

Düsseldorf, 21.08.2025

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformatpassungsgesetz – KHAG)**

Mit dem KHAG hat das Bundesgesundheitsministerium erhebliche Anstrengungen unternommen, die Krankenhausreform, die durch das Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebracht wurde, praxistauglich auszugestalten. Die Anpassungen bedürfen jedoch noch weiterer Ergänzungen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Den Grundgedanken der Reform – über die Zuteilung von Leistungsgruppen komplexe Leistungen zu zentralisieren und dadurch die Qualität der Leistungserbringung zu erhöhen – unterstützen wir vollumfänglich. Das KHVVG enthält jedoch eine große Zahl ineinandergreifender Regelungen und Vorschriften, deren Auswirkungen in ihrer Gesamtheit nicht überschaubar sind, da eine Evaluation bisher nicht durchführbar war. Somit besteht weiterhin die Gefahr, dass für die Versorgung notwendige Standorte wesentliche Leistungsbereiche verlieren oder ganz vom Netz gehen. Hier besteht weiterhin erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Im Gesetzestext werden viele Regelungen als Qualitätsvorgaben beschrieben, es handelt sich jedoch eindeutig um Strukturvorgaben, die der Erzielung einer hohen Qualität dienen, ohne jedoch ein Garant dafür sein zu können. Sachlich korrekt ist deshalb die Bezeichnung dieser Vorgaben als Strukturvorgaben. Sie ermöglichen damit keine Aussage über die tatsächlich erzielte Ergebnisqualität. Das erklärt, warum Abweichungen von den Strukturvorgaben – abhängig von der zu erbringenden Leistung und den sonstigen Gegebenheiten vor Ort – nicht zwingend mit einer schlechteren Ergebnisqualität einhergehen müssen.

### **Ausnahmegenehmigungen für die Länder**

Wir begrüßen deshalb, dass Ausnahmegenehmigungen für die Länder vorgesehen sind, um notwendige Klinikstandorte zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung zu erhalten und Leistungsgruppen auch dann zuzuweisen, wenn nicht alle Strukturkriterien erfüllt sind. Es muss möglich sein, die derzeit vorgesehene zeitliche Befristung dieser Ausnahmen in begründeten Fällen auch auf einen unbegrenzten Zeitraum zu verlängern.

### **Vorhaltefinanzierung, Grouper**

Sorge bereitet uns das Festhalten an der Vorhaltefinanzierung in ihrer derzeitigen Form, auch wenn das KHAG eine budgetneutrale und anschließende Konvergenzphase vorsieht. Die Regelungen sind weiterhin fallzahlabhängig und verfehlen so das erklärte Ziel, Fehlanreize zu verhindern. Der derzeit

eingesetzte Leistungsgruppen-Grouper erlaubt in der vorliegenden Version keine verlässliche Zuteilung von Leistungen zu einzelnen Leistungsgruppen der Fachabteilungen. Das zugrunde liegende Problem liegt in der Nutzung unspezifischer und sehr uneinheitlich eingesetzter Fachabteilungsschlüssel, deren Normierung erst jetzt angestoßen wurde. Auch die vorgesehene Korridorlösung für Mehr- oder Minderleistungen halten wir für kritisch. Sie führt aus unserer Sicht direkt in eine Wartelisten-Medizin. Die Regelungen einer Vorhaltefinanzierung in ihrer derzeitigen Form müssen deshalb ausgesetzt und angepasst werden.

