

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)**

Stand: 29. Oktober 2025



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Inhaltsübersicht

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zugunsten der Krankenhäuser	3
Zusammenfassung der Stellungnahme	5
Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes	9
Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag	9
Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog	10
Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder	12
Krankenhaustransformationsfonds	13
Standortdefinition	14
Orientierungswert	14
Onkochirurgische Leistungen	15
Definition von Fachkliniken	15
Mindestvorhaltezahlen	16
Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle	17
Bürokratieabbau	17
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	19
Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	19
Hybrid-DRG	20
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	23
Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	26
Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	27
Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	28
Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	28
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen	29
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglichen	29
Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“)	30
Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus	30
Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	31

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zulasten der Krankenhäuser

Die Politik muss endlich Verantwortung übernehmen und sich öffentlich zu den wahren Zielen der Krankenhausreform bekennen.

Die Krankenhausträger sind nicht mehr bereit, sich von der Politik hinhalten zu lassen. Angesichts der Ankündigungen erwarten die Krankenhäuser von der Bundesregierung klare Aussagen zur Zukunft der Krankenhauslandschaft. Es heißt, jetzt Verantwortung zu übernehmen und Farbe zu bekennen.

Mit dem Kabinettsbeschluss zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) und den jüngst avisierten Kürzungen, die mit 1,8 Milliarden Euro nahezu einseitig zulasten der Krankenhäuser ausfallen, macht die Bundesregierung den Krankenhausträgern unmissverständlich klar, dass die Politik massive Einsparungen sowie eine deutliche Reduktion von Krankenhausstandorten und Krankenhausbetten und damit verbunden insgesamt stationären Leistungen vornehmen möchte und Qualitätsverbesserung für sie nicht mehr im Vordergrund steht. Die Verantwortung dafür möchte bislang aber scheinbar niemand übernehmen. Der Bund will den Anschein erwecken, dass die Krankenhausreform keine tiefgreifenden Strukturveränderungen zur Folge hätte.

Tatsächlich werden die Krankenhäuser über ausufernde Regulierungen und nachweislich untaugliche Maßnahmen immer stärker in die Enge getrieben. Der kalte Strukturwandel soll zum deutlichen Abbau von Krankenhausstandorten führen, zu dem sich die Politik selbst nicht bekennen möchte.

Konkret sind es Maßnahmen, wie

- Festhalten an einer untauglichen Vorhaltefinanzierung, die die eigentlichen Probleme der Vorhaltung nicht löst und vor allem kleinere Krankenhäuser im Regen stehen lässt,
- weitere Regulierung des Leistungsgeschehens durch umfassende Struktur- und Personalvorgaben, unter anderem im Zusammenhang mit der Einführung der Leistungsgruppen und der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, von denen die Politik weiß, dass sie für viele Krankenhäuser unerfüllbar bleiben,
- umfassende Verschiebung von bisher stationären Krankenhausleistungen in den ambulanten Sektor zulasten der Kliniken, verbunden mit dem Aufbau investorengetriebener ambulanter OP-Zentren mit Fehlanreizen zur Leistungsausweitung statt Umwandlung stationärer Leistungen,
- Festhalten an der Regel, dass Gebäude eines Standorts nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt sein dürfen; dies verteuert die Leistungserbringung durch entsprechende Doppelvorhaltungen massiv und verhindert damit sinnvolle Kooperationen zum Weiterbestehen von Standorten,
- Einführung neuer Personalvorgaben im ärztlichen Bereich und darüber hinaus, die ebenso zu deutlich höheren Kosten beitragen und von denen die Politik weiß, dass ein Teil der Standorte sie nicht mehr erfüllen kann,
- erhebliche Ausweitung der ohnehin bereits ausufernden Bürokratie sowie
- erneutes Aufreißen von Finanzierungslücken durch die jüngsten politischen Entscheidungen, bei den Krankenhäusern in den Folgejahren jährlich 1,8 Milliarden Euro einzusparen.

Diese Maßnahmen verdeutlichen, dass die Bundesregierung eine fundamental andere Versorgungslandschaft erzwingen möchte, bei der es vor allem um Reduzierung geht. Das alles soll nicht in einem geordneten Prozess geschehen, bei dem Bund und Länder die Verantwortung für die planvolle Reduktion von Krankenhausstandorten übernehmen, sondern durch das Vorantreiben des kalten Strukturwandels, bei dem alle verlieren – allen voran unsere Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Häusern.

Der Bund muss jetzt dringend Verantwortung übernehmen und offen und ehrlich eine ganz zentrale Frage beantworten: Wie viele Krankenhäuser und Betten sollen seiner Einschätzung nach in den jeweiligen Bundesländern künftig an welchen Standorten mit welchem stationären Leistungsvolumen noch zur Verfügung stehen und wie soll dieser Reduktionsprozess ablaufen? Lippenbekenntnisse, wie dass jeder Standort erhalten bleiben solle oder dass man aktiv keine Krankenhäuser schließe, sind nicht mehr zu akzeptieren.

