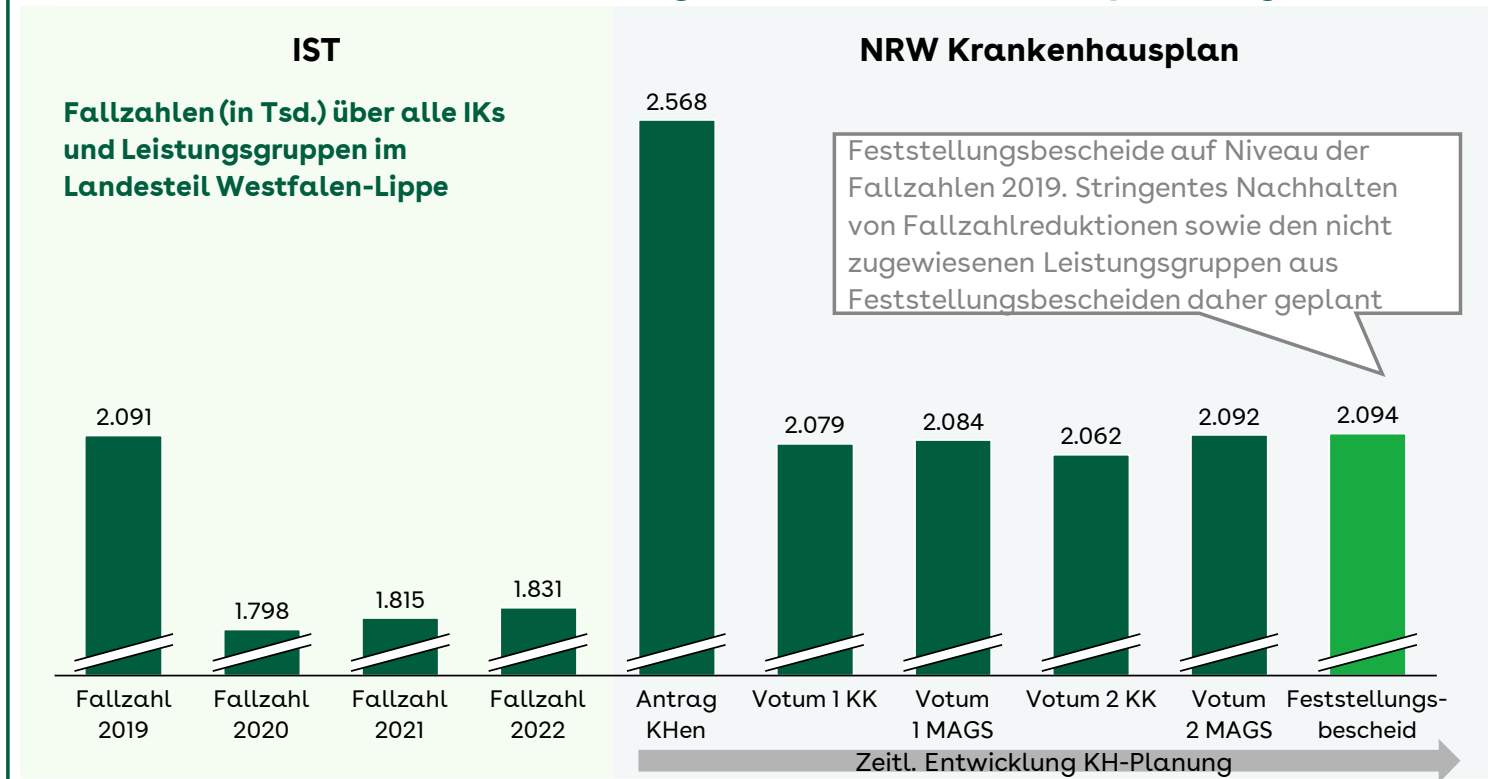
**Krankenhäuser in Westfalen-Lippe** können im Hinblick auf das KHVVG und dessen Umsetzung **Vorreiter werden**


**Präzisere Versorgungsaufträge** mit den neuen Feststellungsbescheiden (insb. für Budgetverhandlungen)

Als AOK NordWest sind wir weiterhin verlässlicher Partner an der Seite der Krankenhäuser, um gemeinsam die Versorgung in Westfalen-Lippe zu gestalten.

# Die in der NRW Krankenhausplanung zugewiesenen Fallzahlen liegen über den IST-Zahlen der Jahre 2019 bis 2022

## Gesamtanzahl Behandlungsfälle Krankenhausplanung NRW



  
KH-Plan NRW basiert auf den Fallzahlen aus 2019

Erwartung einer Rückkehr der Fallzahlen auf das Niveau vor COVID bislang nicht erfüllt

Daher differenzierte Betrachtung in jeweiliger Verhandlung notwendig

Quelle: Gesamtübersicht Feststellungsbescheide (16.12.2024)

Anmerkung: Keine Berücksichtigung der Leistungsbereiche 31 (Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und 32 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie)

# Es ergeben sich klare Konsequenzen für die Budgetverhandlungen 2025

## Konsequenzen für die Budgetverhandlungen



Die Feststellungsbescheide bilden den **Versorgungsauftrag** ab und sind mittlerweile bestandskräftig



**Budgetverhandlungen im Jahr 2025** müssen - wie in der Vergangenheit auch - den Versorgungsauftrag berücksichtigen



Ein pauschales Fortschreiben von Fallzahlen für alle Häuser ist nicht möglich, da eine **Leistungsgruppen-spezifische Berücksichtigung des Versorgungsauftrags** notwendig ist  
Abgleich der Bedarfszahlen auf einer Planungsebene



Nach **Leistungsgruppen gruppierte IST- und Forderungs-Daten sind dafür von den Krankenhäusern bereitzustellen**. Erste Zweckverbände liefern die Daten bereits

Um die Verhandlungen nicht zu verzögern, bedarf es von Seiten der Krankenhäuser einer Übermittlung der nach Leistungsgruppen gruppierten IST- und Forderungs-Daten

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Tom Ackermann