KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Zeitplan Einführung und Durchführung KHVVG

Das KHVVG wurde am 17.10.2024 vom Bundestag beschlossen und am 22.11.2024 vom Bundesrat nicht abgelehnt. Damit kommt es nicht in den Vermittlungsausschuss. Es trat am 12.12.2024 in Kraft. Ein Großteil der Regelungen kommt erst ab 01.01.2027 zur Anwendung (s. u.). Dennoch ergeben sich in den nächsten Jahren schon erhebliche Änderungen der Gesetzeslage und Aufgaben für die Länder und Krankenhäuser.

Auch der Bundesgesetzgeber muss noch drei Rechtsverordnungen mit Zustimmung des Bundesrates erlassen (jeweils eine zu neuen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, zu Mindestvorhaltezahlen und zum Transformationsfonds). Kommen die Rechtsverordnungen nicht zustande, hat das unterschiedliche Folgen. Bei der Rechtsverordnung zu den neuen LG und Q-Kriterien bleiben die LG und Q-Kriterien in Kraft, die im Anhang des Gesetzes formuliert sind. Die Mindestvorhaltezahlen und der Transformationsfonds könnten dann nicht zur Anwendung gelangen, weil notwendige Festlegungen fehlen.

Allgemein sieht der Fahrplan bis 2027 wie folgt aus:

- *2025 müssen die Krankenhausgesetze (falls nicht schon erfolgt) und die Krankenhauspläne der Länder an die neue Systematik angepasst werden. Das bedeutet insbesondere eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen muss gesetzlich von den Ländern ermöglicht und durchgeführt werden.*
- *Bis spätestens 30.09.2025 müssen die Länder die jeweiligen Leistungsgruppen den einzelnen Standorten vorläufig zugeordnet und die Medizinischen Dienste mit der Prüfung der Q-Kriterien beauftragt haben.*

- *Bis spätestens 30.06.2026 müssen die Medizinischen Dienste die Prüfung der Q-Kriterien für die Leistungsgruppen, die den einzelnen Standorten vorläufig zugewiesen wurden, abgeschlossen haben.*
- *Bis spätestens 31.10.2026 müssen die LG final durch die Länder den Standorten zugeordnet sein.*
- *Ab 01.01.2027 kommen die LG und die Vorhaltevergütung zur Anwendung*

Hier die vollständige Liste der Termine und Fristen (gegliedert nach Themen), die im KHVVG enthalten sind.

▶ Leistungsgruppen (LG) und Mindestanforderungen an die Qualität (SGB 5 § 135e, KHG § 6a)

Anwendung ab 2027

Ab 12.12.2024 gelten zunächst die LG und Q-Kriterien im Gesetz (Anlage 1).
Bis zum 31.03.2025: Rechtsverordnung (Anwendung ab 01.01.2027) mit Zustimmung Bundesrat über

- Leistungsgruppen
- Q-Kriterien (Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung, sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen)
- Zulässigkeit von Kooperationen für best. LG
- Zulässigkeit von Ausnahmeregelungen für best. LG

Jeweils unverzüglich: Meldung aller neuen Zuweisungen und Aufhebung von Zuweisungen durch Länder an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG).
Bis 31.10.2026 und dann jährlich: Meldung der Zuweisung der LG durch Land an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).
Höchstens für 3 Jahre: Ausnahmegenehmigungen zur Abweichung von den Q-Kriterien bei Standorten, die zur Sicherstellung der Versorgung notwendig sind (30 Min. bzw. 40 Min. Fahrtzeit zum nächsten Krankenhaus) oder bei KH mit Sicherstellungszuschlag (dann unbefristet).
Höchstens 6 Monate: Ausnahmegenehmigung bei Meldung kurzfristiger (mehr als 1 Monat) Nichterfüllung der Q-Kriterien durch ein KH (SGB 5 § 275a).

▶ Prüfungen durch Medizinischen Dienst (SGB 5 § 137, § 275a und KHG § 6a)

Bis 30.09.2025: Beauftragung der erstmaligen Prüfung der Q-Kriterien durch Land (ggf. gemeinsam mit Prüfung der Strukturmerkmale für bestimmte Operationen- und Prozedurenschlüssel – STROPS SGB 5 § 301 – und sonstige Prüfungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung – SGB 5 §§ 135b, 136 bis 136c).
Bis 30.06.2026: Abschluss der erstmaligen Prüfung.
Nach 2 Jahren und danach alle 3 Jahre: Weitere Prüfungen der Q-Kriterien beauftragt durch KH (vorläufige Selbsteinschätzung durch KH möglich, wenn MD bereits beauftragt, aber Gutachten noch nicht durchgeführt ist).
Ohne Termin: Regelung der Einzelheiten der Qualitätsprüfungen und ihrer aufwandsarmen Durchführung durch GBA.

