

GESCHÄFTSSTELLE

Universität Duisburg-Essen
Berliner Platz 6-8, WST-C.09.12
45127 Essen

Fon +49 201 183-4622
Fax +49 201 183-5879

geschaeftsstelle@dggoe.de
www.dggoe.de

Aktualisierte Stellungnahme der dggö zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Verbindung mit dem Referentenentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

18. August 2025

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft. In ihr sind mehr als 700 Gesundheitsökonomen und Gesundheitsökonominnen organisiert. Die Fachgesellschaft hat bereits am 28.04.2024 zum Referentenentwurf des KHVVG Stellung genommen.¹ Am 12.12.2024 wurde das KHVVG verabschiedet und die wesentlichen Bestandteile der Krankenreform somit beschlossen. Weiterhin wurde der politische Wille zur Fortführung der Reform im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD bekräftigt. Die dggö begrüßt den hierin postulierten Reformwillen der neuen Koalitionsregierung. Mit dem Referentenentwurf zum KHAG erfährt dieser nun eine Konkretisierung, die jedoch im Kontext der Gesamtreform zu betrachten ist, zumal zentrale Kritikpunkte am KHVVG durch das KHAG nicht adressiert werden.

Die Fachgesellschaft weist im Folgenden nochmals auf zentrale Empfehlungen aus der Stellungnahme vom 28.04.2024 hin und reflektiert die – für die Krankenhausreform relevanten – Aspekte des Koalitionsvertrags sowie des KHAG.

Vorhaltevergütung und Fallzahlkorridor

⇒ *In der vorliegenden Form ist das Instrument der sogenannten Vorhaltevergütung negativ zu bewerten. Eine grundlegende Überarbeitung wird empfohlen. Im KHAG wird dieser wichtige Aspekt nicht adressiert.*

Die schrittweise Einführung einer Vorhaltevergütung in Richtung eines Mischvergütungssystems, das sowohl Strukturqualität als auch

VORSTAND

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Vorsitzender
Essen

Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu
Designierte Vorsitzende
Wuppertal

Prof. Dr. Lars Schwettmann
Stellvertretender Vorsitzender
Oldenburg

Prof. Dr. Hendrik Schmitz
Generalsekretär
Paderborn

BANKVERBINDUNG

Commerzbank
IBAN DE93 3608 0080 0434 8886 00
BIC DRESDEFF360

USt-Id Nr.: DE263996630

¹<https://dggoe.de/aktuelles/stellungnahme-der-dggoe-zum-referentenentwurf-des-bmg-des-krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvg> .

die Vorhaltung notwendiger Versorgungsstrukturen honorieren kann, wird von der dggö ausdrücklich begrüßt. Statt eines solchen Paradigmenwechsels hält das KHVVG jedoch im Wesentlichen an der Leistungsmenge als zentralem Vergütungskriterium fest und überfrachtet das ohnehin schon mit enormem Aufwand verbundene bestehende Regelungsgeflecht mit zusätzlicher Komplexität. Außerdem fehlt bisher die dringend notwendige Abstimmung in Bezug auf andere bereits erfolgte oder geplante Gesetzesinitiativen, insbesondere zur Ambulantisierung/Hybrid-DRGs und zur Notfallversorgung.

Durch die Fallzahlkorridore und die Anknüpfung an die Leistungsmenge können sich Krankenhäuser durch Leistungsabbau unabhängig vom Versorgungsbedarf wirtschaftlich besserstellen. Dementsprechend besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen versuchen, den Zugang für (bestimmte) Patientengruppen zu erschweren und Kapazitäten in der Breite abzubauen. Diese Fehlanreize gilt es zu vermeiden.

Alternative Konzepte, die dem eigentlichen Gedanken einer Vorhaltevergütung näherkommen, sollten daher in einer Überarbeitung des KHVVG etabliert werden und könnten die Komplexität des Systems deutlich reduzieren. Denkbar wäre auch, diese dann in einem weiteren Entwicklungsschritt mit einem Bevölkerungsbezug, wie z.B. auch von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagen, auszustatten.

