



# Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine moderne  
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Grundlegende Reform  
der Krankenhausvergütung**

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Präambel</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Ausgangslage</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Problembeschreibung</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Grundprinzipien des Reformvorschlags</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Die drei Kernbestandteile der Vergütungsreform</b> .....	<b>11</b>
4.1 Bundesweit einheitliche und klar definierte Krankenhaus-Level .....	11
4.2 Einführung von definierten Leistungsgruppen .....	17
4.3 Von den DRGs zum 2-Säulen-Modell „Vorhaltung und DRG“ .....	20
4.3.1 Methodik der Vorhaltevergütung .....	20
4.3.2 Festlegung der Höhe der Vorhaltevergütung .....	22
4.3.3 Verteilung der Vorhaltevergütung auf die Krankenhausebene .....	23
<b>5. Zusammenfassung der Kernempfehlungen der Regierungskommission</b> .....	<b>29</b>
<b>6. Online-Tabellenanhang (Tabellen A1 und A2):</b> <a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-krankenhausverguetung.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ krankenhauskommission-stellungnahme- krankenhausverguetung.pdf</a> .....	<b>34</b>

# Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

## Präambel

Die Regierungskommission schlägt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung vor. Sie sieht in dieser Reform einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung. Zugleich versteht sie ihren Vorschlag als einen Baustein für eine sektorenübergreifende Reform der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Die Regierungskommission ist der Auffassung, dass die bislang im DRG-System abgebildete, rein leistungs- und mengenorientierte Vergütung erhebliche Fehlanreize, insbesondere eine sachlich nicht gerechtfertigte Mengenausweitung erzeugt und die Potenziale für eine Ambulantisierung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung nicht ausschöpft. Die Kommission geht aber zugleich davon aus, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssen, weil auch eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form eines zu 100 Prozent garantierten Budgets oder einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde. Sie schlägt daher neben der leistungsabhängigen Vergütung eine Vorhaltefinanzierung vor, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt ist. Zudem hält sie eine regelmäßige Evaluation und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Vergütungssystems für unabdingbar.

## 1. AUSGANGSLAGE

Das Krankenhausrecht wird geprägt durch das auf der Grundlage von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG („die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“) erlassene Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Gemäß § 6 Abs. 1 KHG stellen die Länder Krankenhauspläne auf, um die in § 1 KHG genannten Ziele („wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“) zu verwirklichen. Die Krankenhauspläne der Länder legen Standorte, Fachabteilungen sowie Bettenzahlen und zum Teil Krankenhausstufen fest. Sie bilden das zentrale planungsrechtliche Steuerungsinstrument, das das in den §§ 107 ff. SGB V geregelte Zulassungsrecht mit dem im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelten Finanzierungsrecht verbindet:

- › Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan beinhaltet zum einen die Zulassung zur Krankenhausbehandlung der Versicherten und den Anspruch auf Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit leistungsgerechten Pflegesätzen (§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V). Näheres regelt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), das bislang ein weitgehend mengenbezogenes Vergütungssystem (DRG) festlegt, in dem Krankenhausleistungen nach den Diagnosen und durchgeführten Prozeduren klassifiziert und vergütet werden.
- › Der Krankenhausplan erschließt zum anderen die zweite Finanzierungsquelle für die Krankenhäuser: Gemäß § 8 Abs. 1 KHG haben die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser Anspruch auf öffentliche Förderung nach Maßgabe von § 9 KHG.

Das Krankenhausfinanzierungsrecht beruht damit auf dem Prinzip der dualen Finanzierung: Die laufenden Betriebskosten werden über „Pflegesätze“ – derzeit überwiegend über DRGs – von den Benutzern bzw. den zuständigen Kostenträgern getragen (§§ 16–20 KHG), während die Länder für die Investitionskosten der Krankenhäuser Verantwortung tragen (§§ 8–15 KHG). Die Länder sind zudem für die Krankenhausplanung zuständig. Dieses Neben-

einander eines bundesrechtlich geprägten Vergütungs- und eines landesrechtlich konkretisierten Planungsrechts führt zu erheblichen Abstimmungsproblemen. Da die Krankenhauspläne häufig nicht mit dem zur Vergütung der Betriebskosten genutzten DRG-System in Einklang stehen, wird eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Leistungserbringung sowie eine optimale Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu den Gesundheitsangeboten erschwert. Die bessere Verzahnung von Krankenhausplanung und -vergütung ist daher ein Schlüssel für eine bedarfsgerechte und effiziente Krankenhausversorgung.

Die ärztliche Versorgung ist zudem geprägt durch das Nebeneinander von vertragsärztlicher Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte (unter Einschluss der Medizinischen Versorgungszentren) auf der einen und der stationären Versorgung durch Krankenhäuser auf der anderen Seite. Die vertragsärztliche Planung und Vergütung ist Gegenstand bundesrechtlicher Regelungen, die vorwiegend von den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie deren Verbände) ausgeführt werden. Hingegen ist das Krankenhausrecht durch das beschriebene Nebeneinander von bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen geprägt; für die Planung sind Behörden der Staatsverwaltung (Gesundheitsministerien bzw. -senatoren) zuständig.

Eine engere Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung ist einer der Schlüssel, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern und Fachkräfte ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen. Das hier vorgelegte Vergütungskonzept enthält daher auch Empfehlungen für Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen, insbesondere im Bereich der Grundversorger (Level I). Darin kann ein erster Schritt für eine sektorenunabhängige und ggf. auch sektorenübergreifende Regelversorgung gesehen werden; dieses Thema soll in einer der nächsten Stellungnahmen der Regierungskommission behandelt werden.

## 2. PROBLEMBeschreibung

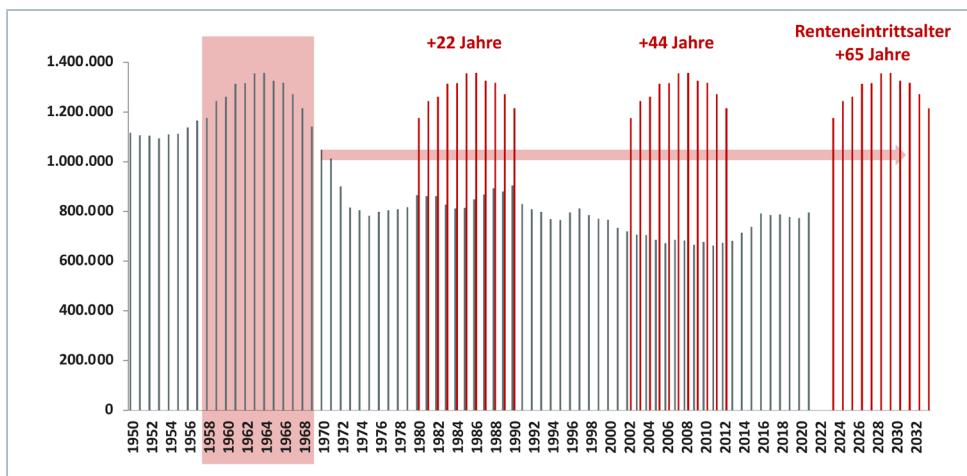
Es ist inzwischen gut belegt, dass der starke Leistungsbezug des DRG-Systems und die Sektorentrennung eine unangemessene Ausweitung von stationären Behandlungen und Übertherapie begünstigen, mithin von Behandlungen, deren Indikation fraglich ist oder die zum Teil auch ambulant erbracht werden könnten. Im internationalen Vergleich weist Deutschland daher hohe stationäre Fallzahlen und hohe Kosten der stationären Versorgung auf.<sup>1</sup> Zudem wird der Prävention, einem Schlüssel zur Reduktion der stationären Fallzahlen, zu wenig Bedeutung beigemessen.

Da in den Krankenhausplänen der Länder überwiegend Fachabteilungen, nicht aber enger gefasste Leistungsbeschreibungen ausgewiesen werden, werden zum Teil Leistungen erbracht, für die die Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind. Das dadurch bedingte quantitativ sehr hohe Mengenniveau bei zum Teil bestehenden erheblichen Defiziten der Strukturqualität ist außerdem mit dem bestehenden Personalschlüssel der Krankenhäuser immer schwieriger zu erbringen, obwohl im europäischen Vergleich einwohnerbezogen in Deutschland bisher eher überdurchschnittlich viel medizinisches Personal zur Verfügung stand. Es besteht somit also derzeit ein relativer Personalmangel im deutschen Gesundheitssystem. Das Personal wird zudem durch die erhebliche Überbürokratisierung belastet.

Der Personalmangel wird sich schon aufgrund der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren vergrößern. Eine erhebliche Zahl berufstätiger Personen wird in den Ruhestand gehen, was nicht in ausreichendem Maße durch Nachwuchs ersetzt werden kann. Selbst bei einer unterstellten hohen Zuwanderung ist in diesem Jahrzehnt nach der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung mit einer Lücke von pro Jahr 300.000 bis 500.000 erwerbsfähigen Personen zu rechnen, wovon alle Branchen der Volkswirtschaft betroffen sind. Das Gesundheitswesen sieht sich darüber hinaus noch zusätzlichen Herausforderungen gegenüber: weniger Menschen, die in die Sozialversicherungen einzahlen, immer mehr ältere Patientinnen und Patienten und gleichzeitig immer weniger potenzielle neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. **Abbildung 1** veranschaulicht die demografische Entwicklung.

<sup>1</sup> Die Ausgaben für stationäre Versorgung lagen 2020 in Deutschland bei 3,4% des BIP, während sie in den Nachbarländern Belgien, Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz bei 3,1%, 2,8%, 3,1%, 2,0%, 3,7% und 3,1% lagen (im Schnitt 3,0%). Die Veränderungen seit 2015 betragen in Deutschland +0,4%-Punkte und in den Nachbarländern +0,3%, -0,4%, -0,1%, 0%, +0,2%, +0,4%-Punkte (im Schnitt +0,1%-Punkte) (OECD 2022).

› **Abbildung 1:**  
Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Statistisches Bundesamt.

Der Gesetzgeber hat seit Längerem versucht, einzelne dieser Probleme anzugehen. So wurden Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung (z. B. Mindestmengen) eingeführt oder verschärft, für verschiedene Krankheitsbilder und Behandlungsarten Strukturvorgaben formuliert sowie für die Notfallversorgung ein System mit drei Stufen geschaffen, für die pauschale jährliche Summen gezahlt werden, wodurch bereits eine erste Vorhaltungsfinanzierung eingeführt wurde.<sup>2</sup> Für ländliche Regionen wurden Vorgaben zu Mindesterreichtbarkeiten definiert, für die Sicherstellungszuschläge gewährt werden, die ebenfalls im Sinne von Vorhaltepauschalen zu interpretieren sind.<sup>3</sup> Außerdem wurden Untergrenzen für die Pflegefachpersonen eingeführt. Diese Veränderungen sind jedoch bis heute weder mit der Krankenhausplanung noch mit der Krankenhausvergütung systematisch verknüpft.<sup>4</sup>

Inzwischen hat die Kritik an den stark mengenbezogenen DRG-Fallpauschalen erheblich zugenommen. Zwar werden DRGs in vielen Ländern als Teil der

<sup>2</sup> Es sind dies die „Basisnotfallversorgung“ (Stufe I), die „erweiterte Notfallversorgung“ (Stufe II) und die „umfassende Notfallversorgung“ (Stufe III) mit 649, 264 bzw. 164 der insgesamt 1.731 Krankenhausstandorte (2020), d. h. 37%, 15% und 9%, während 657 Standorte die Anforderungen an Notfallstufen nicht erfüllen. Standorte der Stufe I erhalten einen jährlichen Zuschlag in Höhe von 153.000 Euro, der Stufe II von 459.000 Euro und der Stufe III von 688.500 Euro; für alle Standorte sind dies also rechnerisch rund 330 Millionen Euro oder durchschnittlich ca. 23 Euro pro Fall in den Standorten mit Notfallstufen.

<sup>3</sup> Derzeit erfüllen knapp über 100 Standorte die Bedingungen an flächendeckende Versorgung, geringen Versorgungsbedarf und notwendige Vorhaltungen (etwa, indem sie die Anforderungen an Notfallstufe I erfüllen), um einen Sicherstellungszuschlag in Höhe von 400.000 Euro zu erhalten. Bezogen auf die Zahl der stationären Fälle in diesen Häusern im Jahr 2020 sind dies rechnerisch rund 50 Euro pro Fall in den betroffenen Häusern. Daneben gibt es zusätzliche Sicherstellungszuschläge für die Bereiche Geburtshilfe und Kinderheilkunde in Höhe von 200.000 Euro (jeweils knapp 60 Standorte).

<sup>4</sup> Eine Ausnahme stellt hier die Einführung der Pflegebudgets dar, durch welche die Pflegekosten (wieder) dem Selbstkostendeckungsprinzip unterliegen.

Krankenhausvergütung genutzt, aber in Deutschland üben sie den wahrscheinlich stärksten Leistungs- und Mengenanreiz im OECD-Vergleich aus. Eine mengenunabhängige Finanzierung von bedarfsnotwendiger Vorhaltung existiert in Deutschland neben den erwähnten Punkten praktisch nicht, während DRGs in einigen Ländern etwa mit Budgets kombiniert werden. Dies unterscheidet die deutsche Krankenhausvergütung von anderen Bereichen der kritischen Infrastruktur des Landes und auch grundlegend von anderen Gesundheitssystemen.

Zudem hat die gesetzlich vorgesehene Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder immer mehr an Bedeutung verloren. Inzwischen machen die Investitionsfördermittel nur noch 3,4% der Krankenhauserlöse aus (Krankenhaus Rating Report 2022). Mindestens 7%, besser 8% der Erlöse sollten jährlich jedoch investiert werden, um die Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser dauerhaft erhalten zu können (Krankenhaus Rating Report 2022). Daher versuchen Krankenhäuser, aus eigenen Mitteln die bestehende Investitionslücke zu füllen. Insgesamt fanden notwendige Investitionen in den vergangenen Jahren trotzdem nur unzureichend statt, was sich daran erkennen lässt, dass das Sachanlagevermögen der Krankenhäuser nicht mit dem Erlöszuwachs mithalten konnte. Es fand und findet daher aufgrund der unzureichenden Investitionsfinanzierung ein schleichender und mit der Zeit gravierender Substanzverlust statt. Die Regierungskommission plant daher, zeitnah Vorschläge zur Reform der Investitionsfinanzierung zu unterbreiten.