Die DKG fordert die Politik auf, jetzt endlich Farbe zu bekennen und einen Krisengipfel einzuberufen, um klar und verbindlich über diese und weitere Fragen der künftigen Krankenhausversorgung, notwendiger Vorhaltung und Versorgungsplanung zu beraten. Die Krankenhäuser benötigen endlich Klarheit, wie es nach der Verabschiedung der Krankenhausreform weitergeht und was die entsprechenden Auswirkungen sind. Zu dieser Planungsunsicherheit kommt noch hinzu, dass durch die aktuellen Sparmaßnahmen weniger als ein Quartal vor dem Beginn des neuen Jahres die Wirtschaftsplanung der Krankenhäuser zusammenbricht.

Im weiteren parlamentarischen Verfahren werden auch Bundestag und Bundesrat gefragt sein, Initiative zu zeigen und den Krankenhäusern und vor allem ihren Patientinnen und Patienten das zu geben, was sie in den vergangenen Jahren so schmerzlich versäumt haben: Einen planvollen Transformationsprozess und eine verlässliche Finanzierung – fundiert, partnerschaftlich und transparent. Es muss das gemeinsame Ziel sein, das Vertrauen in die Krankenhäuser durch einen zielorientierten Prozess zu stärken und nicht das Gegenteil zu bewirken.

Zusammenfassung der Stellungnahme

Die Krankenhäuser stehen weiterhin hinter den zentralen Zielen der in der letzten Legislaturperiode mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform. In besonderem Maße gilt dies für die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen. Sie hat das **Potenzial**, die **Spezialisierung** von Krankenhäusern zu **fördern** und den auch aus Sicht der Krankenhäuser notwendigen Strukturwandel zu beschleunigen. Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf erste Anpassungen an den bislang geplanten Regelungen vornimmt. Allerdings besteht an zahlreichen Stellen **weiterhin dringender Nachbesserungsbedarf**.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser nicht nachvollziehen können, weshalb die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf als zustimmungsfrei einstuft. Wie das KHVVG **greift** auch das KHAG **massiv in die** vollumfänglich im Verantwortungsbereich der Länder liegende **Krankenhausplanung ein**. Im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG konnte die Zustimmungsfreiheit – zumindest hilfsweise – noch mit dem Hinweis auf die mit einer gesetzlichen Frist bis zum 31. März 2025 versehene, zustimmungspflichtige Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung des Leistungsgruppenkataloges begründet werden. Diese Begründung trägt für das KHAG jedoch nicht mehr, da das KHAG den Leistungsgruppenkatalog und die darin vorgesehenen Strukturvorgaben für den Start der neuen Krankenhausplanung nun doch selbst – und damit ohne verbindliche Einflussmöglichkeiten der Länder – gesetzlich festlegt. Grundsätzlich besteht zwar weiterhin die Möglichkeit zum Erlass einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung. Da das KHAG für den Erlass der Rechtsverordnung aber keine verbindliche Frist mehr vorsieht und diese – sofern sie überhaupt erlassen wird – gemäß Gesetzesbegründung auch nicht vor dem 01. Januar 2029 in Kraft treten soll, müsste eigentlich unstrittig sein, dass das Gesetz der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Gemäß dem Rechtsverständnis der Krankenhäuser muss der Gesetzentwurf daher als zustimmungspflichtig deklariert werden.

Mehr Konsequenz seitens des BMG wünschen sich die Krankenhäuser insbesondere mit Blick auf die **Vorhaltefinanzierung**. Die **Verschiebung** der Einführungsfristen um ein Jahr ist **keine Lösung** des Problems. Angesichts der Fehlanreize und des beträchtlichen Bürokratiewachses, die mit der Vorhaltefinanzierung einhergehen werden, halten die Krankenhäuser an ihrer Forderung fest, die **Vorhaltefinanzierung vollständig auszusetzen** und die Selbstverwaltungspartner mit der Entwicklung eines fallzahlunabhängigen Alternativkonzeptes zu beauftragen. Bis dahin sollten die etablierten **Zuschläge** für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. In ihrer derzeitigen Ausgestaltung ist die Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. Deshalb muss sie durch ein tatsächlich **fallzahlunabhängiges System** ersetzt werden. Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, den vom InEK entwickelten **Leistungsgruppen-Grouper** explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung **angepasst** werden und sich dazu an den **Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik** orientieren.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform haben die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass die **Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung** auch zukünftig erhalten bleiben muss. Starre Strukturvorgaben als Voraussetzung für die Zuordnung einer Leistungsgruppe dürfen den **Handlungsspielraum** der Länder im Rahmen der Zuweisung der Leistungsgruppen nicht zu stark einschränken. Zur **Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung** muss es den Ländern daher möglich sein, auch Krankenhäusern, die die Strukturvorgaben nicht vollständig erfüllen, die betreffenden Leistungsgruppen dauerhaft zuzuordnen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Strukturvorgaben sowie weitere Anforderungen insbesondere aus § 135e Absatz 4 SGB V über **Kooperationen** gemeinsam mit anderen Krankenhäusern zu erfüllen. Unverzichtbar ist zudem, dass die neue Krankenhausplanung die **Besonderheiten von Fachkliniken** berücksichtigt und die Fachkliniken ebenso wie Besondere Einrichtungen auch in Zukunft in vollem Umfang an der Krankenhausversorgung teilnehmen können. Hierbei gilt es, Diskrepanzen zwischen dem Behandlungsspektrum und den damit verbundenen Strukturen der Fachkrankenhäuser und den Anforderungen vermeintlich korrespondierender Leistungsgruppen zu unterscheiden. Sowohl die Entscheidungsspielräume der Länder im Rahmen der Zuordnung der Leistungsgruppen auf die Krankenhäuser als auch die Kooperationsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvorgaben wurden in den gesetzlichen Vorgaben sachlogisch angepasst. Gleichwohl bleiben sie in Teilen **noch zu restriktiv formuliert**. So sollte beispielsweise innerhalb von Kooperationen regelhaft immer auch die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung gegeben sein.