▶ Standortdefinition (KHG § 2a)

Bis 31.03.2025: Kassen und DKG vereinbaren Verfahren zur Ermittlung von Geokoordinaten von Standorten (als Voraussetzung für die Bewertung als eigener Standort).
Ohne Terminierung: Kassen und DKG können in Einzelentscheidungen von der Standort-Definition (mehr als 2 km) abweichen (sowohl Zusammenlegung als auch Trennung).
Bis 31.12.2029: Bericht Kassen und DKG über Auswirkungen auch der Einzelentscheidungen an BMG.

▶ Mindestvorhaltezahlen (SGB 5 § 135f)

Anwendung ab 2027

Ohne Termin, jeweils 3 Monate nach (regelmäßiger) Beauftragung durch BMG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) legt Empfehlungen für Höhe der Mindestvorhaltezahlen und ihre Weiterentwicklung vor.
Bis 12.12.2025: Rechtsverordnung mit Zustimmung Bundesrat zur Höhe der Mindestvorhaltezahlen (Anwendung ab 01.01.2027). Änderungen der Mindestvorhaltezahlen bedürfen einer Änderung der Rechtsverordnung. Den KH, die im jeweiligen Vorvorjahr weniger Fälle behandelt haben als in der Rechtsverordnung als Grenze definiert wurde, droht ab 2027 (s. u.) ein Entzug der Vorhaltevergütung für die jeweilige Leistungsgruppe.

Ab 12.12.2025 bis 31.12.2026: Standorte, die die Mindestvorhaltezahl in einer LG nicht erreichen, werden im Transparenzverzeichnis (SGB 5 § 135d) mit einem Hinweis gekennzeichnet.
Jeweils bis 30.06. eines Jahres: InEK übermittelt jeweils Liste der betroffenen Standorte an die Länder und erstellt Auswertungen über die Auswirkungen.
Ab 01.01.2027: Keine Abrechnung der Vorhaltevergütung bei Unterschreiten der Mindestvorhaltezahl.

▶ Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen (KHG §40, KHEntgG § 8)

Anwendung ab 2027

Bis 28.02.2025: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert onkochirurgische Leistungen (Basis: OPS 2023 und ICD 2023) und übermittelt sie an InEK.
Erstmalig bis 30.04.2025: InEK veröffentlich Liste dieser onkochirurgischen Leistungen gegliedert nach Indikationsbereichen und LG.
Bis 31.05.2025: InEK entwickelt Vorgaben und eine Datenverarbeitungslösung für eine eindeutige Zuordnung der Leistungen zu Indikationsbereichen und LG (Grouper).
Erstmalig zum 15.11.2026 und dann jährlich: Anpassung der Auswahl auf Basis der aktuellen ICD und OPS durch Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
Erstmalig zum 31.12.2026 und dann jährlich: Anpassung der Liste durch InEK.
Bis 31.05.2025: InEK veröffentlicht **einmalig** eine Liste der Standorte, mit der Zahl der Fälle des Jahres 2023 mit onkochirurgischen Leistungen in den jeweiligen Indikationsbereichen und ordnet die Standorte nach der Zahl der Eingriffe. Alle Standorte, die aufsummiert unter der Grenze von 15 % aller Eingriffe im jeweiligen Indikationsbereich liegen, dürfen die Leistungen ab 01.01.2027 nicht mehr abrechnen (KHEntgG § 8).
Bis 30.06.2032: InEK analysiert Auswirkungen und veröffentlicht Bericht.

▶ Vorhaltebudget (KHG § 17b Abs. 4b, § 37 und KHEntgG § 6a und 6b)

In 2026: budgetneutrale Einführung

In 2027: Differenzen zu 2026 zu 33 % wirksam

In 2028: Differenzen zu 2026 zu 66 % wirksam

Erstmalig in 2025 für 2026 ohne Terminierung und dann jährlich: InEK berechnet Vorhaltebewertungsrelationen (60 % der DRG nach Abzug variabler Sachkosten) und die Zuschläge für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spez. Traumatologie, Intensivmedizin.

Bis 30.09.2025: Entwicklung eines Konzepts durch InEK zur Ermittlung der Vorhaltevolumina und ggf. Weiterentwicklung in den Folgejahren.