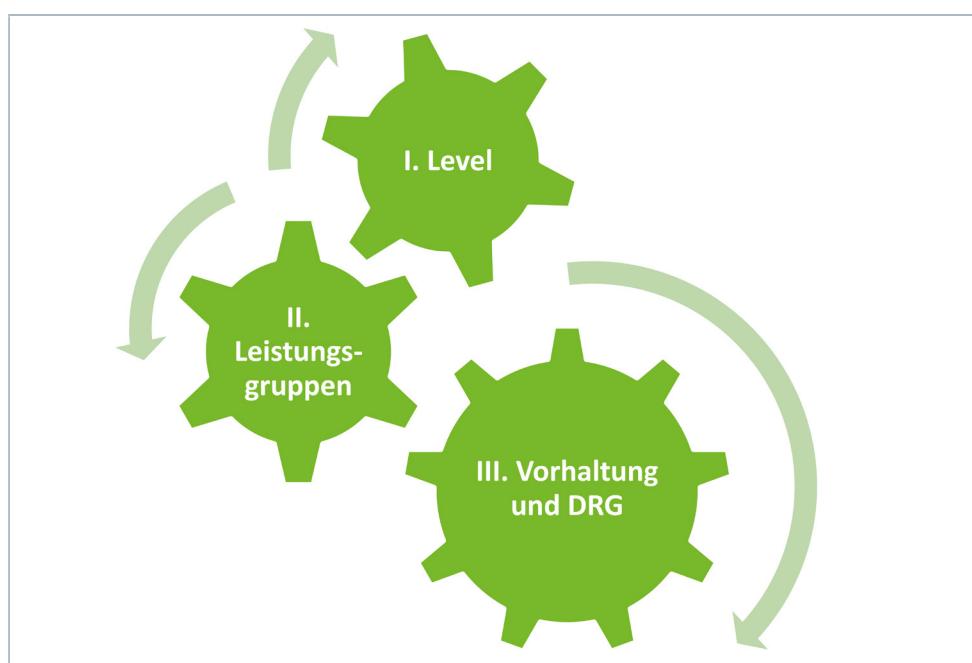
### 3. GRUNDPRINZIPIEN DES REFORMVORSCHLAGS

Der Reformvorschlag verknüpft eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung der Länder mit einer neuen Vergütungssystematik, die zu einem deutlich reduzierten Anteil leistungs- und mengenabhängig ist. Das Konzept sieht folgende zentrale Elemente vor, die sich gegenseitig ergänzen und wichtige Mindeststrukturqualitäten definieren:

1. eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen
2. ein System von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können
3. Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung

Die drei Kernbestandteile des Reformvorschlags (**Abbildung 2**) sind eng verknüpft mit einer sektorenübergreifenden Versorgung. Dies wird in zukünftigen Vorschlägen der Kommission vertieft aufgegriffen werden.

› **Abbildung 2:**  
**Die drei Kernbestandteile der Reform**



Quelle: Eigene Darstellung.



Jede Leistungsgruppe wird einer Versorgungsstufe (neu: Level) mit definierten Strukturvorgaben zugeordnet. Wesentliche Faktoren für die Zuordnung der Krankenhaus-Level sind die Vorarbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Notfallstufen und die bereits bestehenden Strukturvorgaben. Die dezidierte Einführung und Definition von Leistungsgruppen über ICD- und OPS-Codes mit Mindestvorgaben zur Vorhaltung je Leistungsgruppe und je Level löst die bisher kaum definierten Fachabteilungen ab. Ebenso ersetzen die jetzt bundesweit einheitlichen Level-Definitionen mit Mindeststrukturvoraussetzungen die bisher wenig dezidiert definierten Versorgungsstufen.

Für jede Leistungsgruppe wird in dem Konzept ein Vorhalteanteil in der Vergütung normativ festgelegt. Die Vorhaltevergütung erfolgt somit unmittelbar auf Ebene der Leistungsgruppen und mittelbar auf Ebene der Level und Standorte. Die Vorhaltung setzt sich zusammen aus:

- a. dem Pflegebudget, das unangetastet bleibt, und
- b. einem normativ festgelegten und dann ausgegliederten Anteil der verbleibenden aDRGs (ohne Pflegebudget).

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verteilt das je Leistungsgruppe bundesweit definierte Vorhaltebudget auf die einzelnen Krankenhäuser. Das Pflegebudget soll weiterhin so ausgezahlt werden wie bisher. Für die Einführung der Reform ist eine Konvergenzphase von fünf Jahren zum Erreichen eines Zielzustands vorzusehen, ausgehend vom Status quo im ersten Jahr, um Systeminstabilitäten zu vermeiden. Die Vorhaltevergütung kann nach stabiler Einführung in den beiden Dimensionen „Leistungsgruppen“ und „Level“ weiterentwickelt werden, z. B. von einer mit dem Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus assoziierten Kommission.

Im Rahmen der Restrukturierung der Krankenhauslandschaft auf Grundlage der hier vorgelegten Reformvorschläge wird ein deutlicher Anreiz zur engeren Kooperation zwischen Krankenhäusern geschaffen bis hin zum Austausch von Leistungsgruppen. Auch könnten verschiedene Standorte mit niedrigem Versorgungsgrad zu einem Standort mit hohem Versorgungsgrad fusionieren. Um solche Verbesserungen in der Versorgungsstruktur zu fördern, sind Investitionen erforderlich. Daher empfiehlt die Regierungskommission die Neuauflage des Krankenhausstrukturfonds zur Finanzierung derartiger Vorhaben.

Die rechtliche Implementierung des Reformvorschlags birgt juristische Herausforderungen. Das gilt insbesondere in kompetenzrechtlicher Hinsicht mit Blick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG. Die Kommission ist sich dieser, das Verhältnis von Bundes- und Landesgesetzgebung betreffenden Herausforderungen sehr bewusst. Soll eine von übermäßigem ökonomischem Kostendruck entlastete, planungstechnisch harmonisierte und sektorenunabhängige Versorgung erreicht werden, bedarf es nach Auffassung der Kommission daher zwingend einer engen Kooperation zwischen Bund und Ländern im Sinne des bereits im Koalitionsvertrag anvisierten „Bund-Länder-Pakts“.

## 4. DIE DREI KERNBESTANDTEILE DER VERGÜTUNGSREFORM

### 4.1 Bundesweit einheitliche und klar definierte Krankenhaus-Level

Die Krankenhausstrukturen in Deutschland sind historisch gewachsen und regional verschieden. Jedes Krankenhaus hält unterschiedliche Fachabteilungen und Leistungen vor, die keiner genauen Definition und nur teilweise Mindestanforderungen unterliegen. Die Bundesländer gehen in ihren Krankenhausplänen damit sehr unterschiedlich um. So nutzen acht der 16 Länder Stufen, um ihre Krankenhäuser einzugruppieren, wobei Bayern seine „Versorgungsstufen“ mit 1 bis 3 nummeriert, Niedersachsen seine „Anforderungsstufen“ mit 1 bis 4. Sechs Bundesländer nutzen Begriffe wie „Regelversorgung“ oder „Schwerpunktversorgung“, wobei sich die drei bis vier Stufen terminologisch unterscheiden. Es gibt also weder eine einheitliche Definition von „Maximalversorgung“, „Schwerpunktversorgung“, „Regelversorgung“ oder „Grundversorgung“ noch gibt es den typischen Maximalversorger oder den typischen Grundversorger.

**Die Regierungskommission schlägt daher vor, (1) bundesweit einheitliche Stufen zu definieren und (2) die Krankenhausversorgung an diesen zu orientieren. Sie schlägt dafür ein System mit drei Leveln vor, von denen Level I und III<sup>5</sup> nochmals weiter differenziert werden:**

- › Level Ii (integrierte ambulant/stationäre Versorgung)
- › Level In (mit Notfallstufe I)
- › Level II
- › Level III
- › Level IIIU (Universitätsmedizin)

Für jedes Level gelten im Gegensatz zu den bisherigen Definitionen erstmals feste Mindestvoraussetzungen im Sinne einer mindestens erforderlichen Strukturqualität, um eine qualitativ hochwertige stationäre und verzahnte ambulant/stationäre Versorgung zu ermöglichen. Der Versorgungsauftrag kann auf Ebene der Leistungsgruppen (s. 4.2) – im Gegensatz zu den bisherigen Fachabteilungen – sehr detailliert regional von den Bundesländern auch unabhängig von einem ganzen Krankenhausstandort zugeordnet werden.

Bei einer Staffelung der Versorgung in Leveln ist eine enge Vernetzung der Krankenhäuser unabdingbar, für die der Gesetzgeber Anreize setzen sollte.

<sup>5</sup> Da in der Krankenhausplanung etwa in Bayern und Niedersachsen kleinere Ziffern für weniger komplexe Anforderungen stehen, wird diese Logik hier beibehalten, obwohl im deutschen System teilweise auch die umgekehrte Logik benutzt wird (z. B. bei den Perinatalzentren).

Diese umfasst gemeinsam abgestimmte Patientenpfade für Routineverläufe und bei Komplikationen, gemeinsame Entscheidungsfindung, z. B. in Indikations- oder Tumorboards, frühzeitige Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten mit Verlegung in übergeordnete Zentren, bis hin zur täglichen interdisziplinären Beratung komplexer Fälle auch durch telemedizinische Vernetzung. Diese ist gesondert zu refinanzieren. Darüber hinaus sollten Level-I-Krankenhäuser auch in Bezug auf die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte fest mit Level-III-Krankenhäusern kooperieren. Die Regierungskommission regt an, dass die Vernetzung von Level-I- und -III-Krankenhäusern bis hin zu Partnerkliniken so eng wird, dass Teile der ärztlichen Ausbildung im Rahmen der Kooperation an unterschiedlichen Standorten erbracht werden können. Sie sieht positive Effekte im Hinblick auf eine umfassende ärztliche Ausbildung, wenn verschiedene Versorgungsstufen in der Ausbildung durchlaufen werden.

Aufgrund der Besonderheit der deutschen Krankenhauslandschaft bedarf es zusätzlich zu den drei Levels einer gesonderten Berücksichtigung der Fachkliniken mit einer häufig hohen Expertise und hohen Fallzahlen in ihren spezifischen und begrenzten Fachgebieten. Sie müssen gesondert betrachtet werden, weil sie typischerweise keine Notaufnahmen haben, aber teilweise für die Versorgung der Bevölkerung trotzdem elementar sind. Ihr Leistungsspektrum entspricht grundsätzlich dem Level II, zum Teil Level III. Die Regierungskommission regt trotzdem an, dass diese hochqualifizierten Kliniken zukünftig baulich und inhaltlich in Kliniken der Stufe II und III integriert werden.

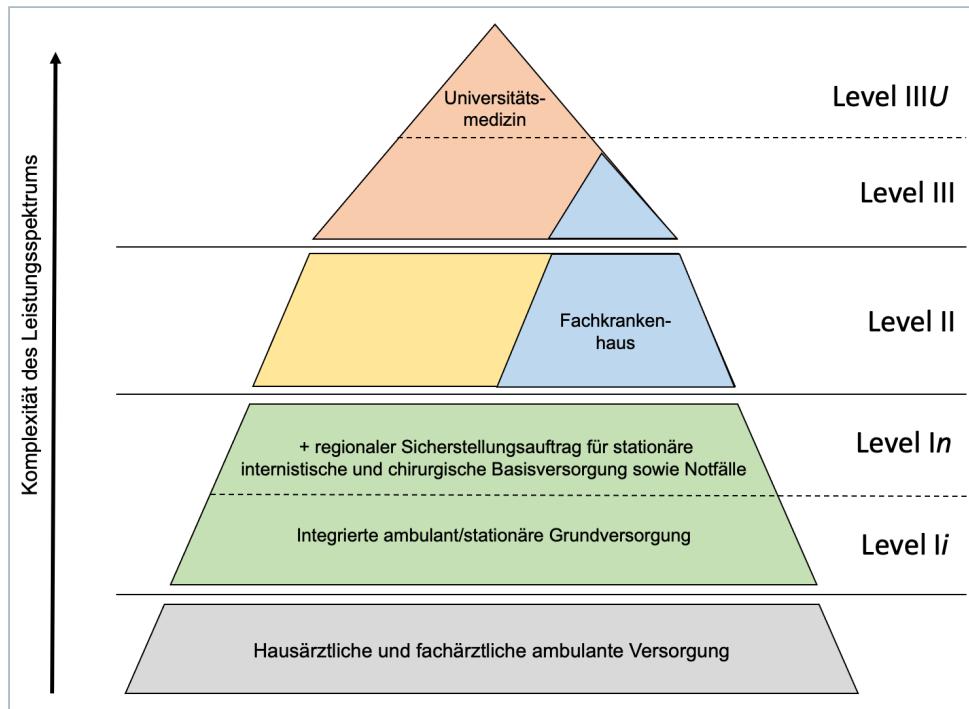
Ebenso nimmt die Universitätsmedizin unter den Maximalversorger (Level III) eine Sonderrolle mit erweitertem Leistungsspektrum und Zusatzaufgaben ein (Level IIIU), insbesondere bei der Koordination der regionalen Versorgung und der Unterstützung der anderen Krankenhäuser über Zentren und Telemedizin. Wichtig ist die fachspezifische telemedizinische Verknüpfung mit entsprechenden Mindestanforderungen an technischer Ausstattung, Prozessqualität und Standard Operating Procedures (SOP).

Eine weitere wichtige Unterscheidung sollte für Level I, also die Grundversorgung, vorgenommen werden. Hier konnte in den letzten Jahren in Modellprojekten gezeigt werden, dass ambulante und stationäre Versorgung eng miteinander verzahnt werden können und eine neue Form der integrierten ambulant/stationären Krankenhausbehandlung erbracht werden kann. Die Regierungskommission empfiehlt daher die Unterteilung der Level-I-Krankenhäuser mit und ohne Notfallversorgung (gemäß den G-BA-Richtlinien nach § 136c Abs. 4 SGB V) für die regionale Grundversorgung. Der Grundversorger mit Notfallversorgung (Level In) hat einen Sicherstellungsauftrag für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf auch Geriatrie oder Palliativmedizin und ist für Regionen vorgesehen, in denen das nächstgelegene Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung bzw. der Maximalversorgung weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt ist oder bei denen das Bundesland einen besonderen Versorgungsauftrag sieht.