Grundlegenden Nachbesserungsbedarf weist zudem der **Leistungsgruppenkatalog** auf, in dem für jede Leistungsgruppe die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Qualitätskriterien hinterlegt sind. Die Beibehaltung der an einigen Stellen praxisuntauglichen Strukturvorgaben würde die flächendeckende Krankenhausversorgung gefährden. Die Krankenhäuser begrüßen dennoch, dass der Gesetzentwurf zumindest viele der **zielführenden Vorschläge des Leistungsgruppenausschusses** aufgreift und die Einhaltung der **Pflegepersonaluntergrenzen** als zu prüfendes Qualitätskriterium **gestrichen** wurde.

Mit Konfliktpotential behaftet bleibt das unklare **Nebeneinander** von **Qualitätskriterien** der **Leistungsgruppen** und der durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA können derzeit die Zuweisungsentscheidung zu den Leistungsgruppen und damit die **Krankenhausplanung der Länder komplett aushebeln**. Hier muss dringend eine Abgrenzung und Definition des Zusammenwirkens der beiden Regelungsbereiche erfolgen, so dass die Regelungen des G-BA die Qualität sichern können, ohne die Entscheidung der Länder zur Krankenhausplanung wirkungslos zu machen.

Nicht nachvollziehbar ist, weshalb das BMG an der Entwicklung von **Mindestvorhaltezahlen** für die Leistungsgruppen festhält. Die vom InEK und vom IQWiG zu entwickelnden Mindestvorhaltezahlen werden **weder evidenzbasiert noch rechtssicher** sein. Die entsprechenden Vorgaben zur Entwicklung der Mindestvorhaltezahlen **müssen ersatzlos gestrichen werden**. Unbedingt ersatzlos zu streichen ist darüber hinaus auch die geplante **Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen**.

Indem durch den Gesetzgeber nun festgelegt werden soll, dass die **Bundesmittel** der **Transformationskosten** wirklich vom Bund übernommen und diese nicht aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, korrigiert er einen ordnungspolitischen Fehler der Reform. Die Krankenhäuser kritisieren jedoch ausdrücklich, dass weiterhin das **Einvernehmen mit den Krankenkassen** nach § 13 KHG vorgeschrieben ist. Demnach muss für jeden Förderantrag vor Einreichung beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen eingeholt werden. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe **sachlich nicht mehr zu rechtfertigen** und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Positiv ist das Ansinnen des BMG, den Verwaltungsprozess zu entlasten, indem die Länder von der **Verpflichtung entbunden** werden sollen, eine aufwendige **Insolvenzprüfung der Krankenhäuser** vorzunehmen, bevor sie Transformationsmittel erhalten können.

Die gesetzliche **Definition des Krankenhausstandortes** mit einem maximalen Abstand der Gebäude von 2.000 Metern ist **vielerorts praxisuntauglich** und mit Aspekten der Versorgungsqualität nicht sachlich zu begründen. Daher ist die schon durch das KHVVG eingeräumte Möglichkeit, die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG in Einzelfällen über eine Ausnahme entscheiden zu lassen, wichtig und muss beibehalten werden. Zudem sollte für einen tatsächlich sachgerechten Ausgangspunkt für die Bestimmung von Krankenhausstandorten die Empfehlung der Regierungskommission zur Krankenhausreform 2024 umgesetzt und die Maximalentfernung von Gebäuden eines Standortes **auf 5.000 Meter** gesetzlich festgelegt werden. Darüber hinaus ist unbedingt auch **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Ausnahmemöglichkeit** zur Planungssicherheit in geeigneten und erforderlichen Einzelfällen einzuräumen.

Erheblichen Nachbesserungsbedarf weisen weiterhin die gesetzlichen Rahmenbedingungen für **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)** auf. An dieser Stelle muss der Gesetzentwurf im weiteren Verfahren noch ergänzt werden. Die bereits laufenden Verhandlungen der Selbstverwaltung zur konkreten Ausgestaltung des Leistungsspektrums der SÜV zeigen, dass die **Vorgaben zu restriktiv** für eine erfolgreiche Umwandlung von kleinen Krankenhäusern in SÜV sein werden. Um den Ländern mit den SÜV ein wirksames Instrument zur Sicherstellung einer wohnortnahen und die Sektorengrenzen überwindenden Grundversorgung an die Hand zu geben, sind Verbesserungen der gesetzlichen Regelungen, insbesondere Ausweitungen des vorgesehenen Leistungsspektrums und Präzisierungen der Leistungsbeschreibung sowie der Rahmenbedingungen, erforderlich. Hierbei darf die Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Die **Länder** müssen die **Entscheidungskompetenzen** zur dauerhaften Zuweisung von Versorgungsaufgaben (u. a. auch Prävention) erhalten. Die **Finanzierung** muss **aufwandsgerecht als Gesamtbudget** ausgestaltet sein.