Planzahlen

⇒ *Es ist noch nicht erkennbar, wie der Gedanke von Planfallzahlen in ein praktikables und rechtssicheres Verfahren überführt werden kann.*

Die Länder müssen für das Erreichen struktureller Veränderungen die Zuteilung der Vorhaltevergütung durch die Festlegung von Planfallzahlen steuern. Eine korrekte Prognose von Fallzahlentwicklungen ist – unabhängig von der Institution – eine ambitionierte Aufgabe. Es bleibt außerdem offen, wie bei längerfristig divergierenden Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist. Der Mechanismus stellt einen erheblichen Zusatzaufwand dar, gleichzeitig werden neue Probleme generiert. Zudem ist zu bedenken, dass damit eine staatliche Lenkung über eine grundlegende Krankenhausplanung hinaus erfolgt.

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

- ⇒ *Die Einführung von Leistungsgruppen hat verschiedene positiv zu bewertende Potenziale. Jedoch sind auch nach Vorliegen des LG-Groupers zentrale Probleme wie eine starke Abhängigkeit der Fallzuordnung von Fachabteilungsschlüsseln ungelöst. Es besteht dringender Bedarf der Weiterentwicklung. Dieser wichtige Aspekt wird im KHAG nicht adressiert.*
- ⇒ *Der exklusive Fokus auf Strukturkriterien und die langfristigen Ausnahmenregelungen für bedarfsnotwendige Einrichtungen werden kritisch bewertet. Wenn Festlegungen getroffen werden, um die Qualität der Versorgung zu sichern, dürfen Ausnahmen nur befristet möglich und zwingend an konkrete Planungen zur Zielerreichung gebunden sein, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Teile der Bevölkerung zu gewährleisten. Der hohe diskretionäre Spielraum, der den Ländern im Zuge des KHAG eingeräumt wird, ist kritisch zu bewerten.*

Ein Ziel der Einführung von Leistungsgruppen ist eine bundesweit einheitliche und deutlich differenziertere Darstellung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern. Dies erleichtert eine zielgerichtete Krankenhausplanung und wird positiv bewertet. Die im KHVVG hinterlegte Definition ist allerdings noch nicht ausgereift.

Hinsichtlich der Qualitätskriterien ist anzumerken, dass der überwiegende Fokus auf ärztliches Personal nur einen kleinen Teil der qualitätsrelevanten Faktoren abdeckt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kriterien evidenzbasiert entwickelt wurden. Der exklusive Fokus auf Strukturvoraussetzungen schränkt Innovationspotentiale ein, wie mit alternativen Prozessen, Teamkonzepten oder Technologien ein hohes Qualitätsniveau im Ergebnis erreicht werden könnte.

Das KHAG sieht eine Verlängerung der Konvergenzphase vor. Diese sollte genutzt werden, um die Kriterien für die Leistungsgruppen zu überarbeiten.

Sektorenübergreifende Versorger

⇒ ***Das neue Versorgungsmodell wird begrüßt, eine Weiterentwicklung ist anzustreben. Es müssen jedoch einfache und mit geringem Overhead betreibbare Einrichtungen entstehen können. Dieser wichtige Aspekt wird im KHAG nicht adressiert.***

Die dggö begrüßt die Möglichkeit, künftig Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmen zu können. Durch ihren im KHVVG vorgesehenen Status als Krankenhaus steht zu erwarten, dass auch von sektorenübergreifenden Versorgern das umfassende für Krankenhäuser geltende Regelwerk umzusetzen ist. Damit diese Konzepte auch in dünn besiedelten Regionen, in denen der Bedarf an solchen Einrichtungen am größten ist, funktionieren können, müssen diese Einrichtungen jedoch möglichst kostengünstig und ohne unnötigen Overhead betrieben werden. Der Koalitionsvertrag betont als einziges Element zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung die Hybrid-DRGs. Wesentliche Bedarf besteht aber auch bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

Finanzierung

⇒ ***Die dggö begrüßt den mit den KHAG vollzogenen Verzicht auf Beitragsmittel im Transformationsfonds, sieht jedoch Risiken für einen weiteren Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung.***

Die dggö begrüßt die Absicht, dass der bisher von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzierte Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser künftig aus dem Sondervermögen finanziert werden soll. Als Voraussetzung für die Förderung ist durch die Länder aktuell jedoch lediglich das durchschnittliche, *nominale* Investitionsniveau der Jahre 2021 bis 2023 beizubehalten. Dieses liegt in allen Bundesländern unter dem benötigten Niveau an Investitionsmitteln und soll darüber hinaus nicht inflationsbereinigt werden. Damit setzt der Transformationsfonds Anreize für einen weiteren schleichenden Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung, anstatt zusätzliche Investitionen auszulösen.