Die weiteren Grundversorger des Levels I sind integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser, gekennzeichnet mit „i“ (Abbildung 3). Im Zuge des demografischen Wandels mit steigender Krankheitslast der Bevölkerung, zunehmenden Fachkräftemangels, eines Wandels des Wunschs der Berufsausübung der jungen Generationen und der damit einhergehenden Herausforderungen der Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen, kommt dem Level Ii auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierenden Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zu. Level-II-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zumeist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können. Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung, z. B. ANP, nach einer entsprechend zu schaffenden gesetzlichen Regelung erfolgen.

› **Abbildung 3:**  
**Das Versorgungsstufenmodell**



Quelle: Eigene Darstellung.

Um die regionalen Gegebenheiten angemessen berücksichtigen zu können, sind gerade für diese Versorgungsstufe flexible Möglichkeiten entscheidend. Je nach Bedarf sollte es daher möglich sein, Level Ii auch als regionales Gesundheitszentrum mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, jedoch zwingend mit Akutpflegebetten ohne Fachabteilungszuordnung zu planen.

Insbesondere spielt diese Versorgungsform eine große Rolle für die regionale akutpflegerische Versorgung in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Auch die interdisziplinäre Arbeit wird gerade in den Level-II-Kliniken weiter gefördert; sie bieten Raum für berufliche Weiterentwicklung.

Mit der Schaffung von Kliniken des Levels II wachsen der stationäre und ambulante Sektor zunehmend zusammen. Daher ist insbesondere für die Angebote dieser Kliniken eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente, insbesondere der Planungsebenen, anzustreben. Die sektorenübergreifende Planung des Levels II kann – und sollte zukünftig – in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder erfolgen, welche die regionalen Besonderheiten und lokalen Bedarfe berücksichtigen und in ihre Planung einbeziehen. Dies gilt ebenfalls für die Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten in die Level-II-Kliniken.

Eine sektorenübergreifende Planung durch ein erweitertes Gremium setzt die Harmonisierung der Planungsebenen der ambulanten Bedarfsplanungsrichtlinie mit den Krankenhausplanungen der Länder voraus. Dies sollte durch einheitliche Planungsebenen erfolgen, die den Definitionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung entsprechen (also insbesondere Kreise oder Raumordnungsregionen), damit die ambulante Planung der allgemeinen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung systematisch berücksichtigt werden kann. Insgesamt bedarf es einer sektorenübergreifenden Harmonisierung der Planungs- und Vergütungsinstrumente, die einen Rahmen für regional flexible Versorgungsmodelle bilden. Eine detaillierte Stellungnahme hierzu ist in Vorbereitung.

In Krankenhäusern aller Level einschließlich der Fachkrankenhäuser kann bei medizinischer Eignung eine tagesstationäre Behandlung erfolgen, bei der die Patientinnen und Patienten nicht im Krankenhaus übernachten. Ein Abschlag auf die fallbezogene Vergütung für die entfallenden Übernachtungskosten ist entsprechend vorzunehmen (siehe hierzu Zweite Stellungnahme der Regierungskommission zur Tagesbehandlung im Krankenhaus).

Auf jedem Level müssen qualitätsorientierte Mindeststrukturvoraussetzungen pro Standort erfüllt sein, damit eine Klinik der entsprechenden Stufe zugeordnet werden kann. **Tabellen 1a** und **1b** enthalten die entsprechenden Definitionen. Die Zuordnung zu einer Stufe erfolgt pro **Standort**, da räumliche Nähe der Fachabteilungen essenziell für eine qualitativ hochwertige und effiziente Patientenversorgung ist. Ein Standort kann auch Gebäude in einem Radius von 5 km Luftlinie umfassen.

Der Medizinische Dienst (MD) überprüft die Einhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene der Level und Leistungsgruppen. Die Bundesländer ordnen die Krankenhäuser nach der MD-Prüfung einem der oben genannten Level zu und vergeben die Leistungsgruppen. Sollten die Mindestvoraussetzungen vorübergehend oder dauerhaft unterschritten werden, empfiehlt die Regierungskommission **relevante Abschläge im Vorhaltebudget**, die an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückgeführt und von ihm anteilmäßig auf alle anderen Leistungserbringer der entsprechenden

Leistungsgruppe verteilt werden. Hierdurch entsteht ein weiterer Anreiz, die Mindeststrukturvoraussetzungen zu erfüllen. Weiterhin ist die Teilnahme an Kapazitätsregistern mit dem Ziel der automatisierten Real-time-Datenübermittelung mit öffentlicher Darstellung verpflichtend für alle Krankenhäuser aller Level.

› **Tabelle 1a:**  
**Synopsis wesentlicher Charakteristika der jeweiligen Stufen**

Level	Leistungsspektrum	Not-aufnahme	Intensiv-medizin	Ärztliche Anwesenheit außerhalb Kernarbeitszeiten
II	Innere Medizin und/oder Chirurgie muss gewährleistet sein. Schwerpunkt amb. med. Leistungen, weitere Fachdisziplinen möglich. Zwingend Akutpflegebedürfnisse für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung. Sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten erwünscht.	Keine	Keine	Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft
In	Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis-Notfallversorgung	Level I (G-BA)	Level I (s. Tab. 1b)	Bereitschaft; FÄ Rufbereitschaft
II	+ weitere Leistungsgruppen	Level II (G-BA)	Level II (s. Tab. 1b)	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall 24/7; FÄ Rufbereitschaft (s. Tabelle Vorhaltung jeweilige LG)
III	Breites Spektrum	Level III (G-BA)	Level III (s. Tab. 1b)	Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall FÄ 24/7, andere Leistungsbereiche Bereitschaft



► **Tabelle 1b:**  
**Detaillierte Mindeststrukturvoraussetzung auf der jeweiligen Stufe**

Stufe	Zwingend notwendige Strukturvoraussetzung am Standort
II (integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser)	<p>Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung mit der Möglichkeit zur Einbeziehung der Angehörigenpflege. Leitung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. Advanced Nursing Practitioners mit entsprechender gesetzlicher Regelung. Innere Medizin und/oder Chirurgie, daneben je nach lokalem Umfeld allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich. Mindestvoraussetzung: Labor, Ultraschall, Röntgen. Tagdienst: ärztliche Anwesenheit, Nacht- und Wochenenddienst: fachärztlicher Rufdienst (vgl. Tab. 1a). Sozialdienst.</p> <p>Vergütung erfolgt im Gegensatz zu den nachfolgenden Leveln durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Abrechnung der ärztlichen Leistungen: a) nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung und b) um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung. Damit erhalten Level-II-Kliniken keine Vorhaltung und auch kein Pflegebudget. Beides wird durch die Tagespauschalen ersetzt, innerhalb derer ein erheblicher Teil auf die Pflegekosten entfällt.</p>
In (Sicherstellungs-auftrag der stationären Basis- und Notfallversorgung)	Leistungsgruppen Basisbehandlung Innere Medizin und Basisbehandlung Chirurgie mit Facharzt-Standard 24/7 für die jeweilige Leistungsgruppe. Vorhaltung stationärer Betten, LG Basisbehandlung Intensivmedizin (mit mind. 6 täglich betreibbaren Intensivbetten), (ggf. weitere Leistungsgruppen der Basisbehandlung, d. h. 3.0, 5.0, 6.0, 7.0 bzw. 11.0, Geriatrie LG 15.1 und/oder Palliativmedizin LG 16.1), Notaufnahme mit LG Basisbehandlung Notfallmedizin LG 12.0 (Level 1 gem. G-BA), telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe II oder III oder Fachkliniken in der jeweiligen Leistungsgruppe (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung), CT, Labor, feste Kooperation mit übergeordneten Kliniken (auch im Hinblick auf Austausch ärztlichen Personals), Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km. Sozialdienst.
II	Mind. je 3 internistische Leistungsgruppen (1.1-1.9, darunter in jedem Fall 1.6) und chirurgische Leistungsgruppen (2.1-2.7), Leistungsgruppen 3.1, 3.2, 3.3, 14.1 (Stroke Unit), LG Allgemeine (erweiterte) Intensivmedizin mit Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten $\geq 10$ , High-care-Intensivbetten $\geq 10$ , Erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mind. 5 weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16, telemedizinische Anbindung an andere Krankenhäuser in der jeweiligen Leistungsgruppe. MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit. Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km. Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.
III nicht-universitär	Wie Stufe II, aber mind. je 5 internistische und chirurgische Leistungsgruppen, LG Komplexe (umfassende) Intensivmedizin mit Mindestzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten $\geq 20$ , High-care-Intensivbetten $\geq 20$ , Umfassende Notfallmedizin LG 12.2 (Level 3 gem. G-BA), weitere Leistungsgruppen aus mind. 8 der 12 weiteren Leistungsbereiche (3-11 und 15-17) am Standort, telemedizinische Verknüpfung mit Kliniken der Stufe I, II und Fachkliniken in der jeweiligen Leistungsgruppe. Hubschrauberlandeplatz. Zertifizierte und refinanzierte Studienzentren, verpflichtender Einschluss von Patienten (etwa solchen mit NUB-Entgelten, onkologischen Patienten, etc.) in klinische Studien. Umfassende Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.
IIIU universitär	Wie Stufe III + Aufgaben der überregionalen Koordination/Steuerung, System- und Zukunftsaufgaben (z. B. Pandemic-Preparedness-Infrastruktur für Krankenversorgung), Erhalt und Weiterentwicklung des Fächerspektrums (u. a. Weiterbildungsberechtigung auch in „kleinen Fächern“). Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation. Entwicklung, Evaluation und Implementierung regionaler Versorgungsnetze und präventiver Public-Health-Konzepte. Vorhaltung für seltene Erkrankungen. Umfassende Pflege-Ausbildungsstätten. Sozialdienst.  Die Vorhaltung der Universitätsmedizin für diese Aufgaben sollte zusätzlich vergütet werden. Für alle vorgenannten Punkte gilt: soweit sie nicht Teil der Forschung und Lehre sind.
Somatische Fachklinik	Leistungsgruppen des entsprechenden Faches mit 24/7-Facharztstandard für die jeweilige Gruppe, Vorhaltung stationärer Betten, Basisbehandlung Intensivmedizin mit mind. 4 täglich betreibbaren Low-care-Intensivbetten und 2 täglich betreibbaren High-care-Intensivbetten mit vom Bundesland zu definierenden Ausnahmen, z. B. Rheumakliniken (bei diesen sind aber feste Kooperationspartner für intensivmedizinische Versorgung zu benennen), telemedizinische Verbindung mit Kliniken der Stufe I, II, III in der jeweiligen Leistungsgruppe (mit telemedizinischer Entscheidungsfindung), CT, Labor, Hubschrauberlandeplatz falls Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30km. Mindestmengenvorgabe für die entsprechende Leistungsgruppe mit Beratung durch die Fachgesellschaften. Sozialdienst.

## 4.2 Einführung von definierten Leistungsgruppen

Eine einheitliche Definition von Versorgungsstufen und die Festlegung von Mindestanforderungen pro Stufe allein würden einen entscheidenden Schwachpunkt der derzeitigen deutschen Krankenhausversorgung noch nicht beseitigen: Krankenhäuser behandeln zu häufig auch ohne passende personelle und technische Ausstattung etwa Herzinfarkte ohne Linksherzkatheter, Schlaganfälle ohne Stroke Unit oder onkologische Erkrankungen ohne zertifiziertes Krebszentrum. Grund dafür ist, dass sich die Fachabteilungen in der Regel lediglich an den ärztlichen Fachgebieten orientieren. Dagegen wird zu Vergütungszwecken ein erheblich detaillierteres System von DRGs genutzt, das sich an Diagnosen und durchgeführten Prozeduren orientiert. Solche feinen Kriterien sollten genutzt werden, um auch Mindestvoraussetzungen für eine qualitätsorientierte Leistungserbringung zu definieren, wie dies derzeit etwa bei den Mindestmengen oder Strukturmerkmalen der Fall ist (siehe kommende Stellungnahme Qualitätssicherung).

Aus der Vielzahl der knapp 1.300 aDRGs (bzw. rund 650 Basis-DRGs) ergäbe sich allerdings eine kaum zu bewältigende und auch nicht zu durchschauende Anzahl von Qualitätsanforderungen. Daher ist es sinnvoll, das Behandlungsspektrum zwar größer als die DRGs, aber feiner als in zuständige Fachabteilungen zu gliedern und erstmals genau und bundeseinheitlich zu definieren. Dabei sind die Leistungsgruppen (**Tabelle A1** im Online-Anhang) so gegliedert, dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt; dies jeweils unterteilt in die drei oben beschriebenen Level. Querschnittsbereiche wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung.

Ein Diskussionspunkt ist die Zahl der Leistungsgruppen, d. h. der Grad an Differenzierung. Im Schweizer Modell ([www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg](http://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg)) gibt es über 100 Leistungsgruppen und damit einen hohen Grad an Differenzierung. Die neue Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens sieht 60 Leistungsgruppen für die somatische Medizin vor, was einem mittleren Grad an Differenzierung entspricht. Andere Stellungnahmen sprechen sich für eine geringere Ausdifferenzierung auf der Ebene von Leistungsbereichen aus, die mehrere Leistungsgruppen aus dem NRW-Modell umfassen. Die weniger detaillierte Gruppierung bringt den gravierenden Nachteil fehlender genauer Strukturvorgaben und Zuordnung von Leistungen zu Leveln mit sich. Die Regierungskommission spricht sich daher explizit für eine feine Differenzierung mit genauer Definition aus (**Tabelle A1** mit 128 Leistungsgruppen). Diese Definitionen sollten von einem unabhängigen, an das InEK assoziierten Ausschuss festgelegt und dann sukzessive weiterentwickelt werden.