Bis 30.11.2025 und dann jährlich: Ermittlung der Vorhaltevolumina pro Land und LG und Anteil KH für Folgejahr (Basis für die Jahre 2026 bis 2028 sind die Leistungsdaten der Jahre 2023 und 2024, danach das jeweils vorangegangene Jahr, z.B. 2027 für 2029)

Bis zum 31.10.2026 und dann jährlich: Übermittlung der LG pro Standort und welche Krankenhäuser Koordinierungsaufgaben ausüben durch Länder an InEK, damit Vorhaltevergütung ermittelt werden kann (KHEntgG, § 6a). Außerdem welche KHs zur Sicherstellung notwendig sind und deshalb ein (gekürztes) Vorhaltebudget erhalten, auch wenn sie die Mindestvorhaltezahlen nicht erfüllen (KHEntgG, § 6b).

Bis zum 31.10.2025: Kann-Regelung für Übermittlung dieser Daten, damit InEK schon über die Vorhaltevolumina für 2026 informieren kann.

Bis 10.12.2026 und dann jährlich für Folgejahr: Bescheid über Vorhaltebudget je KH durch InEK.

Bis 30.11.2027 und dann alle 3 Jahre: Neuberechnung des Anteils eines KH durch InEK.

Bis 31.12.2029 und bis 31.12.2031: Analyse der Wirkungen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

31.03., 30.06., 30.09.2027 und dann jährlich: KH kann bei Abweichung der Auszahlung von der Schätzung des Vorhaltebudgets Änderung der Abzahlung verlangen (KHEntgG, § 6b).

Bis 28.02. des jeweiligen Folgejahres (erstmalig 2028): KH legt Kassen und Land die Abrechnung von Über-/Unterzahlung des Vorhaltebudgets vor (Ausgleich über Zu-/Abschläge im restlichen Jahr).

▶ Sektorenübergreifende Versorger (SüV) (SGB 5 § 115g)

Anwendung ab 2027

Bis 31.12.2025: Vereinbarung zwischen DKG und Kassen (Anpassung alle 2 Jahre)

- welche Leistung in Innere Medizin und Geriatrie
- welche weiteren stationären Leistungen
- welche weiteren stationären Leistungen bei telemedizinischer Kooperation
- welche Qualitätsanforderungen

Bis 31.12.2029: Bericht über Auswirkungen durch Kassen, Pflegekassen, KV und DKG.
Bis 31.10.2026: Festlegung welcher Standort ein SüV ist und Übermittlung an InEK (KHG § 6a).

▶ Vergütung SüV (KHEntgG §6c)

Anwendung ab 2027

Erstmals für 2027 in 2026 ohne Terminierung: Vereinbarung der Art und Menge der voll- und teilstationären Leistungen, Gesamtvolumen, Tagesentgelte, Höhe der Pflegepersonalkosten, Mehr- und Mindererlösausgleiche.

▶ Pädiatrien (KHG § 17b, § 39 Abs. 2)

Bis 30.06.2025 und dann jährlich: InEK erstellt eine Liste der KH, die die Kriterien (75 % der Fälle des Krankenhauses sind Kinder und die Zahl der stationär behandelten Kinder beträgt mindestens 0,5 % aller stationär behandelten Kinder in Deutschland) erfüllen und deshalb einen Antrag auf Herausnahme aus den DRGs stellen können.
Ab 01.01.2027: Keine Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer für alle Fälle, die zu den LG der Pädiatrie gehören.

▶ Transformationsfonds (SGB 5 § 271 und KHG § 12b)

Anwendung ab 01.01.2026 bis 2035

In 2025 ohne Terminierung (damit der Fonds 2026 starten kann): Rechtsverordnung zur näheren Regelung durch BMG mit Zustimmung BR.

Bis 30.09.2025 und dann jährlich: Antragstellung zur Förderung von bestimmten Investitionen im Zusammenhang mit Konzentrationen und Umstrukturierungen und Schließungen durch das jeweilige KH (wenn Fördervolumen bis 30.09. jeweils schon bekannt, Antragstellung auch bis 31.12.)
Bis 31.01.2027 und dann jährlich: Wenn sich Privatversicherungen nicht beteiligen Bericht des BMG an Bundestag und Erarbeitung eines Vorschlags zur Beteiligung bis 31.03. des jeweiligen Jahres.
Bis 31.12.2027 und dann jährlich: Bericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung über bewirkten Strukturwandel.