Darüber hinaus sehen die Krankenhäuser noch zu weiteren Themenfeldern dringenden gesetzlichen Anpassungsbedarf. Dies gilt insbesondere für die dringend erforderliche **Neugestaltung der Hybrid-DRG**. Die bisherigen Rahmenbedingungen und kurzfristig ergänzten gesetzlichen Vorgaben des KHVVG für eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ sind keine tragfähigen Grundlagen für eine sinnvolle Ambulantisierung. Sie **gefährden** vielmehr die **Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung** und **untergraben** die **wirtschaftliche Leistungserbringung** durch die

Krankenhäuser sowie die **Krankenhausplanung der Länder**. Die aktuelle Verortung der zentralen Entscheidungen zu Hybrid-DRG in den dafür nicht geeigneten ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) anstelle der im Gesetz eigentlich vorgesehenen sektorenübergreifenden Schiedsstelle nach § 89a SGB V führt außerdem zu kritischen Konsequenzen für das aG-DRG-System. Neben äußerst fragwürdigen inhaltlichen Festlegungen verunmöglicht die immer noch fehlende Festlegung des Hybrid-DRG-Kataloges derzeit auch die längst überfällige Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2026. Laut Gesetz hätten aufgrund dieser Zusammenhänge alle erforderlichen Entscheidungen für das Hybrid-DRG-System spätestens zum 30.06.2025 festgelegt werden müssen. Die Bereitstellung des Vergütungssystems für das Jahr wird daher zu spät erfolgen und führt zu massiven Problemen insbesondere auch bei der Einhaltung der mit einer Präklusion verbundenen und mit Sanktionen bewährten Fristen zur Vorlage der Budgetverhandlungsunterlagen für das Jahr 2026. Mindestens diese Fristen müssen dringend ausgesetzt werden. Auch die längst überfällige **Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlases** zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses sollte mit dem KHAG auf den Weg gebracht werden.

Weitere Themen sind im Kapitel „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ erläutert. Die konkrete Bewertung der einzelnen Regelungen im Detail ist den Anlagen zu entnehmen.

Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes

Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag

Die DKG befürwortet nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform, noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst.

Die nunmehr mit dem KHAG vorgesehene Verlängerung der erlösneutralen Einführungsphase um ein Jahr ist weder eine Lösung für die aktuellen Probleme der Krankenhäuser noch für die Probleme, die mit der Vorhaltevergütung nach KHVVG zusätzlich entstehen werden. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen, da eine grundsätzliche Neuausrichtung durch die weiteren Einführungsschritte im Jahr 2026 erschwert wird und aus den Änderungsvorschlägen des KHAG nicht zu erkennen ist, wie durch ein zusätzliches Einführungsjahr auch zusätzliche Erkenntnisse als Entscheidungsgrundlage gewonnen werden sollen.

Mit der vorgesehenen Vorhaltevergütung wird das Vergütungssystem für alle Beteiligten noch komplexer, aufwendiger und nicht zuletzt strategiefähiger. Für die Finanzierung von Vorhaltung ist vorgesehen, einen Anteil der fallbezogenen DRG-Vergütung in weiterhin fallabhängige Vorhaltepauschalen zu überführen. Der ökonomische Druck zur Steigerung der stationären Fallzahlen wird lediglich an die Fallzahlkorridor Grenzen und in die Bezugsjahre der Neuberechnungen verlagert. Im Ergebnis ist diese Form einer Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. In vielen Fällen wird die Vorhaltevergütungssystematik sogar zu einem massiven finanziellen Risiko. Zudem wird auf der Landesebene bei Reduktion von stationären Behandlungen selbst die korrespondierende Vorhaltevergütung – nunmehr die Vorhalteanteile der Hybrid-DRG sogar im Vorgriff – vollständig entzogen, während die Strukturkosten der Krankenhäuser verbleiben. Ein wesentliches Versprechen der Finanzierungsreform – die Konsolidierung der Finanzierung von Vorhaltekosten – wird damit nicht eingelöst. Zudem wird die Akzeptanz des politischen Zieles einer massiven „Ambulantisierung“ von stationären Behandlungen deutlich behindert.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung sollte durch die Selbstverwaltungspartner grundsätzlich neu konzipiert werden. Hier sollte die Reduktion der Fallzahlabhängigkeit im Vordergrund stehen, ohne neue ausufernde Bürokratielasten zu erzeugen. Aufgrund der Tragweite eines reformierten Vergütungssystems für den stationären Sektor muss die Umsetzung über Einführungsschritte wie einer Pilotphase, einer budgetneutralen und einer Konvergenzphase in ausreichender Länge erfolgen und kontinuierlich von einer Evaluation begleitet werden.

Anstelle einer untauglichen Vorhaltevergütung sollten übergangsweise die durch Vorhaltung bedingten strukturellen Kosten zeitnah durch Stärkung und Anpassung der bereits etablierten Finanzierungsinstrumente berücksichtigt werden. Hierzu können die etablierten Zuschläge für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. Auch können der bestehende Fixkostendegressionsabschlag in einen Strukturkostenausgleich überführt und die Erlösausgleiche so angepasst werden, dass die Strukturkosten auch bei unerwarteten Leistungsschwankungen refinanziert werden.

Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, einen Leistungsgruppen-Grouper explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung angepasst werden und sich dazu an den Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik orientieren.

Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) darf nicht erst mit Einführung der Vorhaltevergütung erfolgen, sondern muss schnellstmöglich ab dem Jahr 2026 umgesetzt werden. Bereits vor Einführung der Vorhaltevergütung werden politisch gewollte Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich angestoßen. Werden daraus resultierende Mehrleistungen mit dem FDA belegt, widerspricht das der politischen Intention, solche Strukturanpassungen zu fördern. Wenn Konzentrationen zu Abschlägen führen, wird ein Anreiz geschaffen, solche politisch erwünschten Prozesse zu unterlassen oder zu verzögern, um wirtschaftliche Nachteile zu vermeiden. Das behindert notwendige Strukturreformen. Bei Konzentrationen haben die Krankenhäuser bei Leistungsausweitungen auch zusätzliche Fixkosten (z. B. Infrastruktur, Personal, IT, Verwaltung) zu tragen. Der FDA führt dann zu einer Kostenunterdeckung, obwohl die Ausgaben strukturell bedingt sind. Krankenhäuser, die im Rahmen der Versorgungsplanung Investitionen tätigen, um andere Standorte zu ersetzen, brauchen wirtschaftliche Planungssicherheit. Ziel vieler Konzentrationen ist außerdem eine bessere Behandlungsqualität durch Spezialisierung und höhere Fallzahlen. Der FDA wirkt in diesem Zusammenhang entgegengesetzt zur Förderung von Qualitätssicherung und ist daher versorgungsfeindlich. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet.

Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog

Der § 135e SGB V und die dazugehörige Anlage 1 haben durch das KHAG wichtige Änderungen erfahren. Diese werden seitens der Krankenhäuser überwiegend begrüßt. Die Änderungen sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen:

- Streichung der Frist für den Erlass und das Inkrafttreten der Leistungsgruppen-Verordnung
- Vereinheitlichung und Erweiterung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten für Fachkrankenhäuser
- Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jeweiligen Betriebszeiten)
- Vollzeitäquivalent: Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5
- Anpassung der Berücksichtigung von Belegärzten (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)
- Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025
- Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

- Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen zur Klarstellung der generellen Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V

Ausdrücklich begrüßen die Krankenhäuser die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.

Weitere Änderungen dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Bestimmungen und fachlichen Anpassungen. Zur Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien am Standort ist es nunmehr möglich, dass neben standortübergreifenden Kooperationen auch auf Dauer angelegte Zusammenarbeiten und Dienstleistungen am Standort, wie beispielsweise zur Durchführung von diagnostischen Leistungen (insbesondere Radiologie, Labor) vielerorts üblich, anerkannt werden. Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie u. a. bereits langjährig bestehende und fachlich geeignete Kooperationen weiter bestehen lässt. Darüber hinaus muss ermöglicht werden, dass Fachärzte entsprechend ihrer Facharztkompetenzen für mehr als drei Leistungsgruppen angerechnet werden und auch für mehrere Leistungsgruppen parallele Rufdienste übernehmen können. Andernfalls ist mit einem erhöhten Personalbedarf zu rechnen, welcher in Anbetracht des Fachkräftemangels zu Versorgungsproblemen führen kann. Die erfolgte Streichung der diesbezüglichen Sonderregelung für die Leistungsgruppen 1 und 14, die zu einer erheblichen Vervielfachung vorzuhaltender Fachärzte (Innere Medizin und Chirurgie) geführt hätte, wird als ein erster, wichtiger Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht weiterer Änderungsbedarf. Diesbezügliche Änderungsvorschläge werden unter dem weiteren gesetzlichen Änderungsbedarf dargelegt.

Auch im Hinblick auf die Anlage 1 besteht weiterer Änderungsbedarf, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle relevanten Probleme aufgegriffen wurden. Allen Problemen voran ist die LG 27 Spezielle Traumatologie zu nennen. Sie ist in der aktuell gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Vorschriften, die die zeitnahe Anwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Vorschriften für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind im Sinne der Entbürokratisierung immer zu vermeiden. Die Leistungsgruppe ist demzufolge zunächst auszusetzen und grundlegend zu überarbeiten.

Auch bedarf die Anlage 1 eines vorangestellten „Allgemeinen Teils“, in dem wichtige Regelungen kurz erläutert werden, um ressourcenaufwendige, sich stets wiederholende Diskussionen zur Interpretation unbestimmter Formulierungen zwischen Fachleuten, Leistungserbringern und Vertretern des Medizinischen Dienstes zu vermeiden. Ergänzende Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden leistungsgruppenspezifisch in den beiden Anlagen zur Stellungnahme ausgeführt.

Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder

Mit dem KHAG wurden Regelungen angepasst, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben, wie z. B. Fahrzeitminuten, positiv hervorzuheben. Die Verpflichtung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung zunächst zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können, wurde zu Recht gestrichen. Es bleibt allerdings dabei, dass von einem Qualitätskriterium nur abgewichen werden kann, wenn das Kriterium am Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen erfüllt werden kann. Ob, wie, durch wen und mit welchem Aufwand und welcher Konsequenz diese Feststellung erfolgen soll, bleibt nun offen. Darüber hinaus bleiben andere gesetzliche Vorschriften, beispielsweise aus § 135e Absatz 4 SGB V, hier außer Acht.

Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz nicht erfülltem Qualitätskriterium bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung sowie im Rahmen bestimmter Strukturanpassungen auf 3 Jahre zu befristen. Dies kann jedoch nur noch im Einvernehmen zwischen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgen. Die nochmalige Befristung um höchstens weitere 3 Jahre ist im Vergleich zum Referentenentwurf zudem vollständig entfallen. Durch diese jüngsten Änderungen wird den Krankenkassen ein weitreichender Gestaltungsspielraum bei der Krankenhausplanung eingeräumt, der mit erheblichen Risiken für die Krankenhäuser und deren Mitarbeitenden verbunden ist. Diese Änderungen lehnen die Krankenhäuser entschieden ab. Nach § 135e SGB V bleibt es dabei, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen oder dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung ist auch hier die dazugehörige Definition entfallen und damit die Erreichbarkeitsvorgaben anhand von Fahrzeitminuten. Die neue Möglichkeit, in der genannten Situation auch Leistungen über am Standort verfügbare Kooperationen erbringen zu können, wird ausdrücklich begrüßt. Die in diesem Zusammenhang ebenfalls geforderte maximale Kilometerentfernung sollte entsprechend der Stellungnahme zu § 2a KHG auch hier von den 2.000 auf 5.000 Meter erhöht werden.

Insgesamt finden sich im Gesetzentwurf durchaus hilfreiche Änderungen, die mehr Flexibilität für die Länder einräumen. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne vollständige Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherstellungsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Die Landesbehörden müssen die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen unbefristet zu erteilen. Mindestens ist aber eine weitere, regelhafte Verlängerungsmöglichkeit der Sicherstellungszuweisung aufzunehmen (wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen), da die Qualitätskriterien und Vorgaben der Anlage 1 nicht vor dem Jahr 2029 weiterentwickelt werden sollen und ihnen in der derzeitigen Fassung noch keine belastbare Auswirkungsanalyse zugrunde liegt. Weiterhin ist die Regelung, wonach das

Einvernehmen der Kostenträger herzustellen ist, zu streichen und allenfalls durch eine Regelung zur Herstellung des Benehmens gemäß der verfassungsrechtlichen Stellung der Länder zu ersetzen.

Die Regelung, dass Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist nicht sachgerecht und daher zu streichen. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf ausgerichtet, die DRG-Vergütung abzusenken und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht nachvollziehbar und wird auch der gesonderten Stellung dieser Einrichtungen im Vergütungssystem nicht gerecht. Mindestens muss für die Länder die Möglichkeit einer weitgehenden Ausnahmeregelung geschaffen werden.

Krankenhaustransformationsfonds

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde ein Transformationsfonds zur Förderung von Umstrukturierungsprozessen in Krankenhäusern geschaffen. Ziele sind u. a. die Konzentration akutstationärer Kapazitäten, der Abbau von Doppelstrukturen, die Umwandlung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) sowie die Förderung telemedizinischer Netzwerke. Dies wird grundsätzlich begrüßt. Der Fonds wird von 2026 bis 2035 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geführt. Anstelle der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen nun 29 Mrd. Euro Bundesmittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität bereitgestellt werden. Unter Einbeziehung der Eigenanteile der Länder ergibt sich damit ein Gesamtvolumen von rund 50 Mrd. Euro. Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) entfällt. Das Geld soll vom Bund an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überwiesen werden. Mit dem Kabinettsbeschluss neu hinzugekommen sind die zusätzlichen 4 Mrd. Euro des Bundes für die ersten vier Jahre. Für die Jahre 2026 bis 2029 beträgt der Bundesanteil damit jeweils 3,5 Mrd. statt 2,5 Mrd. Euro (§ 12b Absatz 1 KHG). Dementsprechend wurde die Ko-Finanzierung der Länder für die in den Jahren 2026 bis 2029 zu fördernden Vorhaben auf 30 Prozent abgesenkt (§ 12b Absatz 3 KHG). Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der PKV entfällt.

Fraglich erscheint, dass weiterhin das Einvernehmen mit den Krankenkassen gemäß § 13 KHG herzustellen ist. Demnach ist für jeden Förderantrag vor der Einreichung beim BAS die Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen abzufragen. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe sachlich nicht mehr zu rechtfertigen und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Zudem widerspricht dies dem im KHVVG verankerten Ziel der Entbürokratisierung, da damit ein aufwendiger Verwaltungsprozess unnötig fortgeführt wird.

Positiv bewertet werden die Streichungen der Nachweispflicht eines drohenden Insolvenzrisikos, die Stärkung der Länderplanungshoheit sowie die Finanzierung der BAS-Verwaltungskosten aus den verbliebenen Mitteln des Strukturfonds II nach § 12a KHG im Bundeshaushalt. Die Fördertatbestände und damit auch die Förderausschlüsse wurden im Rahmen des KHAG nicht erweitert. Es besteht jedoch weiterhin die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie

für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in den Förderrahmen aufzunehmen. Die erweiterte Einbindung der Hochschulkliniken in zusätzliche Fördertatbestände ist zu begrüßen.