Eine genauere Definition der jeweiligen Leistungsgruppen erfolgt nach ICD- und OPS-Codes und ist am Beispiel der Intensivmedizin in **Tabelle A2** (im

Online-Anhang) angefügt. Die dezidierte Ausarbeitung aller in der **Tabelle A1** (im Online-Anhang) genannten Leistungsgruppen erfolgt innerhalb von zwölf Monaten. Eingaben von medizinischen Fachgesellschaften sind hier erwünscht, aber nicht Bedingung. Neben dem Beispiel der Intensivmedizin kann das Schweizer Modell beispielhaft eingesehen werden, bedarf aber einer grundlegenden Neubewertung für Deutschland ([www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg](http://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg)).

In einem zweiten Schritt werden die Leistungsgruppen mit Mindestvorgaben für Personal und Technik verknüpft, die perspektivisch die derzeit getrennt existierenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen bzw. erweitern. Dabei gelten die Personalvorgaben nicht nur innerhalb der bettenführenden Abteilungen, sondern auch darüber hinaus, etwa in Radiologie oder im Labor. Auch hier können die Schweizer Vorgaben beispielhaft genannt werden ([www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg](http://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg)).

Die genauen Vorgaben einschließlich für pflegerisches und ärztliches Personal sollten innerhalb von zwölf Monaten von o. g. Ausschuss unter Mitwirkung sachverständiger Verbände und Gesellschaften erarbeitet werden. Teil dieser Vorgaben ist eine Festlegung, welche anderen, weniger komplexen Leistungsgruppen im jeweiligen Krankenhaus zu erbringen sind.<sup>6</sup> Zum Beispiel sollte die Pankreaschirurgie (LG 2.7.4) sowohl die allgemeinere Viszeralchirurgie (LG 2.7) als auch die Gastroenterologie (LG 1.3) sowie Hämatologie und Onkologie (LG 1.4) voraussetzen.<sup>7</sup> Ferner ist festzulegen, welches Mindestlevel das Krankenhaus erfüllen muss. Behandlungen, bei denen diese allgemeinen Anforderungen gering sind, werden Leistungsgruppen der sogenannten „Basisversorgung“<sup>8</sup> zugeordnet, die von Krankenhäusern der Stufe I erbracht werden können – ambulant oder stationär. Krankenhäuser der höheren Stufen haben ein Leistungsspektrum, das auch die Leistungsgruppen mit geringeren Mindestanforderungen umfasst.

In einem dritten Schritt wird den Leistungsgruppen normativ der oben beschriebene Vorhalteanteil zugeschrieben. Dieser sollte differenziert erfolgen, um der hohen Daseinsvorsorge z. B. der Intensiv- und Notfallmedizin Rechnung zu tragen und den ökonomischen Druck der Übertherapie insbesondere am Lebensende zu reduzieren (in einem ersten Schritt: in der Regel 40%, aber 60% für Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie; vgl. folgendes Kapitel). Die Zuordnung zu einem Level und der Vorhalteanteil sind in **Tabelle A1** definiert. Somit vereinen die Leistungsgruppen das Levelsystem mit der Vorhaltung. **Tabelle 2** stellt eine Systematik für Leistungsbereiche und Leistungsgruppen beispielhaft vor. **Abbildung 4** zeigt schematisch

6 Die Fälle können bei medizinischer Eignung auf allen Leveln auch als Tagesbehandlung erbracht werden.

7 Wo die Verflechtungen zwischen Leistungsgruppen weniger ausgeprägt sind, können Leistungsgruppen bei Vorliegen der spezifischen Anforderungen auch von Fachkrankenhäusern erbracht werden.

8 Das Krankenhausgutachten für NRW konnte zeigen, dass mehr als 40% aller stationären Fälle in NRW auf die Leistungsgruppen „chirurgische Grundversorgung“ (9,5%) und „internistische Grundversorgung“ (32,3%) entfallen. Da diese von Krankenhäusern aller Versorgungsstufen behandelt werden, wird hier – in Anlehnung an das „Basispaket“ im Schweizer Modell – der Begriff „Basisversorgung“ für die entsprechenden Leistungsgruppen gewählt, um den Unterschied zur Versorgungsstufe „Grundversorgung“ zu verdeutlichen.

die Verteilung der LG auf die Versorgungslevel.

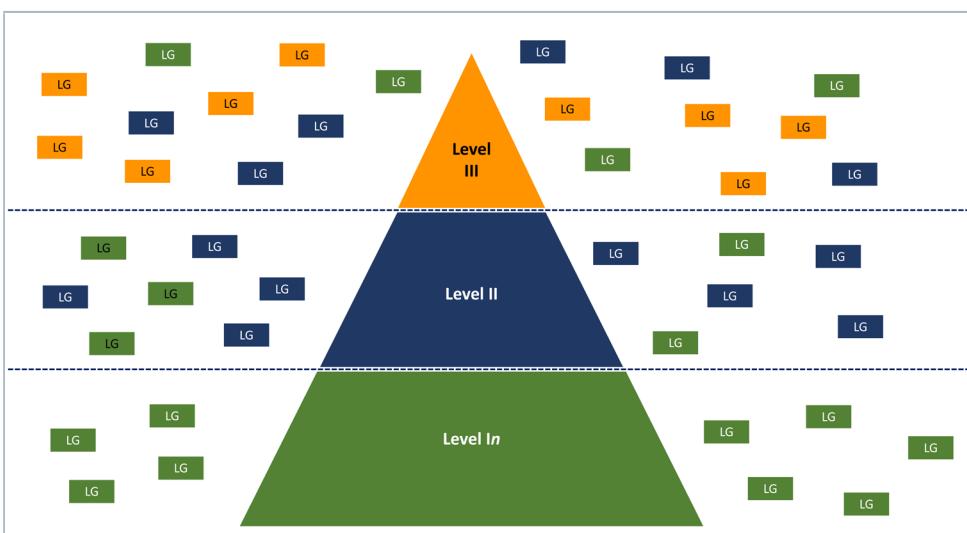
Die Vorhaltevergütung ist zwingend an die Strukturvoraussetzung geknüpft.  
Eine Ausschüttung der Vorhaltevergütung auf Ebene der Leistungsgruppen  
erfolgt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

› **Tabelle 2:**  
**Ausgewählte Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche  
Innere Medizin und Chirurgie zur Illustration**

Leistungsgruppe (LG)	Maximales Leistungsspektrum			
	Mindest-level erbringendes KH	Level I-KH	Level II-KH	Level III-KH
<b>Innere Medizin</b>				
1.0 LG Basisbehandl. Innere Medizin	I	X	X	X
1.4 LG Hämatologie und Onkologie	II		X	X
1.4.3 LG Stammzelltransplantation	III			X
<b>Chirurgie</b>				
2.0 LG Basisbehandl. Allgemeine Chirurgie	I	X	X	X
2.7 LG Viszeralchirurgie	II		X	X
2.7.4 LG Große Pankreaseingriffe	III			X

KH = Krankenhaus

› **Abbildung 4:**  
**Leistungsgruppen und Krankenhaus-Versorgungslevel**



Im Rahmen einer deutlich engeren Kooperation der Kliniken sollten insbesondere Level-I- und -III-Kliniken eng miteinander vernetzt sein und regionale Versorgungsmodelle mit bilateraler Patientenverlegung etablieren.



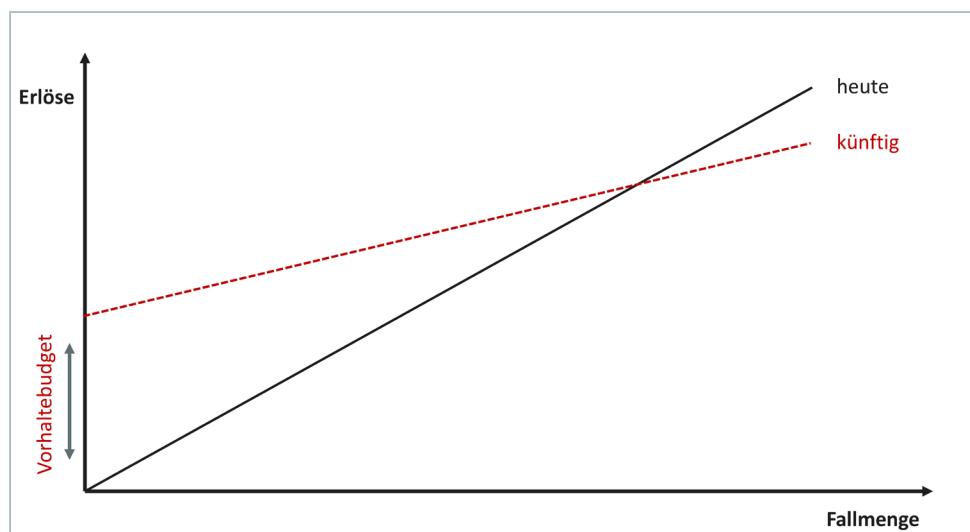
## 4.3 Von den DRGs zum 2-Säulen-Modell „Vorhaltung und DRG“

### 4.3.1 Methodik der Vorhaltevergütung

Die Vergütung von Krankenhausleistungen soll neben der fallabhängigen Vergütung nach DRG-Fallpauschalen eine zweite Säule bekommen – nämlich eine Vergütung von Vorhalteleistungen. Während bislang weitgehend nur die Zahl der Krankenhausfälle und ihre DRG-Gewichte nach Diagnosen, Schweregraden und Prozeduren die Erlöse eines Krankenhauses bestimmen, soll künftig auch die nötige Vorhaltung einer Leistungsgruppe vergütet werden. Dieser essenzielle Bestandteil der Vergütungsreform mindert den ökonomischen Druck in der medizinischen Behandlung.

**Abbildung 5** vergleicht die gegenwärtige, rein mengenorientierte Vergütung nach DRG-Fallpauschalen mit diesem 2-Säulen-Modell hinsichtlich der Erlössituation. Das 2-Säulen-Modell sieht für eine gegebene Leistungsgruppe unabhängig von der Menge an Behandlungen eine Vorhaltevergütung vor – neben einer im Vergleich zu heute reduzierten DRG-Fallpauschale. Die verringerte DRG-Komponente mindert den Mengenanreiz und die Vorhaltevergütung sichert die Grundausstattung eines Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe. Das gesamte Erlös volumen der Krankenhäuser soll dabei im Jahr der Umstellung auf das 2-Säulen-Modell unverändert bleiben. Im Jahr 2021 beliefen sich die Erlöse aus den um die Pflegekosten bereinigten aDRGs auf rund 62,8 Mrd. Euro und das Pflegebudget auf 15,6 Mrd. Euro (d. h. 20% der Gesamtsumme).

► **Abbildung 5:**  
**Schematischer Vergleich DRG-System versus 2-Säulen-Modell  
für eine Leistungsgruppe**





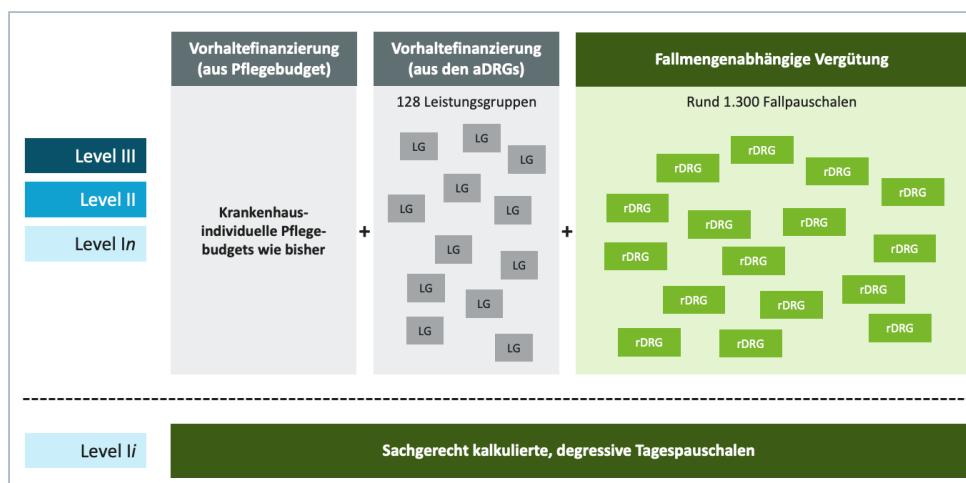
**Im vorliegenden Konzept gliedert sich die Vergütung der Level-In-, -II- und -III-Kliniken folglich in eine fallmengenunabhängige und eine fallmengenabhängige Komponente:**

- › **Fallmengenunabhängig** (gesamte Vorhaltung):
  - a. Pflegebudget
  - b. Vorhaltebudget auf Basis eines normativ festzulegenden und potenziell anzupassenden Vorhalteanteils pro Leistungsgruppe
- › **Fallmengenabhängig:** Erlöse aus der Abrechnung der Fälle nach verbleibendem Restanteil der aDRGs – im Folgenden rDRGs genannt

Im Gegensatz dazu erfolgt bei den Level-II-Kliniken die Vergütung ausschließlich durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen für die Akutpflege einschließlich anderer allgemeiner Personal- und Sachkosten. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt (a) nach EBM für Ärztinnen und Ärzte mit eigener KV-Zulassung und (b) durch die um den ärztlichen Kostenanteil erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung. Damit erhalten Level-II-Kliniken keine Vorhaltebudgets und auch kein Pflegebudget.

Das stationäre **Gesamtbudget** setzt sich damit aus den folgenden Komponenten zusammen: Pflegebudget, Vorhaltebudget, Erlöse aus rDRGs und aus Tagessätzen der Level-II-Kliniken (**Abbildung 6**).

› **Abbildung 6:**  
**Erlöskomponenten zur Vergütung von Krankenhausbehandlungen**



Quelle: Eigene Darstellung. rDRG = residuale DRG nach Abzug der Vorhaltung von den aDRGs

**Besonderheit der Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin:** Für die Vergütung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität und des erhöhten Aufwands in der medizinischen



Versorgung ein Sonderfonds aufgelegt werden. Aus den Mitteln dieses Sonderfonds sollte ein Aufschlag von bis zu 20% auf die bisherigen aDRG-Erlös-volumina der Leistungsgruppen der Pädiatrie und Kinderchirurgie, d. h. auf das Vorhaltebudget und auf die rDRGs erfolgen.