### **Hybrid-DRG**

Die im KHVVG verankerten Mindestzahlen für 2026 und die Folgejahre von über einer Million Fällen erscheinen uns in Anbetracht der zwischenzeitlichen Analysen und Äußerungen des InEK deutlich überzogen. Ein großer Teil konservativer Eintagesfälle hat sich dabei als nicht für eine Hybrid-DRG-Zuteilung geeignet herausgestellt. Zunehmend komplexere Leistungen im Rahmen der Hybrid-DRG machen es erforderlich, dass auch im ambulanten Bereich identische Strukturvoraussetzungen gelten wie für stationäre Leistungsgruppen. Andernfalls lassen sich wesentliche Teile des Leistungsgruppenprinzips mit strengen Strukturvorgaben über eine ambulante Leistungserbringung aushebeln. In das KHAG müssen deshalb Regelungen zu Hybrid-DRG eingeführt werden, die die im KHVVG vorgeschriebenen Leistungsmengen aussetzen und die Strukturvorgaben auch bei der ambulanten Leistungserbringung zwingend vorsehen. Die Erlöse sind entsprechend der jetzigen Kostenkalkulation im DRG-System zu berechnen. Eine willkürliche Absenkung auf EBM-Niveau ist strikt abzulehnen. Hohe Sachkosten sind mit Zusatzentgelten abzugelten. Bei den hohen Kostenunterschieden sind hierfür in einigen Fällen auch DRG-Splits erforderlich. Gerade bei Einschluss von Patienten mit einer Liegedauer von bis zu zwei Tagen werden sonst viele Leistungen weiterhin quasi-stationär zu entsprechend hohen Kosten erbracht, während nur noch ambulante Erlöse erzielt werden. Das können Kliniken und ambulante OP-Zentren auf Dauer nicht leisten.

### **Fristen**

Die im KHAG vorgesehene Anpassung der Fristen des KHVVG wird begrüßt. Da ein erheblicher Teil dieser Fristen, z. B. für die Zuteilung der Leistungsgruppen oder die Beauftragung des medizinischen Dienstes, bereits vor dem geplanten Inkrafttreten des Gesetzes im März 2026 greift, bedarf es verbindlicher Zusagen, dass diese Verschiebung bereits nach dem Kabinettsbeschluss gelten, um Planungssicherheit herzustellen.

### **Fachkrankenhäuser**

Die Definition muss überarbeitet werden. Sie sollte dabei auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen, Krankheitsgruppen oder Personengruppen abgestellt werden. Fachkrankenhäuser leisten einen erheblichen und qualitativ hochwertigen Beitrag zur Patientenversorgung. Eine bundeseinheitliche Definition muss dabei so allgemein gehalten werden, dass sie bestehende erhebliche landesspezifische Unterschiede nicht konterkariert. Da Fachkliniken in aller Regel ein begrenztes Leistungsspektrum abbilden, ist nicht die Erfüllung aller Strukturkriterien der jeweiligen Leistungsgruppen zu fordern, sondern nur anteilig die, die auch für die erbrachten Leistungen notwendig sind.

### **Mindestvorhaltezahlen, onkochirurgische Leistungen**

Mindestmengen zur Verhinderung einer Gelegenheitsversorgung sind ausdrücklich zu unterstützen und über den G-BA zu etablieren. Es dürfen jetzt keine weiteren Systeme entstehen, die mit diesen Regeln mit unterschiedlichen Methoden konkurrieren oder gar in den Wettbewerb treten. Die geplante Ausweitung der Hybrid-DRG wird bei zahlreichen betroffenen Leistungen dazu führen, dass ein erheblicher Anteil in die Hybrid-DRG abwandert. Es ist bisher nicht geklärt, ob diese Leistungen weiterhin als Mindestmengen oder Mindestvorhaltezahlen gezahlt werden, was wir ausdrücklich befürworten. Mindestvorhaltezahlen und eine Verbotsliste onkochirurgischer Leistungen unterhalb eines bestimmten bundesweiten Schwellenwertes sollten deshalb gestrichen werden.

### **Leistungsgruppen**

Mit dem KHAG wurden die Regelungen zu Strukturkriterien angepasst und den Ländern durch Ausnahmeregelungen ein Abweichen in begründeten Fällen ermöglicht. Es besteht in Teilbereichen weiterer Anpassungsbedarf, der zum Teil im Leistungsgruppenausschuss konsentiert ist. Diese Anpassungen betreffen die spezielle Traumatologie und einige eher redaktionelle Änderungen. Diese sollten, wenn möglich, noch in das laufende gesetzgeberische Verfahren eingebracht werden. Hierzu zählt auch, dass eine Regelung für die Schmerztherapie gefunden werden muss. Die Regelungen sind insgesamt aber immer noch sehr komplex und nicht immer stringent über alle Leistungsgruppen hinweg einheitlich gehandhabt. Dies wird vor allem bei der Beurteilung durch den MD zu Konflikten führen. Hier sind weitere Klarstellungen im Leistungsgruppenausschuss notwendig.

PD Dr. Michael A. Weber  
Präsident des VLK

RA Normann J. Schuster  
Hauptgeschäftsführer des VLK