Standortdefinition

Die redaktionelle Korrektur im Gesetzentwurf dient auch der Klarstellung des Bezuges von § 2a Absatz 4 Satz 2 KHG und wird daher aus Gründen der Normenklarheit begrüßt. Gleichwohl bleibt die gesetzliche Festlegung der Standortdefinition in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG mit einem Abstand der Gebäude eines Krankenhauses von maximalen 2.000 Metern inadäquat und als grundlegende Definition ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, wenn beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert wird.

Es muss daher zwingend **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit eingeräumt werden**, für Krankenhausstandorte einen größeren als den gesetzlich genannten Abstand zuzulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Die Krankenhäuser fordern ferner, die Empfehlung der Regierungskommission ([Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung](#), S. 14) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG **auf 5.000 Meter** festzulegen.

Orientierungswert

Mit dem KHAG soll die Ermittlung des Orientierungswertes (OW) auf einen Kalenderjahresbezug umgestellt werden. Bei der Ermittlung des OW soll der für die hierfür zu erhebenden Daten geltende Berichtszeitraum auf das jeweils abgelaufene Kalenderjahr festgelegt werden (§ 10 Absatz 6 KHEntgG), anstelle der bisherigen Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Diese Änderung führt jedoch zu einer inhaltlichen Inkonsistenz bei der späteren Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW), da die Veränderungsrate (VÄR), als neben dem OW relevanten Verhandlungsparameter für den VÄW, weiterhin auf Halbjahresbasis (1. HJ laufendes Jahr und 2. HJ Vorjahr) ermittelt wird. Damit beruhen OW und VÄR künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des VÄW infrage stellt. Ein inhaltlicher Mehrwert der Neuregelung ist zudem nicht erkennbar. Darüber hinaus verschärft die Umstellung den bereits bestehenden Periodeneffekt. Der OW, der bis zum 30.09.2026 veröffentlicht wird und als Verhandlungsparameter für den VÄW 2027 herangezogen wird, wird auf Basis der Daten des Kalenderjahres 2025 ermittelt (vormals 1. HJ 2026 und 2. HJ 2025). Aktuelle Kostenentwicklungen aus dem laufenden Jahr werden somit noch zeitverzögerter in der Finanzierung berücksichtigt und ggf. gar nicht refinanziert (siehe Inflationslücke 2022/ 2023). Insofern wird die durch den Zeitversatz technisch bedingte systematische Unterfinanzierung insbesondere bei schnell steigenden Kosten tendenziell noch verstärkt, was abzulehnen ist.

Mit dem Änderungsantrag zur Umsetzung von Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge im Jahr 2026 wird für 2026 der Veränderungswert als Preisobergrenze in Höhe des Orientierungswertes festgelegt, sowohl für den Landesbasisfallwert als auch für Budgets in Psychiatrie/ Psychosomatik.

Der Orientierungswert (2,98 Prozent) wird die höheren Kostensteigerungen für 2026 aber nicht abdecken, da er nur vergangene Werte abbildet. Die Festschreibung des im Vergleich zur Veränderungsrate niedrigeren Orientierungswertes 2026 senkt zudem dauerhaft die Aufsatzbasis für die Landesbasisfallwerte, sodass diese Lücke dauerhaft fortgeschrieben werden würde. Der Rechnungszuschlag 2025/ 2026 (4 Mrd. Euro) wirkt bekanntlich einmalig ohne Sockelwirksamkeit, während die Einsparung der 1,8 Mrd. Euro dauerhaft basiswirksam für die Krankenhäuser verloren geht. Insofern würde zu der dann wieder bestehenden Inflationslücke die Unterfinanzierung aufgrund der Kürzung des Preisniveaus im Rahmen der Sparmaßnahmen additiv hinzukommen. Hier muss daher zumindest sichergestellt werden, dass diese Kürzung nur einmalig für das Jahr 2026 zur Anwendung kommt.

Onkochirurgische Leistungen

Die Krankenhäuser fordern eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. die Streichung von § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Absatz 1 SGB V wird abgelehnt. Das Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl steht die geplante Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen im Widerspruch zur Leistungsgruppensystematik. Sie basiert auf methodisch fragwürdigen Annahmen und führt zu erheblichen Versorgungsunsicherheiten. Eine ersatzlose Streichung ist erforderlich, um juristische Konflikte und Qualitätseinbußen zu vermeiden. Das längst etablierte System der evidenzbasierten Mindestmengen des G-BA im Zusammenspiel mit der geplanten Zuweisung von Leistungsgruppen ist grundsätzlich geeignet und ausreichend, um problematische Gelegenheitsversorgung bei komplexen onkologischen Operationen zu vermeiden. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, ändern nichts am Grundproblem: Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 Prozent bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Auswirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt.

Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Wenn überhaupt, könnte den für die Krankenhausplanung der Länder zuständigen Landesbehörden zur Abmilderung des Problems eine Ausnahmeregelung eingeräumt werden.