#### 4.3.2 Festlegung der Höhe der Vorhaltevergütung

Aus der Absenkung der aDRG-Fallpauschalen speist sich wie oben erwähnt die Vorhaltevergütung. Eine erste wichtige Festlegung im 2-Säulen-Modell ist daher die Höhe dieser Absenkung. Sie sollte normativ festgelegt werden, um komplexe Kalkulationen und damit verbundene mögliche Fehlanreize zu vermeiden. In der Theorie sollte der Abschlag unterhalb der Fixkosten liegen, um einen Leistungsanreiz für Krankenhäuser zu erhalten. Dann können Krankenhäuser mit jeder Leistung einen positiven Deckungsbeitrag erzielen. Würden sie demgegenüber mit jeder Leistung einen negativen Deckungsbeitrag erzielen, könnte es im Extremfall aus Vergütungssicht für Krankenhäuser theoretisch Sinn ergeben, keine Leistung zu erbringen.

Die Frage nach der Höhe der Fixkosten ist in der Praxis jedoch nicht trivial. Berechnungen im Vorfeld der Einführung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) im Jahr 2016 können Hinweise liefern (RWI und Lehrstuhl für Medizinmanagement der UDE 2016<sup>9</sup>). Die Fristigkeit der Betrachtung spielt eine wichtige Rolle bei der Frage, was als fixe und was als variable Kosten zu betrachten ist. Sehr langfristig sind alle Kosten eines Betriebs variabel. Wenn zum Beispiel ein Krankenhaus seinen Betrieb einstellen würde, würde es auch seine Kosten auf null reduzieren können. Würde ein Krankenhaus demgegenüber seine Betriebsgröße verdoppeln, müsste es auch seine Kosten fast verdoppeln. In diesem Sinne sind alle seine Kosten variabel. Kurzfristig dagegen sind die meisten Kosten fix. Denn wenn innerhalb einer kurzen Zeitspanne mehr bzw. weniger Menschen zu versorgen sind, kann ein Krankenhaus nicht seine Personalausstattung in gleichem Maße erhöhen oder reduzieren. Dies gilt auch für Sachanlagevermögen. Betrachtet man mittlere Fristen, ist man mit sogenannten sprungfixen Kosten konfrontiert.

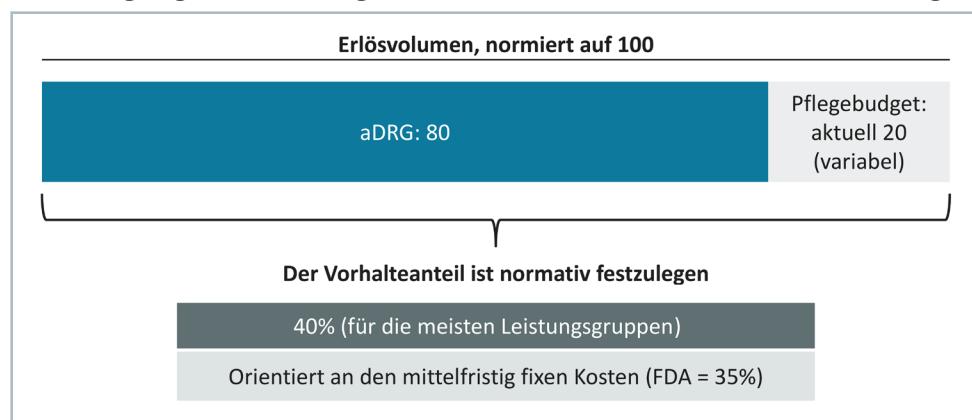
Der gesetzlich festgelegte FDA von 35% bezieht sich auf eine mittlere Frist von rund drei Jahren und wurde damals in Bezug auf die DRGs errechnet, also inklusive der Pflegepersonalkosten (RWI und Lehrstuhl für Medizinmanagement der UDE 2016). Das heißt, auf diesen Zeitraum bezogen sind etwa 35% der Kosten fix. Legt man dagegen einen kürzeren Zeithorizont zugrunde, sollte der durchschnittliche Abschlag höher angesetzt werden.

Die Kommission empfiehlt für die meisten Leistungsgruppen die Einführung eines einheitlichen Abschlags von 40% – bezogen auf die DRGs inkl. Pflegebudget (**Abbildung 7**). Sollte der Anteil des Pflegebudgets in den kommenden Jahren stark schwanken, ist der Vorhalteanteil aus den aDRGs entsprechend

<sup>9</sup> Bestimmung des Fixkostenanteils von zusätzlichen Leistungen in der stationären Versorgung, RWI-Projektbericht.

anzupassen, um den Gesamtvorhalteanteil nicht zu verändern. Eine Ausnahme bilden die Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie. Hier sollte der gesamte Vorhalteanteil auf 60% gesetzt werden, um den ökonomischen Druck in diesen Bereichen stark zu reduzieren und dem Charakter dieser Bereiche mit hoher Vorhaltung gerecht zu werden.<sup>10</sup> Von diesen Ausgangswerten aus könnte durch eine Kommission zusammen mit dem InEK eine Weiterentwicklung mit dezidierter Abstufung pro Leistungsgruppe erfolgen. Dies birgt jedoch Schwierigkeiten und Risiken und sollte daher nur nach stabiler Einführung des neuen Vergütungssystems und mit Bedacht erfolgen. So ist die exakte Abgrenzung von Vorhaltekosten aus den o. g. Gründen schwierig und unterschiedlich hohe Vorhaltekostenanteile bergen das Risiko, dass es zu Leistungsverschiebungen in Leistungsgruppen mit geringem Vorhaltekostenanteil (d. h. hohem rDRG-Anteil) kommt.

► **Abbildung 7:**  
**Festlegung des Abschlags auf die DRGs für die Vorhaltefinanzierung**



Anmerkung: Vorhaltebudgets zzgl. Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 40%; Vorhaltebudgets ohne Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 20% und am aDRG-Volumen = 25%. Quelle: Eigene Darstellung.

#### 4.3.3 Verteilung der Vorhaltevergütung auf die Krankenhausebene

Das je Leistungsgruppe bundesweit definierte Vorhaltebudget muss auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt werden. Dazu nehmen die Bundesländer eine Einteilung der Krankenhäuser nach Leveln vor und vergeben Leistungsgruppen und damit Versorgungsaufträge. Nach vollständiger Umsetzung der Reform ist die Auszahlung des **vollen** Vorhaltebudgets daran geknüpft, dass die Strukturvoraussetzungen für das Level des Krankenhauses und für die Leistungsgruppe eingehalten werden.

10

Bezogen auf die aDRGs sind dies dann ungefähr 25% im Normalfall bzw. 50% in den Ausnahmefällen. Vgl. hierzu auch Erste Stellungnahme der Regierungskommission zu Pädiatrie und Geburtshilfe.

Die Systematik der Vorhaltefinanzierung setzt dabei einen starken Anreiz, Leistungsgruppen zwischen Krankenhäusern so zu tauschen, dass die Fälle einer Leistungsgruppe auf weniger Standorte gebündelt werden und damit die Zahl der Standorte, mit denen das Vorhaltebudget geteilt werden muss, sinkt. Das Tauschen würde also in einem stärkeren Ausmaß als heute zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser führen – und gleichzeitig die Versorgungsqualität erhöhen. Die Krankenhausplanung der Länder kann und sollte diese Schwerpunktbildung daher nachhaltig unterstützen. Alternativ oder ergänzend ist ein regionaler Moderator denkbar, der einen Umstrukturierungsprozess systematisch begleitet. Durch die Leistungsgruppen ergibt sich aber auch die Möglichkeit einer engeren Kooperation zwischen Kliniken bis hin zur Zusammenlegung einzelner Standorte.

Die dezidierte und oben eingeführte Gruppierung in Leistungsgruppen ist hierfür eine wichtige Voraussetzung. Um Zusammenlegungen von Standorten oder Fachabteilungen, die in der Regel mit Effizienzsteigerungen verbunden sind, zu fördern, empfiehlt die Kommission die Neuauflage des **Strukturfonds**, der dabei gleichzeitig auch ökologische Neubauten fördern sollte, um langfristig Klimaneutralität der Krankenhäuser zu erreichen.

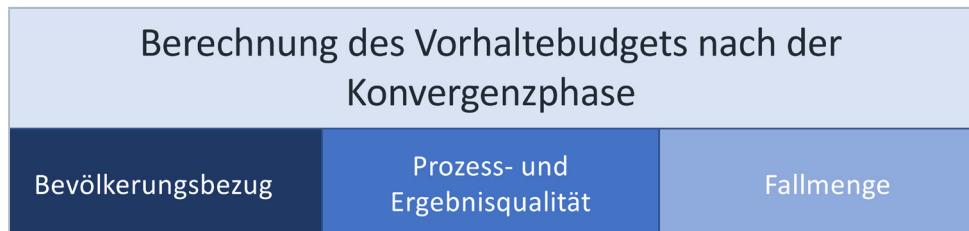
Um beim Übergang eine Systeminstabilität zu vermeiden, soll mit dem Istzustand begonnen und der Zielzustand schrittweise nach fünf Jahren erreicht sein (**Konvergenzphase**). Die Konvergenzphase könnte dergestalt aussehen, dass der Vorhalteanteil einer LG im ersten Jahr bei 0% liegt, im zweiten bei einem Viertel des Zielwerts, im dritten bei der Hälfte, im vierten bei drei Vierteln und schließlich im fünften Jahr die volle Höhe des jeweils angestrebten Zielwerts erreicht.

Das Vorhaltebudget wird den Krankenhäusern vom BAS zugewiesen. Hierfür müssen sie nachweisen, dass ihnen das Bundesland die jeweilige Leistungsgruppe und Level nach MD-Prüfung zugeteilt hat, d. h., dass sie die vorgegebenen Strukturvoraussetzungen für Level und Leistungsgruppe erfüllen. In einer Region wird es im Ausgangsjahr in einer Leistungsgruppe typischerweise mehrere Krankenhäuser geben, die Fälle dieser Leistungsgruppe behandeln. Künftig sollen jedoch nur diejenigen Krankenhäuser ein Vorhaltebudget für diese Leistungsgruppe erhalten, die die hierfür definierten Kriterien erfüllen (Strukturqualität).

Zu Beginn soll das Vorhaltebudget nach der bisherigen Leistungsmenge des Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe ausgeschüttet werden. Bemessungsgrundlage sind die Kalenderjahre 2022 und 2023. Für den Zielzustand nach Ende der Konvergenzphase hingegen empfiehlt die Regierungskommission, die Zuteilung des Vorhaltebudgets von drei Komponenten abhängig zu machen (s. **Abbildung 8**). Die Gewichtung der drei Komponenten ist von einer unabhängigen Institution festzulegen. Grundvoraussetzung, um das volle Vorhaltebudget nach den drei Komponenten zugeteilt zu bekommen, ist das Erfüllen der o. g. Kriterien (Level- und Leistungsgruppenzuteilung, Strukturvoraussetzungen).

› **Abbildung 8:**

**Die drei Komponenten zur Festlegung der Höhe des Vorhaltebudgets  
pro Leistungsgruppe eines Krankenhauses nach Abschluss der  
Konvergenzphase**



**Die erste Komponente** ist ein **Bevölkerungsbezug**. Zunächst muss für jede Leistungsgruppe, für die ein Vorhaltebudget zugeteilt werden soll, eine Mindestanzahl an Menschen versorgt bzw. die daraus abgeleitete Mindestfallzahl erbracht werden. Damit wird gewährleistet, dass das auf die Region begrenzte Vorhaltebudget für die in der Region ansässigen Häuser nicht zu klein und die Leistungserbringung damit für sie unwirtschaftlich wird. Eine Ausnahme hiervon gilt für Krankenhäuser, die für die Sicherstellung der Versorgung notwendig sind, weil es in einer akzeptablen Distanz kein alternatives Krankenhaus gibt. Die Höhe des Vorhaltebudgets sollte aber über die Mindestbevölkerungszahl hinaus berücksichtigen, wie viele Einwohnerinnen und Einwohner vom Krankenhaus in der betreffenden Leistungsgruppe versorgt werden (Vorhaltung von Kapazitäten für die Bevölkerung der Umgebung). Hierfür existieren bereits Algorithmen als Orientierung, die die räumliche Entfernung der Einwohnerinnen und Einwohner in Beziehung zur Wahrscheinlichkeit setzen, dass sie die Krankenhäuser der Umgebung aufsuchen. Bei dieser Bevölkerungszuteilung sind Faktoren der Demografie (etwa Alter und Geschlecht) und der Morbidität einzubeziehen. Darüber hinaus ist das Erreichen von zu definierenden Ambulantisierungszielen bei der Zuteilung des Vorhaltebudgets zu berücksichtigen.

Eine Zuteilung des Vorhaltebudgets nur nach einem Bevölkerungsbezug würde aber Risiken bergen. So würden Krankenhäuser mit einer ungenügenden Behandlungsqualität, die von der Bevölkerung möglicherweise gemieden werden, lediglich aufgrund der Bevölkerungszuordnung ein hohes Vorhaltebudget erhalten. Ebenso ist es möglich, dass Krankenhäusern allein infolge ihrer günstigen geografischen Lage mehr Bevölkerung und somit Vorhaltebudget zugeordnet wird als benachbarten Häusern mit mehr Leistungsvolumen. Daher sind zwei weitere Komponenten zu berücksichtigen.

**Die zweite Komponente** ist ein **Qualitätsbezug** (s. auch **Kasten 2**). Je nach Leistungsgruppe sollen geeignete Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität die Höhe des Vorhalteanteils beeinflussen und damit gute Qualität fördern (die Strukturqualität ist bereits durch die o. g. Voraussetzungen für den Erhalt eines Vorhaltebudgets berücksichtigt). Die Qualitätsparameter müssen soweit möglich ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand für die Kliniken zur Verfügung stehen. Eine reine Orientierung an Qualitätsparametern wird

von der Regierungskommission aber nicht empfohlen, weil die Messung von Prozess- und Ergebnisqualität nur eingeschränkt valide möglich ist und die besten Parameter für viele Leistungsgruppen strittig sind.