Evaluation der Reform

- ⇒ ***Die Evaluation der Reform sollte durch eine unabhängige externe Stelle erfolgen und die Selbstverwaltung dabei mit ihrem Know-how eingebunden werden.***
- ⇒ ***Die großen, umfangreichen Evaluationen sollten außerdem durch ein kontinuierliches Monitoring mit regelmäßigen kurzfristigen Analysen ergänzt werden.***
- ⇒ ***Beide Aspekte werden im KHAG nicht adressiert.***

Die Evaluation der Reform soll im Wesentlichen durch gemeinsame Berichte der Selbstverwaltung erfolgen. Eine transparente und erkenntnisoffene Evaluation ist aufgrund der stark divergierenden Interessen kaum zu erwarten. Anstelle eines Berichts der Selbstverwaltung

sollte die Evaluation durch eine unabhängige externe Stelle erfolgen, in die die Selbstverwaltung mit ihrer Expertise eingebunden wird. Darüber hinaus sollte die Evaluation zumindest in Form von jährlichen Zwischenberichten erfolgen, da angesichts der enormen Regelungskomplexität mit unvorhergesehenen Entwicklungen zu rechnen ist und belastbare Prognosen derzeit nicht möglich sind. Eine Situation wie nach der DRG-Reform 2004, deren Auswirkungen erst Jahre nach der Einführung mit zwischenzeitlich veralteten Daten wissenschaftlich aufgearbeitet wurden, sollte vermieden werden.

Die ebenfalls im KHVVG vorgesehene einmalige Berichterstattung durch den Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege wird von der dggö begrüßt. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die für die Erstellung des Berichtes erforderliche umfassende Datenexpertise gewährleistet ist.

Weiterentwicklung anderer Vergütungsbereiche

- ⇒ *Der Fokus auf die Vorhaltevergütung darf nicht verhindern, seit Jahren bekannten Weiterentwicklungsbedarf am DRG-System zu adressieren.*
- ⇒ *Ein ambitioniertes Vorgehen im Bereich der Hybrid-DRG ist begrüßenswert, entsprechende Erweiterungen sollten aber mit entsprechenden Vorlaufzeiten und einem ausreichenden Maß an Planungssicherheit verbunden sein.*
- ⇒ *Beide Aspekte werden im KHAG nicht adressiert.*

Der seit Jahren bekannte Weiterentwicklungsbedarf des DRG-Systems muss trotz der umfangreichen Arbeiten infolge des KHVVG angegangen werden.

Die politische Vorgabe, die Zahl der Hybrid-Fälle derartig stark auszuweiten, erscheint zu ambitioniert. Ein ambitioniertes Vorgehen im Bereich der Hybrid-DRG soll nicht in Abrede gestellt werden. Es besteht aber die Gefahr, dass eine massive Ausweitung eines noch nicht vollständig eingeschwungenen Systems (so bestehen noch große Herausforderungen bei der sachgerechten Kalkulation) zu unintendierten Verwerfungen im System führt. Des Weiteren fehlt bisher eine Abstimmung mit der zeitgleichen Einführung der Vorhaltevergütung.

Um auch strukturelle Veränderungen in der Versorgung anzustoßen wird ein gewisser Planungshorizont benötigt, der in den aktuellen zumeist sehr kurzfristigen Festlegungen fehlt. Gleichzeitig besteht hohe Unsicherheit über die zukünftige Vergütungsentwicklung. Einerseits wird eine Vergütung auf Niveau des EBM bis 2030 vorgeschrieben, andererseits soll ab 2030 empirisch kalkuliert werden. Inwiefern dies dann dem Niveau des EBM entsprechen wird, ist unklar, somit könnten hier große Verwerfungen entstehen.

