

Stellungnahme des VDGH zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform - Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG)“

1 Vorbemerkungen

Mit dem Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) beabsichtigt die Bundesregierung, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestoßene Krankenhausreform praxistauglich fortzuführen. Zentrale Inhalte des Gesetzentwurfs sind die Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien einschließlich Kooperations- und Ausnahmemöglichkeiten, die Verschiebung diverser Fristen, sowie die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds.

Das übergeordnete Ziel des Entwurfs, die praktische Umsetzung der Krankenhausreform bei gleichzeitig gesicherter Versorgungsqualität und bundesweiter Vergleichbarkeit zu erleichtern, unterstützt der VDGH grundsätzlich.

Damit die Reformziele in der Versorgung ankommen, muss die in-vitro-diagnostische Infrastruktur konsequent mitgedacht werden. Labordiagnostik ist Querschnitt und Taktgeber moderner Medizin. Ein erheblicher Teil klinischer Entscheidungen beruht auf laborbasierten Befunden. Aus Sicht des VDGH ist daher entscheidend, dass Laborleistungen in den einschlägigen Leistungsgruppen als verbindliche Mindeststruktur definiert und im stationären Bereich finanziell abgebildet werden.

Vor diesem Hintergrund nimmt der VDGH im Folgenden zu den einzelnen Regelungsvorschlägen Stellung. Der Schwerpunkt liegt auf den Aspekten, die für eine qualitativ hochwertige und bundesweit vergleichbare In-vitro-Diagnostik im Krankenhaus besonders relevant sind.

2 Stellungnahme

Nr im Ent w.	Vor- schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetz- buch
3	§ 135e	- Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO - finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss - Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) - Streichung eines Verweises (entfallen)	Die Ergänzung einer neuen Nummer 4 wird begrüßt. Sie gewährleistet eine bedarfsgerechte und verhältnismäßige Anwendung der Vorgaben, verhindert die missverständliche Anforderung einer 24/7-Vorhaltung an teilstationär arbeitenden Standorten und schafft Planungssicherheit, ohne die Versorgungsqualität während der Öffnungszeiten zu beeinträchtigen. Es wird aus Gründen der Transparenz angeregt, in Abs. 3 zwischen dem bisherigen Satz 10 und dem bisherigen Satz 11 eine Verpflichtung für den Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) zu ergänzen, seine Beschlüsse samt Begründung binnen drei Tagen zu veröffentlichen. Entfällt der bisher in Abs. 4 Nr. 8 enthaltene Verweis auf die Erreichbarkeitskriterien in § 6a Abs. 4 S. 2,3 wird im Sinne der Patientensicherheit angeregt, die Verordnungsermächtigung in Abs. 1 Nr. 4 so zu erweitern, dass auch nach Abs. 4 Nr. 8 getroffene Ausnahmen für einzelne Leistungsgruppen durch eine Verordnung des BMG ausgeschlossen werden können.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Die Vorziehung des ersten gemeinsamen Berichts auf den 31. Juli 2027 wird begrüßt. Die in § 427 SGB V festgelegten Berichtsinhalte bleiben unverändert; mit der Fristverkürzung wird dem Anliegen einer frühen ersten Bewertung der Reformumsetzung Rechnung getragen.

13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung	Für die Einteilung von Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen sollen bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten, gelten. Ein diagnostisches Labor stellt dabei keine eigene Leistungsgruppe dar, sondern ist für einige Leistungsgruppen als „Sachliche Ausstattung“ aufgeführt. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Leistungen der Laboratoriumsmedizin und benachbarter Fachgebiete ist essenziell für die Entscheidungsfindung und den Behandlungserfolg. Ca. 70 Prozent aller klinischen Diagnosen basieren auf labordiagnostischen Untersuchungen. Daher ist für die Erhöhung der Qualität der Gesundheitsversorgung im stationären Bereich sicherzustellen, dass Labordiagnostik adäquat als Minderanforderung der entsprechenden Leistungsgruppen definiert und in der stationären Versorgung finanziert wird. Mit den im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen der Anlage 1 werden die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD getroffenen Vereinbarungen zur Krankenhausreform umgesetzt. Diese Änderungen werden im Referentenentwurf mit den Empfehlungen des Leistungsausschusses (LGA) begründet. Eine Streichung der Leistungsgruppen 3, 16, 47 und 65 würde erhebliche Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen haben und sollte nur mit einer belastbaren fachlichen Herleitung erfolgen. Diese Erwartung erfüllt das Begründungsschreiben des LGA nicht. Die diesbezüglichen Erwägungen des LGA und des BMG sind deshalb aktuell nicht nachvollziehbar. Eine eigenständige Leistungsgruppe „Infektiologie“ ist für Patientensicherheit, Ergebnisqualität und Versorgungseffizienz unverzichtbar. Infektionskrankheiten machen einen durchgängig hohen Anteil stationärer Behandlungen aus. Besonders vulnerable – etwa onkologische, transplantierte oder intensivpflichtige - Patientinnen und Patienten benötigen strukturierte infektiologische Expertise. Frühzeitige infektiologische Konsile, Antimicrobial-Stewardship (AMS) und Sepsis-Versorgungspfade reduzieren Mortalität, Komplikationen, Liegezeit und Fehltherapien. Diese Outcomes erfordern klar zugeordnete Verantwortlichkeiten und definierte Mindeststrukturen. Die Beibehaltung der LG 3 wäre darüber hinaus folgerichtig: Nationale und europäische Strategien gegen antimikrobielle Resistenzen (AMR) sowie die Einführung der Qualitätssicherung Sepsis verlangen belastbare Strukturen, eindeutige Zuständigkeiten und ein transparentes Monitoring. Für die Leistungsgruppe 64 ist zudem ein mikrobiologisches Labor am Krankenhausstandort erforderlich. Die
----	----------	--	---

		- LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	intensivmedizinische Versorgung ist von zeitkritischen Infektionen (insbesondere Sepsis, beatmungsassoziierte Pneumonie, Katheter-assoziierte Infektionen) geprägt. Eine sichere und schnelle Therapiesteuerung gelingt nur, wenn mikrobiologische Kernprozesse ohne Transportverzug vor Ort bereitstehen. Die bisherige Mindestanforderung ist hierfür nicht ausreichend. Sie erfasst vor allem Akutparameter, nicht jedoch die genannten mikrobiologischen Kernprozesse. Transportzeiten verlängern die Zeit bis zum Kulturstart und zur Befundung, verschlechtern die Aussagekraft empfindlicher Materialien und verzögern die Einleitung einer wirksamen, zielgerichteten Therapie. Zur Gewährleistung von Patientensicherheit, Leitliniennähe und wirksamem Hygieneschutz ist daher für LG 64 das mikrobiologische Labor am Standort als Mindestvoraussetzung festzulegen.
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
4	§ 12b	- Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) - Streichung der Antragsfrist - Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. - Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO - Streichung der Vorschriften im Zusammenhang	Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds (KHTF) aus Bundesmitteln und nicht aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Dadurch werden die GKV-Finzen geschont, zugleich wird die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung sachgerecht abgebildet.

		mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung - Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
--	--	---	--

Berlin, 21. August 2025

VDGH – Verband der Diagnostica-Industrie e.V.
Neustädtische Kirchstraße 8
10117 Berlin

Der VDGH ist unter der Registernummer R001035 im Lobbyregister für die Interessenvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung registriert.