**Die dritte Komponente**, die die Höhe des Vorhaltebudgets beeinflusst, ist ein **Mengenbezug** in der jeweiligen Leistungsgruppe. Dieser ist notwendig, um den besonderen Aufwand von stark nachgefragten Krankenhäusern zu berücksichtigen und andersherum Krankenhäusern, die von Einweisern und Bevölkerung gemieden werden, nicht dauerhaft ein hohes Vorhaltebudget zuzuteilen. Die Prüfung der Leistungsmenge soll in größeren Abständen erfolgen, etwa alle drei Jahre, um langfristige Verschiebungen, nicht aber kurzfristige Schwankungen zu berücksichtigen. Eine reine Orientierung der Höhe des Vorhaltebudgets an der Fallzahl wird von der Regierungskommission nicht empfohlen, weil dies in letzter Konsequenz zu keiner echten Veränderung der Vergütungssystematik führen würde. Der Anreiz auf Mengenausweitung bliebe weitgehend erhalten.

Zur Bestimmung der krankenhauspezifischen Vorhaltebudgets bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser, die die gleichen Leistungsgruppen anbieten, könnte der in **Kasten 1** beschriebene Algorithmus zum Tragen kommen. Er skizziert anhand eines fiktiven Beispiels für eine Leistungsgruppe die Verteilung des bundeslandweiten Vorhaltebudgets auf die einzelnen Standorte über die Zeit. In der Startphase orientiert sich die Verteilung am Istzustand der Krankenhäuser (Orientierung an den IST-Fallzahlen). Im Zielzustand sollen sich die Vorhaltebudgets dagegen an den drei Komponenten für die Zuteilung des Vorhaltebudgets orientieren. Ferner ist zu überlegen, wie mit regional unterschiedlichen Personalkostenniveaus umgegangen werden soll, wenn es konkrete Personalvorgaben für Leistungsgruppen gibt und die Lohnkosten regional variieren. Zuletzt ist noch die Frage der Investitionskosten zu klären, die die Regierungskommission in einer gesonderten Stellungnahme adressieren wird.

Zusätzlich zu krankenhausbezogenen Qualitätsauswertungen auf Patientenebene sollte eine **umfassende Transparenz des Versorgungsgeschehens** auf regionaler Ebene geschaffen werden (s. **Kasten 2**). Damit kann die Indikationsqualität untersucht werden. Sollte es dabei zu unplausiblen Veränderungen kommen, ist z. B. über die Anpassung des Vorhalteanteils einer Leistungsgruppe nachzudenken. Zu diesem Zweck sollte das **Gesundheitsdatennutzungsgesetz** die Grundlagen schaffen.



## ► **Kasten 1:** **Schematische Berechnung und beispielhafte Erläuterung der Vorhaltung**

Im Folgenden soll anhand eines fiktiven Beispiels für eine LG x erläutert werden, wie sich die Vorhaltebudgets auf Krankenhausebene entwickeln könnten. In der Startphase orientiert sich das Vorhaltebudget am Marktanteil der Krankenhäuser im Status quo. Im Zielzustand orientiert es sich an der lokalen Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, an Ambulantisierungszielen, an Qualitätsmaßen und dem Marktanteil.

1. Im betrachten Bundesland gebe es in LG x eine IST-Fallzahl<sup>11</sup> von durchschnittlich 80.000 in den zwei Jahren **vor Ankündigung** des neuen Vergütungssystems (**Spalte t=0, Tabelle 3**). Letzteres ist sehr wichtig; ansonsten würde kurz nach der Ankündigung ein Wettlauf um hohe Fallzahlen entstehen, mit dem ein Krankenhaus seine relative Position im Verteilungsschlüssel zu verbessern beabsichtigt. Die Fallzahl verteile sich im Beispiel auf 160 Standorte, im Durchschnitt also 500 Fälle je Standort, jedoch mit großen Unterschieden bei der Fallzahl je Standort.
2. Zunächst nehmen wir an, dass 15 der 160 Standorte die LG x nicht mehr erbringen können, weil sie die Mindestvoraussetzungen der LG x nicht erfüllen. Aufgrund von Absprachen der Krankenhäuser untereinander und Festlegungen im Rahmen der Krankenhausplanung nehmen wir ferner an, dass weitere 15 Standorte entfallen (**Spalte Delta1**). Die wegfällenden Standorte dürften v. a. Standorte mit geringer Fallzahl sein.
3. Im Ergebnis verbleiben 130 Standorte, die einen Versorgungsauftrag für LG x besitzen (**Spalte t=1**). Die zuvor von den wegfällenden Standorten erbrachten Fälle werden nun auf die verbleibenden 130 Standorte im Rahmen eines Simulationsmodells auf Basis von Entfernszeiten verteilt. Danach hat jeder der verbliebenen 130 Standorte mit Versorgungsauftrag für LG x neben seiner bisherigen IST-Fallzahl eine zusätzliche Fallzahl, die sich aus dem Wegfall der 30 anderen Standorte ergibt, im Durchschnitt dann insgesamt 615 Fälle je Standort. Diese Fallzahl werde **IST+** genannt.
4. Aus der Fallzahl **IST+** bestimmt sich nun der Verteilungsschlüssel, nach dem das Vorhaltebudget für LG x auf die Standorte im Bundesland verteilt wird. Bei einem angenommenen Erlös pro Fall (inkl. Pflegebudget) von 4.000 Euro, einem Vorhalteanteil inkl. Pflegebudget von 40% (bzw. von 25% exklusive Pflegebudget, 20%-Punkte von 80%-Punkten) ergibt sich für die Fallzahl **IST+** pro rechnerischem Ex-ante-Fall ein Vorhaltebudget von 800 Euro zzgl. Pflegebudget. Das durchschnittliche Krankenhaus der verbliebenen 130 Häuser für LG x erhält damit ein Vorhaltebudget von rund 492.000 Euro zzgl. Pflegebudget. Dieses Vorhaltebudget ist unabhängig von der künftigen Fallzahl.
5. Krankenhäuser, die aus Gründen der Versorgungsnotwendigkeit (kein alternatives Krankenhaus in akzeptabler Entfernung) ein Angebot aufrechterhalten müssen (typischerweise Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag), erhalten unabhängig von ihrer Fallzahl **IST+** ein Mindestvorhaltebudget. Zur Aufstockung der Vorhaltebudgets für diese Krankenhäuser wird ein separater Finanzierungstopf gebildet.
6. Im Laufe der Zeit nehmen wir in diesem Beispiel an, dass weitere 15 Standorte die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppen nicht mehr erfüllen und außerdem nochmals 15 Standorte im Rahmen eines freiwilligen Tausches die LG abgeben (**Spalte Delta2**).
7. Analog zu Ziffer 3 werden auch wieder die Fälle dieser 30 Standorte, die die LG nun nicht mehr erbringen, auf die verbliebenen 100 Standorte verteilt. Damit ist eine Konzentration der Versorgung für LG x in dem Bundesland eingetreten. Jeder der verbliebenen 100 Standorte für LG x erbringt nun im Durchschnitt 800 Fälle pro Jahr.
8. Aus der aktualisierten Fallzahl **IST+** bestimmt sich der Verteilungsschlüssel, nach dem das Vorhaltebudget für LG x auf die Standorte im Bundesland verteilt wird. Das durchschnittliche Krankenhaus der 100 Häuser mit Versorgungsauftrag für LG x erhält damit ein Vorhaltebudget von rund 640.000 Euro zzgl. Pflegebudget.

11 Es muss diskutiert werden, ob die Fallzahl oder das Casemixvolumen die bessere Bezugsgröße für den Verteilungsschlüssel des Vorhaltebudgets ist.

› **Kasten 1:**  
**Schematische Berechnung und beispielhafte Erläuterung  
der Vorhaltung**

9. In regelmäßigen Abständen wird überprüft, ob sich die Positionen der Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für LG x verändert haben, das heißt, welche Krankenhäuser im Vergleich zum Startjahr Behandlungsanteile gewonnen oder verloren haben. Bei größeren Veränderungen der Anteile wird eine Neuadjustierung der krankenhaus-spezifischen Vorhaltebudgets vorgenommen. Jedoch sollte nicht nur die Anzahl der Behandlungsfälle berücksichtigt werden, sondern auch die erbrachte Prozess- bzw. Ergebnisqualität. Die Strukturqualität ist bereits Voraussetzung zur Erbringung von Leistungen der jeweiligen LG. Die Prozess- bzw. Ergebnisqualitätsaspekte werden in einer der folgenden Stellungnahmen adressiert und sollten sich z. B. an Leitlinien-Adhärenz und Ergebnisqualität aus klinischen und patientenberichteten Endpunkten orientieren. Quellen zur objektiven Überprüfung von Qualitätsmaßen sollten GKV-Routinedaten und Registerdaten auf Patienten-, nicht aber auf Fallebene sein.
10. Für die Berechnung des Vorhaltebudgets wird am Ende die IST-Fallzahl von der SOLL-Fallzahl abgelöst. Die SOLL-Fallzahl orientiert sich unter anderem an der lokalen Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur sowie an Ambulantisierungszielen. Spalte t=3 stellt diesen Fall beispielhaft dar.

› **Tabelle 3:**  
**Darstellung des Algorithmus für ein fiktives Beispiel**

	<b>t=0</b>	<b>Delta1</b>	<b>t=1</b>	<b>Delta2</b>	<b>t=2</b>	<b>t=3</b>
Fallzahl	80.000		80.000		80.000	78.000
Standorte	160		130		100	100
Fälle/Standort	500		615		800	780
Standorte, die Voraussetzungen nicht erfüllen	15		15		15	15
Standorte, die LG abgeben	15		15		15	15
Erlösvolumen inkl. Pflegebudget						
pro Fall		4.000 €			4.000 €	
gesamt		320.000.000 €			312.000.000 €	
Vorhaltebudget						
Vorhalteanteil der LG inkl. Pflegebudget		40%			40%	
Bundesland inkl. Pflegebudget		128.000.000 €			124.800.000 €	
Anteil Pflegebudget circa		20%			20%	
Bundesland exkl. Pflegebudget		64.000.000 €		64.000.000 €	62.400.000 €	
pro Fall		800 €		800 €	800 €	
für Standort mit mittlerer Fallzahl		492.308 €		640.000 €	624.000 €	

Quelle: Eigene Darstellung. LG = Leistungsgruppe

› **Kasten 2:**  
**Verbesserung der Versorgungsqualität**

Die Qualitätssicherung ist ein wichtiges Instrument im Rahmen jeglicher Reformbemühungen. Dabei kommt der Definition von Strukturvoraussetzungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und die Eingruppierung in Level maßgebliche Bedeutung zu. Die sektorengleich zu gestaltende **datengestützte Qualitätssicherung** sollte dort eingesetzt werden, wo Qualitätsschwankungen erwartet werden bzw. vorhanden sind. Um Dokumentationsaufwände zu minimieren, sollte – wo immer möglich – auf vorhandene Sozialdaten zurückgegriffen werden. Ergänzend dazu stellen patientenberichtete Erfahrungen (PREMs) und gesundheitliche Ergebnisse (PROMs) eine wichtige Datenbasis dar. Basis von Prozessindikatoren bilden S3-Leitlinien und vergleichbar valide konsentierte Empfehlungen der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Indikatoren und Zielwerte der Ergebnisqualität sollten sich an bundesweit konsentierten und transparent kommunizierten Qualitätszielen orientieren, die je nach regionalen Gegebenheiten durch die Länder weiter spezifiziert werden können. Der Zielerreichungsgrad sollte auf Leistungserbringerebene transparent kommuniziert werden. Zusätzlich zu auf diese Weise krankenhausbezogenen Qualitätsauswertungen auf Patientenebene sollte eine umfassende Transparenz des Versorgungsgeschehens auf regionaler Ebene geschaffen werden. Dafür sollte das Gesundheitsdatennutzungsgesetz die Grundlagen schaffen. Näheres hierzu wird in einer gesonderten Stellungnahme zu Qualität und Transparenz zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

## 5. ZUSAMMENFASSUNG DER KERNEMPFEHLUNGEN DER REGIERUNGSKOMMISSION

**Diese Zusammenfassung ist nur im Zusammenhang mit dem Gesamttext der Stellungnahme der Regierungskommission gültig. Der Gesamttext erläutert und begründet die Empfehlungen im Detail und gibt weitere wichtige Empfehlungen zur Vergütungsreform.**

**Die Regierungskommission spricht sich für folgende Kernempfehlungen zur Krankenhausvergütung aus:**

- › Das bisher eindimensionale **Vergütungssystem** für Krankenhäuser mittels DRGs wird in Zukunft durch ein mehrdimensionales System unter Einführung von **Vorhaltung** mit abgesenktem DRG-Anteil in den beiden neuen Dimensionen **Leistungsgruppen** statt Fachabteilungen und **Level** statt Versorgungsstufen abgelöst.
- › Die Regierungskommission hat für drei (mit Sub-Unterteilungen: fünf) **Versorgungsstufen (Level)** Strukturvorgaben erarbeitet, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen:
  - › Level I – Grundversorgung; unterteilt in  $i$  (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und  $n$  (mit Notfallstufe I)
  - › Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung
  - › Level III – Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)
- › Außerdem empfiehlt die Regierungskommission ein System von 128 **Leistungsgruppen** mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen. Die Leistungsgruppen werden auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes definiert, und zwar so, dass die Patientenbehandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt. Die Leistungsgruppen ermöglichen eine bedarfsgerechtere Behandlung der Patientinnen und Patienten.
- › Um die **Qualität** der medizinischen Versorgung zu sichern, werden die Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene des Levels und der Leistungsgruppen genau benannt. Für jede Leistungsgruppe wird zudem festgelegt, in welchem Krankenhaus-Level sie erbracht werden darf. Krankenhäuser eines höheren Levels dürfen grundsätzlich auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level erbringen.
- › Die Einhaltung der Strukturvorgaben für die Level und Leistungsgruppen wird durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft (**Strukturprüfungen**).