▶ Zuschläge für Koordination und für Hochschulkliniken (KHG § 38)

Anwendung ab 2027

Bis 10.12.2026 und dann jährlich: Aufteilung der Zuschläge auf die KHs durch InEK.

▶ Zuschläge für Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (KHG § 39)

Anwendung ab 2027

Bis 28.02.2026: Erstellung eines Konzepts zur Zuteilung der LG zu den genannten Bereichen durch InEK.
Bis 31.05.2026 und dann jährlich: Vereinbarung der Zuteilung auf Basis des Konzeptes zwischen Kassen und DKG.
Bis 10.12.2026 und dann jährlich: Aufteilung der Zuschläge auf die KHs durch InEK.

▶ Erhöhung Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (KHEntgG §9)

Ab 2027 Erhöhung um 33 Mio.

▶ Veränderungswert/Tarifrate (KHEntgG § 9 und § 10)

Bis 31.10.2025 für 2026 und dann jährlich: Kassen und DKG vereinbaren den Veränderungswert (d.h. eine Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts [LBFW]) in Höhe des vollen Orientierungswertes (d.h. die Preissteigerungen für KHs). Gilt auch für Psychiatrie (BPflV § 3).

Bis 26.12.2024 ist der bereits vereinbarte Veränderungswert für 2025 zu erneuern. Jeweils 4 Wochen nach Wirksamwerden einer Tarifvereinbarung und rückwirkend auch für 2024: durchschnittliche Tarifsteigerungen (Tarifrate) sind – auch bei Überschreiten des Veränderungswertes in der Vereinbarung zum Landesbasisfallwert – für alle Berufsgruppen zu 100 % zu berücksichtigen (maßgeblich ist die für die meisten Beschäftigten des jeweiligen Bereichs geltende Tarifvereinbarung, Pflege am Bett wird gesondert abgerechnet). Gilt auch für Psychiatrie. Auf Verlangen von DGK/Kassen ist eine unterjährige Änderung des LBFWs möglich, ansonsten rückwirkende Berücksichtigung beim LBFW des nächsten Jahres.
Bis 28.02.2025: Erlösbudget für 2025 ist anzupassen, falls es schon in 2024 vereinbart war.

▶ Hybrid-DRGs (sektorengleiche Vergütung) (SGB 5 § 115f)

Bis 15.02.2025 und dann jährlich: Überprüfung der Auswahl der Leistungen, für die Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen, und Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl durch INEK und Bewertungsausschuss (KV und Kassen).
Bis 31.03.2025 und dann jährlich: Neuvereinbarung der Auswahl der o.g. Leistungen durch KV, Kassen, DKG mit folgenden Zielvorgaben:

- Ab 2026 jährlich mindestens 1 Mio. Fälle
- Ab 2028 jährlich mindestens 1,5 Mio. Fälle
- Ab 2030 jährlich mindestens 2 Mio. Fälle

Bis 15.05.2025 und dann jährlich: Vorschlag zur Höhe der Vergütung der Hybrid-DRGs **differenziert nach dem Schweregrad der Fälle** durch InEK und Bewertungsausschuss. Jährliche Neukalkulation und Absenkung der Vergütung auf die Vergütung bei ambulanten Operationen (SGB 5, § 115b) bis 2030.
Bis 30.06.2025 und dann jährlich: Vereinbarung der Höhe der Hybrid-DRGs auf Basis der o.g. Kalkulation durch KV, Kassen, DKG.
Bis 30.04.2025: Beauftragung eines Konzepts zur Festlegung der Höhe der Hybrid-DRGs **auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs** durch InEK und Bewertungsausschuss der KV.
Bis 31.12.2025: Vereinbarung des o.g. Konzepts zur Festlegung der Höhe der Hybrid-DRGs zwischen KV, Kassen, DKG (Vorlage an BMG). Spätestens gültig ab 30.06.2030.

Erstmals bis 30.06.2026 und dann alle 18 Monate: Bericht des InEK über Auswirkungen.

▶ Ambulante Behandlung durch SüV (SGB 5 § 116a)

Nach Festlegung als SüV durch Land: Zulassungsausschuss (KV und Kassen) muss SüV auf Antrag zur ambulanten Behandlung im Facharzt- und im Hausarztbereich zulassen, **wenn jeweils keine Zulassungsbeschränkung besteht** und in den 9 Monaten nach Antragstellung durch SüV keine Zulassungsbeschränkung angeordnet wird.