Onco-Chirurgische Indikationsbereiche (§40 KHG)

- ⇒ Die Möglichkeit einer Differenzierung zwischen den verschiedenen Indikationsbereichen wird als sinnvoll erachtet.
- ⇒ Kritisch bewertet wird die fehlende wissenschaftliche Grundlage für die Festlegung einer Mindestvorhaltezahls von 15 Prozent sowie die fehlende Transparenz in der Abwägung gegenüber anderen Versorgungszielen.
- ⇒ Es erscheint ferner dringend geboten frühzeitig – spätestens mit Veröffentlichung des Groupers für 2026 im Herbst 2025 – Transparenz über die Auswirkungen der Mindestvorhaltezahls herzustellen.

Eine Zentralisierung von onco-chirurgischen Eingriffen, deren Qualität durch einer derartige Zentralisierung in relevantem Umfang gesteigert werden kann ohne andere Versorgungsziele

dabei zu gefährden, ist zu begrüßen. Die bisherige Regelung des § 40 KHG war zu undifferenziert und überarbeitungsbedürftig. So wären in bereits stark zentralisierten Indikationsbereichen in erheblichem Umfang auch große Zentren durch die Mindestvorhaltezahzahl in Frage gestellt worden. Die Option, dass der G-BA hier abweichende Mindestvorhaltezahlen festlegen kann, wirkt diesem Defizit entgegen.

Kritisch bewertet wird der Fortbestand einer wissenschaftlich nicht fundierten Mindestvorhaltezahzahl von 15 Prozent. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb genau dieser Wert eine sinnvolle Größe darstellt. Ferner ist nicht ersichtlich, inwiefern der Gesetzgeber oder in der weiteren Ausarbeitung (z.B. in der Abgrenzung der Indikationsbereiche) durch das InEK weitere Versorgungsziele wie der flächendeckende Zugang zur Versorgung oder die wohnortnahe Versorgung palliativ zu versorgender Patienten berücksichtigt wurden.

Dringend empfohlen wird im Zuge des KHAG das InEK zu verpflichten, mit Veröffentlichung des Groupers für 2026 im Herbst 2025 für jeden der Indikationsbereiche Auswertungen vorzulegen, die zeigen, wie sich eine Mindestvorhaltezahzahl auswirken würde. Exemplarische wäre hier zu nennen die Zahl der im Indikationsbereich im Status quo tätigen Standorte, die Zahl der von einer Mindestvorhaltezahzahl von 15 % betroffenen Standorte, die mit einer Mindestvorhaltezahzahl von 15 % resultierende Fallzahlgrenze. Diese Zahlen werden vom InEK routinemäßig bei der Validierung des Groupers erzeugt, sind bisher aber nicht zur Veröffentlichung vorgesehen. Zur Schaffung von Transparenz und Planungssicherheit würden diese Informationen einen wesentlichen Beitrag leisten.

Fusionskontrolle

- ⇒ Das Fehlen von Wettbewerb führt im Zeitverlauf zu suboptimalen Ergebnissen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit. Entsprechend ist die pauschale Ausnahme von Krankenhäusern von der Fusionskontrolle bei Transaktionen mit Bezug zum Struktur- bzw. Transformationsfonds kritisch zu bewerten.
- ⇒ Neben den erhofften positiven Effekten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Schaffung größerer Einheiten dürfen die sich erst über die Zeit manifestierenden wettbewerbsökonomischen Effekte im Abwägungsprozess nicht ignoriert werden.

Im KHAG werden mit Blick auf das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen primär redaktionelle Änderungen vorgenommen, die den Beteiligten die Umsetzung erleichtern. Entsprechend sind diese per se aus gesundheitsökonomischer Sicht unkritisch. Unzureichend differenziert erscheint jedoch die pauschale Ausnahme von Krankenhausfusionen aus der Fusionskontrolle. Wird dieser Weg weiter beschritten, wird empfohlen, sich intensiver mit möglichen Surrogaten für wettbewerbliche Effekte zu beschäftigen. Dies würde auch in Regionen mit bereits heute quasi-monopolistischen Anbieterstrukturen positive Wirkung entfalten. Denn die wettbewerbsökonomische Literatur zeigt sehr deutlich, dass ceteris paribus das Fehlen wettbewerblicher Strukturen für die Konsumenten bzw. die Verbraucher negative Auswirkungen nach sich zieht.