- ▶ Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser – überwiegend über Fallpauschalen (aDRGs) – wird deutlich modifiziert: Für die Krankenhäuser der Level In, II und III wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des **Vorhaltebudgets** festgelegt. Dieser beinhaltet auch das ausgegliederte Pflegebudget, das bereits als eine Vorhaltefinanzierung zu verstehen ist. Die Mindestvorhaltung wird auf Ebene der Leistungsgruppen definiert.
- ▶ Die Regierungskommission empfiehlt für die Leistungsgruppen der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie einen 60-prozentigen Vorhalteanteil, für alle übrigen Leistungsgruppen einen **40-prozentigen Vorhalteanteil** (jeweils inkl. Pflegebudget).
- ▶ Dieser Vorhalteanteil bezieht sich auf die bisher für eine Leistungsgruppe ausgezahlte Gesamtvergütung. Zugrunde gelegt werden die Basisjahre 2022/23. Anhand von ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes ist eine Zuordnung der Leistungen der Basisjahre zu den neuen Leistungsgruppen möglich. Die aDRGs werden so abgesenkt, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen gleich bleibt. Aus den abgesenkten aDRGs **resultieren rDRGs** (Residual-DRGs). Es gilt also: „derzeit aDRGs + Pflegebudget“ = „zukünftig rDRGs + Pflegebudget + Vorhaltebudget“.
- ▶ Das **Bundesamt für Soziale Sicherung** (BAS) verteilt das je Leistungsgruppe festgelegte Vorhaltebudget auf die einzelnen dafür infrage kommenden Krankenhäuser. Das Pflegebudget wird weiterhin so ausgezahlt wie bisher. Die Auszahlung des vollen Vorhaltebudgets ist daran geknüpft, dass die Strukturvoraussetzungen für das Level des Krankenhauses und für die Leistungsgruppe eingehalten werden. Wenn Krankenhäuser die Mindeststrukturvoraussetzungen nicht erfüllen, ergibt sich ein Abschlag auf das Vorhaltebudget, der an das BAS zurückgeführt und dann auf die übrigen Kliniken der Leistungsgruppe verteilt wird.
- ▶ Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre **Krankenhausplanung** mit diesen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden.
- ▶ Um eine Systeminstabilität zu vermeiden, soll mit dem Istzustand begonnen und der Zielzustand schrittweise nach fünf Jahren erreicht sein (**Konvergenzphase**). Die Konvergenzphase könnte dergestalt aussehen, dass der Vorhalteanteil einer Leistungsgruppe im ersten Jahr bei 0% liegt, im zweiten bei einem Viertel des Zielwerts, im dritten bei der Hälfte, im vierten bei drei Vierteln und schließlich im fünften Jahr die volle Höhe des jeweils angestrebten Zielwerts erreicht.

- ▶ In der Startphase orientiert sich die Verteilung der Vorhaltebudgets auf die Krankenhäuser an der jeweiligen IST-Fallzahl. Im Zielzustand orientiert sie sich hingegen an drei Komponenten: (1) an Parametern der zu versorgenden **Bevölkerung**, (2) an Parametern der **Prozess- und Ergebnisqualität** und (3) an der längerfristigen Entwicklung der **Leistungsmenge** in einer Leistungsgruppe.
- ▶ Krankenhäusern des Levels Ii (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) kommt eine Schlüsselrolle auf dem **Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung** zu. Sie verbinden wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten und werden daher abweichend geplant und vergütet. Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten sollten regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder eingerichtet werden. In **Akutpflegebetten** können Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese sollten unter **pflegerischer Leitung** stehen.
- ▶ Die Vergütung der Level-II-Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Leveln außerhalb der oben beschriebenen Budgets durch sachgerecht kalkulierte, degressive **Tagespauschalen**. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt durch erhöhte Tagespauschalen bei fest am Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten und nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung (analog zu belegärztlichen Leistungen). Hiermit entsteht ein hoher Anreiz einer engen sektorenübergreifenden Versorgung.

**Diese Stellungnahme einschließlich des Tabellenanhangs  
ist im Internet abrufbar unter:**

[www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-  
stellungnahme-krankenhausverguetung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-krankenhausverguetung.pdf)

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde einstimmig von der  
Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken-  
hausversorgung verabschiedet.

**Mitglieder der Regierungskommission  
sind (in alphabetischer Reihenfolge):**

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Prof. Dr. Tom Bschor  
Prof. Dr. Reinhard Busse  
Prof. Dr. Jörg Dötsch  
Michaela Evans  
Prof. Dr. Dagmar Felix  
Irmtraud Gürkan  
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg  
Prof. Dr. Martina Hasseler  
Prof. Dr. Stefan Huster  
Prof. Dr. Christian Karagiannidis  
Prof. Dr. Thorsten Kingreen  
Prof. Dr. Heyo Kroemer  
Prof. Dr. Laura Münkler  
Prof. Dr. Jochen Schmitt  
Prof. Dr. Rajan Somasundaram  
Prof. Dr. Leonie Sundmacher

**Federführend wurde die Stellungnahme  
erarbeitet von den Mitgliedern:**

Christian Karagiannidis  
Reinhard Busse  
Boris Augurzky  
Tom Bschor



## IMPRESSUM:

**Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung**

**Leiter und Koordinator:**

Professor Dr. med. Tom Bschor  
c/o Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

**Postanschrift:** 11055 Berlin  
[Krankenhauskommission@bmg.bund.de](mailto:Krankenhauskommission@bmg.bund.de)

**Veröffentlichung:** 6. Dezember 2022



**Tabelle A 1**

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level <sup>1</sup>	Vorhalte <sup>2</sup>
<b>INNERE MEDIZIN</b>			
<b>1.0</b>	Basisbehandlung Innere Medizin	1	40
<b>1.1</b>	Angiologie	2	40
<b>1.2</b>	Endokrinologie und Diabetologie	2	40
<b>1.3</b>	Gastroenterologie	2	40
<b>1.4</b>	Hämatologie und Onkologie	2	40
<b>1.4.1</b>	Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2	40
<b>1.4.2</b>	Leukämie und Lymphome	2	40
<b>1.4.3</b>	Stammzelltransplantation	3	40
<b>1.5</b>	Infektiologie	2	40
<b>1.6</b>	Kardiologie	2/FA	40
<b>1.6.1</b>	Interventionelle Kardiologie	2/FA	40
<b>1.6.2</b>	EPU / Ablation	2/FA	40
<b>1.6.3</b>	Kardiale Devices	2/FA	40
<b>1.6.4</b>	Minimalinvasive Herzkloppenintervention	3/FA	40
<b>1.7</b>	Nephrologie	2	40
<b>1.7.1</b>	Nierenersatztherapie	2	40
<b>1.8</b>	Pneumologie	2/FA	40
<b>1.9</b>	Rheumatologie	2/FA	40
<b>CHIRURGIE</b>			
<b>2.0</b>	Basisbehandlung Allgemeinchirurgie	1	40
<b>2.1</b>	Gefäßchirurgie	2	40
<b>2.1.1</b>	Bauaortenaneurysma	3	40
<b>2.1.2</b>	Carotis operativ/interventionell	2	40
<b>2.1.3</b>	Komplexe periphere arterielle Gefäße	2	40
<b>2.2</b>	Herzchirurgie	3/FA	40
<b>2.2.1</b>	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	3/FA	40
<b>2.2.2</b>	Minimalinvasive Herzkloppenintervention	3/FA	40
<b>2.2.3</b>	Kardiale Devices	2/FA	40
<b>2.3</b>	Kinder- und Jugendchirurgie	2	40
<b>2.4</b>	Orthopädie und Unfallchirurgie	2	40
<b>2.4.1</b>	Endoprothetik Hüfte	2/FA	40
<b>2.4.2</b>	Endoprothetik Knie	2/FA	40
<b>2.4.3</b>	Revision Hüftendoprothese	2/FA	40
<b>2.4.4</b>	Revision Knieendoprothese	2/FA	40
<b>2.4.5</b>	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
<b>2.4.6</b>	Handchirurgie	2	40
<b>2.4.7</b>	Schädel-Hirn-Trauma	2	40



**Tabelle A 1**

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level <sup>1</sup>	Vorhalte <sup>2</sup>
<b>2.4.8</b>	Polytrauma	2	60
<b>2.5</b>	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	3/FA	40
<b>2.5.1</b>	Schwere Verbrennungen	3/FA	60
<b>2.6</b>	Thoraxchirurgie	2/FA	40
<b>2.7</b>	Viszeralchirurgie	2	40
<b>2.7.1</b>	Bariatrische Chirurgie	2	40
<b>2.7.2</b>	Große Lebereingriffe	3	40
<b>2.7.3</b>	Große Ösophaguseingriffe	3	40
<b>2.7.4</b>	Große Pankreas eingriffe	3	40
<b>2.7.5</b>	Tiefe Rektumeingriffe	2	40
<b>GYNÄKOLOGIE, GEBURTEN, NEUGEBORENE</b>			
<b>3.0</b>	Basisbhandlung Frauenheilkunde	1	40
<b>3.1</b>	Allgemeine Frauenheilkunde	2	40
<b>3.1.1</b>	Karzinome außer Mamma-Ca	2	40
<b>3.1.2</b>	Senologie/Mamma-Ca	2	40
<b>3.2</b>	Geburten	2	60
<b>3.2.1</b>	Perinataler Schwerpunkt	2	60
<b>3.2.2</b>	Perinatalzentrum Level 1	2	60
<b>3.2.3</b>	Perinatalzentrum Level 2	3	60
<b>KINDER- UND JUGENDMEDIZIN</b>			
<b>4.0</b>	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	1	40
<b>4.1</b>	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	2	40
<b>4.2</b>	Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	3	40
<b>4.2.1</b>	Kinderonkologie	3	40
<b>4.2.2</b>	Kinder-Hämatologie & -Onkologie -Stammzelltransplantationen	3	40
<b>4.2.3</b>	(Kinder- und Jugend-)Hämostaseologie	3	40
<b>4.3.1</b>	Kinder- und Jugendkardiologie	2	40
<b>4.3.2</b>	Kinderherzchirurgie	3	40
<b>4.4</b>	Kinder- und Jugend-Pneumologie und -Allergologie / Schlafmedizin	2	40
<b>4.3</b>	Kinder- und Jugend-Nephrologie	2	40
<b>4.3.1</b>	Nierenersatztherapie im Kindesalter	3	40
<b>4.4</b>	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	2	40
<b>4.5</b>	Kinder- und Jugend-Infektiologie	2	40
<b>4.6.1</b>	Kinder und Jugendliche Basis-Notfallmedizin Stufe I	1	60
<b>4.6.2</b>	Kinder und Jugendliche erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
<b>4.6.3</b>	Kinder und Jugendliche umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
<b>4.7.1</b>	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe II	2	60
<b>4.7.2</b>	Pädiatrische Intensivmedizin Stufe III	3	60



**Tabelle A 1**

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level <sup>1</sup>	Vorhalte <sup>2</sup>
<b>4.8</b>	Neonatologie	2	60
<b>4.8.1</b>	Perinatalzentrum Level 1 gem. QFR-RL	3	60
<b>4.8.2</b>	Perinatalzentrum Level 2 gem. QFR-RL	2	60
<b>4.8.3</b>	Perinataler Schwerpunkt	2	60
<b>4.9</b>	Neuropädiatrie	2	40
<b>4.10</b>	Allgemeine Kinderchirurgie	2	40
<b>4.11</b>	Spezielle Kinderchirurgie	2	40
<b>4.11.1</b>	Kinder- und Jugend-Orthopädie und -Traumatologie	2	40
<b>4.11.2</b>	Kinder- und Jugend-Urologie	2	40
<b>4.11.3</b>	Kinder- und Jugend-Neurochirurgie	3	40
<b>4.11.4</b>	Kinder- und Jugend-Handchirurgie	2	40
<b>4.12</b>	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	2	40
<b>4.13</b>	(Kinder- und Jugend)-Palliativmedizin	2	40
<b>4.14</b>	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie und -Hepatologie	2	40
<b>4.15</b>	Pädiatrische Stoffwechselmedizin	2	40
<b>4.17</b>	Sozialpädiatrie	2	40
<b>4.18</b>	Pädiatrische Psychosomatik	2	40
<b>AUGENHEILKUNDE</b>			
<b>5.0</b>	Basisbehandlung Augenheilkunde	1	40
<b>5.1</b>	Allgemeine Augenheilkunde	2	40
<b>5.2</b>	Komplexe Augenheilkunde	3	40
<b>HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN</b>			
<b>6.0</b>	Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten	1	40
<b>6.1</b>	Allgemeine Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	40
<b>6.2</b>	Komplexe Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	40
<b>6.3</b>	Dermatoonkologie	3/FA	40
<b>HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE</b>			
<b>7.0</b>	Basisbehandlung HNO	1	40
<b>7.1</b>	Allgemeine HNO	2	40
<b>7.2</b>	Komplexe HNO	3	40
<b>7.2.1</b>	Cochleaimplantate	3	40
<b>MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE</b>			
<b>8.1</b>	MKG	3	40
<b>NEUROCHIRURGIE</b>			
<b>9.1</b>	Neurochirurgie	2	40
<b>9.1.1</b>	Wirbelsäuleneingriffe	2	40
<b>9.1.2</b>	Stereotaxie	2	40



**Tabelle A 1**

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level <sup>1</sup>	Vorhalte <sup>2</sup>
<b>NEUROLOGIE</b>			
10.0	Basisbehandlung Neurologie	1	40
10.1	Allgemeine Neurologie	2	40
10.2	Komplexe Neurologie	3	40
10.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	2/FA	40
<b>UROLOGIE</b>			
11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
11.1	Allgemeine Urologie	2	40
11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
<b>NOTFALLMEDIZIN &gt;18 Jahre</b>			
12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60
<b>INTENSIVMEDIZIN &gt;18 Jahre</b>			
13.0	Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I	1	60
13.1	Erweiterte Intensivmedizin Stufe II	2	60
13.2	Umfassende Intensivmedizin Stufe III	3	60
13.2.1	Lungenersatztherapie >24 h	3	60
13.2.2	Herzersatztherapie >24 h	3	60
<b>STROKE UNIT</b>			
14.1	Stroke Unit	2	60
<b>GERIATRIE</b>			
15.1	Geriatrie	1	40
<b>PALLIATIVMEDIZIN</b>			
16.1	Palliativmedizin	1	40
<b>TRANSPLANTATION</b>			
17.1	Darmtransplantation	3	40
17.2	Herztransplantation	3	40
17.3	Lebertransplantation	3	40
17.4	Lungentransplantation	3	40
17.5	Nierentransplantation	3	40
17.6	Pankreastransplantation	3	40
<i>Jede Leistungsgruppe wird spezifisch über ICD- und OPS-Codes definiert.</i>			
<i>Gleiche ICD- und OPS-Codes können ggf. in verschiedenen Leistungsgruppen erscheinen, die sich dann aber durch die Kombination unterscheiden.</i>			
<i>LB = Leistungsbereich</i>			
<i>1) Mindestlevel I-III und Fachklinik (FA)</i>			
<i>2) Vorhalteanteil in Prozent</i>			
<i>Anmerkung: Der Vorhalteanteil sollte mit 40% respektive 60% festgelegt werden, und kann später nach Evaluation angepasst werden.</i>			