▶ Ambulante und stationäre Behandlung an Bundeswehrkrankenhäusern (SGB 5 § 108 und 117a)

Ohne Terminierung: Zulassung zur Behandlung von Kassenpatient*innen nach Auswahl der Krankenhäuser durch BMG im Einvernehmen mit Land und Kassen. Wenn sie bereits im KH-Plan des Landes aufgenommen wurden gilt die Zulassung bereits als erteilt.
Ohne Terminierung: Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung prinzipiell zugelassen (wie Uni-Kliniken).

▶ Pädiatrische Institutsambulanzen (§ 118b)

Bis 01.06.2025: Vereinbarung zwischen KV und Kassen im Einvernehmen mit DKG über Gruppe der Patient*innen, die in diesen Ambulanzen versorgt werden dürfen (Überweisung nicht notwendig) und über die einzuhaltenden Q-Kritierien.

▶ Transparenzverzeichnis (SGB 5 § 135b)

Ohne Terminierung: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) kann weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen und auf Grundlage dieser Auswertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen entwickeln; ferner kann es patientenrelevante Prozesse als Qualitätsindikator darstellen.

▶ Sicherstellungs-KH (§ 136c)

Bis 31.10.2025: Prüfauftrag an GBA, ob Leistungen in Sicherstellungs-KH auch durch Belegärzt*innen erbracht werden können.
Bis 31.12.2025: Prüfauftrag an GBA ob Vorgaben zu Sicherstellungs-KH für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung anzupassen sind.

▶ Hebammengeleitete Kreissäle (§ 136a)

Bis 30.06.2025: Richtlinie des GBA zur Sicherung der Qualität.

▶ Ärztliche Personalbemessung (§ 137m)

Bis 31.03.2025: Beauftragung zur Erprobung eines Konzepts zur ärztlichen Personalausstattung durch BMG in Abstimmung mit BÄK.
Ohne Termin: BMG kann Rechtsverordnung (mit Zustimmung Bundesrat) hierzu erlassen.

▶ Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus (§ 137n)

Bis 30.05.2025: Konzept der Vertragsparteien zur Arbeitsweise der Kommission.
Bis 30.09.2025: Einrichtung einer Kommission für Personalbemessung bei anderen Gesundheitsberufen durch Kassen und DKG.

▶ Weiterbildung Ärzt*innen (KHG § 17b)

Bis 31.12.2025: Kassen und DKG entscheiden über Zu- und Abschläge für Mehrkosten der Weiterbildung von Ärzt*innen (auf Grundlage eines Konzeptes der InEK unter Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren).

▶ Berufsgruppen, die unter das Pflegebudget fallen und pflegeentlastende Maßnahmen (KHG §17b Abs. 4a, KHEntgG § 6a)

Bis 09.01.2025: Vereinbarung zwischen Kassen und DKG, dass die Kosten von Auszubildenden (beruflich oder hochschulisch und soweit ihre Kosten nicht über das Pflegebudget refinanziert sind) und von Pflegekräften im Anerkennungsverfahren unter das Pflegebudget fallen.

Ab 2025: Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals werden pauschal bis 2,5 % des Pflegebudgets berücksichtigt (bisher Einzelnachweis).

▶ Strafen bei Fehlabrechnung (§ 275c)

Ab 12.12.2024: Zahlung von 400 Euro pro Fehlabrechnung (statt mindestens 300 und höchstens 10 %).

▶ Kartellrechtliche Regelungen (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen § 187 Abs. 9 u. 10)

Ab 12.12.2024 bis 31.12.2030: Zusammenschlüsse auch ohne Finanzierung durch Fonds (s.u.) sind zulässig, wenn der Zusammenschluss zu einer Konzentration von Häusern und Fachrichtungen führt und das Land die Notwendigkeit bestätigt.
Ab 01.01.2031 bis 31.12.2038: Zusammenschlüsse sind unter denselben Bedingungen wie oben zulässig, wenn zusätzlich eine Finanzierung über Strukturfonds oder Transformationsfonds vorliegt.

▶ Evaluation des KHVVG (§ 427)

Zum 31.12.2028, 31.12.2030, 31.12.2033, 31.12.2036 und 31.12.2039 jeweils gemeinsamer Bericht von Kassen und DKG über Auswirkungen der LG, der Mindestvorhaltezahlen, der Prüfung der Q-Kriterien auf die Versorgungssituation der Patient*innen, die Personalstrukturen in den Krankenhäusern, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen, die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation sowie auf die Entwicklung des sonstigen ambulanten Leistungsgeschehens.
Bis zum 31.03.2031: Bericht des Sachverständigenrates Gesundheit zu denselben Themen.