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes:

OPS-Codes	
8-700	Offenhalten der oberen Atemwege
8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege: durch oropharyngealen Tubus
8-700.1	Offenhalten der oberen Atemwege: durch nasopharyngealen Tubus
8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige
8-700.y	Offenhalten der oberen Atemwege: n. n. bez.
8-701	Einfache endotracheale Intubation
8-704	Intubation mit Doppelkumentubus
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-854.60	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: bis 24 Stunden
8-855.70	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: bis 24 Stunden
8-855.80	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: bis 24 Stunden
8-854.70	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: bis 24 Stunden
8-855.13	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): bis 24 Stunden
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: ohne kontinuierliche reflexionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung
8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes
8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte
8-98f.1	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandpunkte
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandpunkte
8-980.1	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandpunkte
1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-620.0	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument
1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument: ohne weitere Maßnahmen



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes:

OPS-Codes	
<b>1-620.01</b>	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument: mit bronchoalveolärer Lavage
<b>1-620.02</b>	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument: mit Alveoloskopie
<b>1-620.03</b>	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument: mit katheterbasierter Luftstrommessung
<b>1-620.0x</b>	Diagnostische Tracheobronchoskopie: mit flexilem Instrument: Sonstige
<b>1-630.y</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: n. n. bez.
<b>1-630</b>	Diagnostische Ösophagoskopie
<b>1-630.0</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: mit flexilem Instrument
<b>1-630.x</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: Sonstige
<b>1-638</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma
<b>1-638.0</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: diagnostische Ösophagoskopie
<b>1-638.1</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
<b>1-638.2</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: diagnostische Gastroskopie
<b>1-638.3</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: diagnostische Duodenoskopie
<b>1-638.4</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: diagnostische Jejunoskopie
<b>1-638.x</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: Sonstige
<b>1-638.y</b>	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes über ein Stoma: n. n. bez.
<b>1-630.0</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: mit flexilem Instrument
<b>1-630.1</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: mit starrem Instrument
<b>1-630.x</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: Sonstige
<b>1-630.y</b>	Diagnostische Ösophagoskopie: n. n. bez.
<b>1-631</b>	Diagnostische Ösophagogastroskopie
<b>1-631.0</b>	Diagnostische Ösophagogastroskopie: bei normalem Situs
<b>1-631.1</b>	Diagnostische Ösophagogastroskopie: bei Anastomosen an Ösophagus und/oder Magen
<b>1-631.x</b>	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Sonstige
<b>1-631.y</b>	Diagnostische Ösophagogastroskopie: n. n. bez.
<b>1-632</b>	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
<b>1-632.0</b>	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: bei normalem Situs
<b>1-632.1</b>	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum
<b>1-632.x</b>	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Sonstige
<b>1-632.y</b>	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: n. n. bez.



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes:

#### OPS-Codes

1-930	Infektiologisches Monitoring
1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle

*Für alle hier nicht aufgeführten OPS-Codes gilt: Wenn eine Verlegung in ein Level-II- oder -III-Krankenhaus aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, dürfen auch die übrigen OPS-Codes abgerechnet werden.*



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

OPS-Codes	
<b>8-855.71</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 24 bis 72 Stunden
<b>8-855.72</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 72 bis 144 Stunden
<b>8-855.73</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 144 bis 264 Stunden
<b>8-855.74</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 264 bis 432 Stunden
<b>8-855.76</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-855.77</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-855.78</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-855.79</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
<b>8-855.7a</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
<b>8-855.7b</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-855.7c</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 2.400 Stunden
<b>8-855.81</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 24 bis 72 Stunden
<b>8-855.82</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 72 bis 144 Stunden
<b>8-855.83</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 144 bis 264 Stunden
<b>8-855.84</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 264 bis 432 Stunden
<b>8-855.86</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-855.87</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-855.88</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-855.89</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
<b>8-855.8a</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden



**Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

OPS-Codes	
<b>8-855.8b</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-855.8c</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.400 Stunden
<b>8-98f.10</b>	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte
<b>8-98f.11</b>	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte
<b>8-98f.2</b>	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte
<b>8-98f.20</b>	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte
<b>8-98f.21</b>	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 829 bis 1.104 Aufwandspunkte
<b>9-617</b>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
<b>9-618</b>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
<b>9-619</b>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
<b>9-61a</b>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
<b>9-61b</b>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen
<b>8-853.76</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-853.77</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-853.78</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-853.79</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
<b>8-853.7a</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
<b>8-853.7b</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-853.7c</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: mehr als 2.400 Stunden
<b>8-853.8</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

OPS-Codes	
<b>8-853.80</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: bis 24 Stunden
<b>8-853.81</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 24 bis 72 Stunden
<b>8-853.82</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 72 bis 144 Stunden
<b>8-853.83</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 144 bis 264 Stunden
<b>8-853.84</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 264 bis 432 Stunden
<b>8-853.86</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-853.87</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-853.88</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-853.89</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
<b>8-853.8a</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
<b>8-853.8b</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-853.8c</b>	Hämofiltration: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.400 Stunden
<b>8-854.71</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 24 bis 72 Stunden
<b>8-854.72</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 72 bis 144 Stunden
<b>8-854.73</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 144 bis 264 Stunden
<b>8-854.74</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 264 bis 432 Stunden
<b>8-854.76</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-854.77</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-854.78</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-854.79</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden



**Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

<b>OPS-Codes</b>	
<b>8-854.7a</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
<b>8-854.7b</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-854.7c</b>	Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: mehr als 2.400 Stunden
<b>8-854.8</b>	Hämodialyse: verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000
<b>8-855.14</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 24 bis 72 Stunden
<b>8-855.15</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 72 bis 144 Stunden
<b>8-855.16</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 144 bis 264 Stunden
<b>8-855.17</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 264 bis 432 Stunden
<b>8-855.19</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 432 bis 600 Stunden
<b>8-855.1a</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 600 bis 960 Stunden
<b>8-855.1b</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 960 bis 1.320 Stunden
<b>8-855.1c</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden
<b>8-855.1d</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden
<b>8-855.1e</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden
<b>8-855.1f</b>	Hämodiafiltration: kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF): mehr als 2.400 Stunden
<b>8-980.10</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte
<b>8-980.11</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte
<b>8-980.2</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte
<b>8-980.20</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte
<b>8-980.21</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1.104 Aufwandspunkte: 829 bis 1.104 Aufwandspunkte
<b>8-980.3</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandspunkte
<b>8-980.30</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandspunkte: 1.105 bis 1.380 Aufwandspunkte
<b>8-980.31</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.105 bis 1.656 Aufwandspunkte: 1.381 bis 1.656 Aufwandspunkte
<b>8-980.4</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.657 bis 2.208 Aufwandspunkte
<b>8-980.40</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.657 bis 2.208 Aufwandspunkte: 1.657 bis 1.932 Aufwandspunkte



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

OPS-Codes	
<b>8-980.41</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1.657 bis 2.208 Aufwandspunkte: 1.933 bis 2.208 Aufwandspunkte
<b>8-980.5</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.209 bis 2.760 Aufwandspunkte
<b>8-980.50</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.209 bis 2.760 Aufwandspunkte: 2.209 bis 2.484 Aufwandspunkte
<b>8-980.51</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.209 bis 2.760 Aufwandspunkte: 2.485 bis 2.760 Aufwandspunkte
<b>8-980.6</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.761 bis 3.680 Aufwandspunkte
<b>8-980.60</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.761 bis 3.680 Aufwandspunkte: 2.761 bis 3.220 Aufwandspunkte
<b>8-980.61</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2.761 bis 3.680 Aufwandspunkte: 3.221 bis 3.680 Aufwandspunkte
<b>8-980.7</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 3.681 bis 4.600 Aufwandspunkte
<b>8-980.8</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 4.601 bis 5.520 Aufwandspunkte
<b>8-980.9</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkte
<b>8-980.a</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 7.361 bis 9.200 Aufwandspunkte
<b>8-980.b</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 9.201 bis 11.040 Aufwandspunkte
<b>8-980.c</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 11.041 bis 13.800 Aufwandspunkte
<b>8-980.d</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 13.801 bis 16.560 Aufwandspunkte
<b>8-980.e</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte
<b>8-980.f</b>	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 19.321 oder mehr Aufwandspunkte
<b>1-845</b>	Diagnostische perkutane Punktion und Aspiration der Leber
<b>1-846</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen
<b>1-846.0</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Niere
<b>1-846.1</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Nierenbecken
<b>1-846.2</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Ureter
<b>1-846.3</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Harnblase
<b>1-846.x</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: Sonstige
<b>1-846.y</b>	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen: n. n. bez.



### **Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

**Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes**

#### **OPS-Codes**

<b>1-930.0</b>	Infektiologisches Monitoring: Infektiologisch-mikrobiologisches Monitoring bei Immunsuppression
<b>1-930.1</b>	Infektiologisches Monitoring: Quantitative Virus-Nukleinsäurebestimmung
<b>1-930.3</b>	Infektiologisches Monitoring: Bestimmung der HI-Viruslast zur Verlaufsbeurteilung
<b>1-930.4</b>	Infektiologisches Monitoring: Genotypische oder phänotypische Resistenzbestimmung von Viren (HI-Viren oder Hepatitis-B-Virus) gegen antiretrovirale Substanzen

*Für alle hier nicht aufgeführten OPS-Codes gilt: Wenn eine Verlegung in ein Level-II- oder -III-Krankenhaus aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, dürfen auch die übrigen OPS-Codes abgerechnet werden.*



### Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Unter die Leistungsgruppe Intensivmedizin Level 1 fallen beispielhaft folgende OPS-Codes

#### OPS-Codes

<b>8-852.1</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Prä-ECMO-Therapie
<b>8-852.30</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
<b>8-852.01</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
<b>8-852.03</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
<b>8-852.04</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
<b>8-852.05</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
<b>8-852.06</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
<b>8-852.07</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
<b>8-852.08</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
<b>8-852.09</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
<b>8-852.0b</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
<b>8-852.0c</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
<b>8-852.0d</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
<b>8-852.0e</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

*Für alle hier nicht aufgeführten OPS-Codes gilt: Wenn eine Verlegung in ein Level-II- oder -III-Krankenhaus aus Kapazitätsgründen nicht möglich ist, dürfen auch die übrigen OPS-Codes abgerechnet werden.*



**Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

Verpflichtende 24/7 Mindestvorhaltung	Level 1	Level 2	Level 3
<b>Qualifikation ärztliche Leitung</b>	Zusatzweiterbildung Intensivmedizin	Hauptamtlich auf der Intensivstation tätig und fachlich nicht weisungsgebunden	Hauptamtlich auf der Intensivstation tätig und fachlich nicht weisungsgebunden
		1 Vertretung mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin	3 Vertretungen mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
<b>Verfügbarkeit und Qualifikation von Ärzten</b>	24/7 Anwesenheit Stationsarzt High-Care-Betten	24/7 Anwesenheit Stationsarzt High-Care-Betten	24/7 Anwesenheit Stationsarzt High-Care-Betten
	Ärztliche Personal- bemessung nach dem Modell der BÄK	Ärztliche Personal- bemessung nach dem Modell der BÄK	Ärztliche Personal- bemessung nach dem Modell der BÄK
<b>Weiterbildung Intensivmedizin</b>	6 Monate	12 Monate	24 Monate
<b>Verpflichtend mit Personal betreibbare High-Care-Betten</b>	3	10	20
<b>Verpflichtend mit Personal betreibbare Low-Care-Betten</b>	3	10	20
<b>Pflegerischer Stellenschlüssel</b>	gemäß Pflege- personaluntergrenzen- Verordnung	gemäß Pflege- personaluntergrenzen- Verordnung	gemäß Pflege- personaluntergrenzen- Verordnung
<b>Anteil mit Fachweiter- bildung Intensivpflege oder ANP</b>	>20%	>30%	>30%
<b>Ausstattung mit Therapeuten</b>	Physiotherapie (Mo-Fr)  Logopädie (Mo-Fr)	Physiotherapie (täglich)  Logopädie (Mo-Fr)	Physiotherapie (täglich)  Logopädie (Mo-Fr)
<b>Diagnostik auf der Intensivstation über die Levelvorhaltung hinaus</b>	Schockraum  TTE  MRT  24/7 Bronchoskopie  TEE	Schockraum  24/7 Endoskopie  MRT  24/7 Bronchoskopie  TEE	Schockraum  24/7 Endoskopie  24/7 MRT  24/7 Interventionelle Radiologie  24/7 Bronchoskopie  TEE
<b>Verfügbarkeit thera- peutischer Verfahren</b>	Highflow-Sauerstoff- therapie  Invasive und nicht- invasive Beatmung	Highflow-Sauerstoff- therapie  Invasive und nicht- invasive Beatmung	Highflow-Sauerstoff- therapie  Invasive und nicht- invasive Beatmung



**Tabelle A2 (Beispiel ohne Anspruch auf Vollständigkeit)**

<b>Verpflichtende 24/7 Mindestvorhaltung</b>	<b>Level 1</b>	<b>Level 2</b>	<b>Level 3</b>
		kontinuierliche Nierenersatzverfahren	kontinuierliche Nierenersatzverfahren
			Plasmapherese
			VV- und / oder VA-ECMO
<b>Wissenschaft</b>	Teilnahme an klinischen Studien fakultativ	Teilnahme an klinischen Studien fakultativ	Studienzentrum
			Teilnahme an klinischen Studien verpflichtend
<b>Sozialdienst</b>	verfügbar	werktäglich	werktäglich
<b>PDMS</b>	optional	verpflichtend	verpflichtend
<b>Hygiene</b>	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienebeauftragter Arzt und 1 Vertreter	Hygienebeauftragter Arzt und 2 Vertreter
<b>Ethische Fallberatung</b>	innerhalb von 48 h möglich	innerhalb von 24 h möglich	innerhalb von 24 h möglich