Definition von Fachkliniken

Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel zu überarbeiten, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Neben regional bestehenden Versorgungsmöglichkeiten sind es häufig auch besondere, krankheitsspezifische Versorgungsbedarfe, die die Entstehung von Fachkliniken fördern. Deshalb sind sie zumeist auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert. Betroffen können einzelne oder mehrere Erkrankungen einer oder weniger Leistungsgruppe/n sein. Diese Begrenzung und eine effiziente Versorgung sorgen dafür, dass die Fachkliniken nicht zwingend die durch eine Leistungsgruppe zahlreich aufgestellten Anforderungen

gleichermaßen am Standort erfüllen können und müssen. Kooperationsmöglichkeiten und fachlich begründete Abweichungen von einzelnen Anforderungen sind daher unerlässlich und eindeutig zu regeln. Auch sollten zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht mathematische Rechenmodelle darüber entscheiden, ob eine bestimmte Patientengruppe von einer „geschützteren Versorgung“ profitiert (z. B. bei chronischem Schmerzsyndrom, Chorea Huntington, Parkinson, Versorgung von Menschen mit Behinderung). Die erfolgte Anpassung der Definition von Fachkrankenhäusern wird begrüßt. Dies gilt auch für die Möglichkeit, sich auf ein spezialisiertes Leistungsspektrum fokussieren zu können. Es bedarf allerdings noch ergänzender Regelungen, die die fachlich nachvollziehbare fehlende Kongruenz zwischen den Strukturvorgaben einer betroffenen Leistungsgruppe und den Behandlungsnotwendigkeiten bzw. dem Versorgungsauftrag eines Fachkrankenhauses berücksichtigen.

So gibt es beispielsweise Fachkrankenhäuser, deren besonderes Leistungsspektrum nur schwer einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden kann (z. B. Spezielle Schmerzmedizin), weil sie in den 61 Leistungsgruppen nicht vorgesehen ist. In gleichen und anderen Fällen kann eine Leistung z. B. mangels eindeutiger Fachgebietszugehörigkeit über zahlreiche Leistungsgruppen streuen, die dem Versorgungsauftrag des Fachkrankenhauses in keiner Weise entsprechen. Für derartige Fallkonstellationen bedarf es zur Sicherstellung der Versorgung noch flankierender Regelungen.

Mindestvorhaltezahlen

Nordrhein-Westfalen hat bewusst auf leistungsgruppenspezifische Mindestfallzahlen verzichtet, da keine belastbare Evidenz für einen Zusammenhang mit der Ergebnisqualität besteht. Der Fokus liegt auf der Struktur- und Prozessqualität. Mit dem KHAG werden nun auch Mindestvorhaltezahlen auf Leistungsgruppen ausgeweitet, die nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen werden.

Die grundsätzliche Kritik bleibt bestehen: Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird. Ein Konzept, das gemäß der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers eine für eine Leistungsgruppe bundeseinheitliche betriebswirtschaftliche Mindestgröße ermitteln könnte, ist aufgrund der individuell unterschiedlichen Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser kaum belastbar bzw. sinnvoll umsetzbar.

Für die Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfolgen bislang keine konkreten Vorgaben. Geplant ist ein Perzentil-Ansatz, bei dem unabhängig von Behandlungsschwerpunkten, Schweregraden und Fallzahlunterschieden eine einheitliche Zahl darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe (z. B. Urologie) erbringen darf oder mit deutlich geringeren Erlösen auskommen muss. Dies würde die Krankenhausplanung auf eine rein mathematisch hergeleitete Größe verdichten – ohne belastbare Evidenz für eine Verbesserung der Ergebnisqualität.

Eine Weiterentwicklung in Richtung Ergebnisqualität sollte ausschließlich auf Basis methodisch hochwertiger Qualitätssicherungsverfahren erfolgen. Ein willkürlicher Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungsanbieter darf nicht eingeführt werden.

Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle

§ 136a Absatz 7 stellt rechtstechnisch klar, dass als Ermächtigungsgrundlage für die vorgesehene G-BA-Richtlinie nicht § 136 Absatz 1 Satz 1 SGB V, sondern § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V heranzuziehen ist. Die in der Begründung zur Anpassung erläuterte Intention wird begrüßt. Es bleibt jedoch unklar, inwiefern diese Verweisänderung dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. Es ergibt sich auch unter Zuhilfenahme der Begründung nicht eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen „muss“, oder nicht erfolgen „darf“. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich.

Zudem wird in § 39 Absatz 2 Satz 3 eine Regelung ergänzt, die klarstellt, dass sich sowohl Kreißsäle, die von einer angestellten Hebamme geleitet werden, als auch Kreißsäle, die von einer Beleghebamme geleitet werden, für die Förderung qualifizieren können. Auch diese Ergänzung wird begrüßt. Es ist allerdings unklar, inwiefern die G-BA-Richtlinie und vertragliche Vereinbarungen mit Verweis auf die Einhaltung der Vorgaben aus der Richtlinie tatsächlich gleichwertig sein können und insbesondere gleichwertige Rechtsfolgen bei Verstößen festlegen können.

Um die dargestellten Ziele der Regelung zu erreichen und die Gleichbehandlung der Krankenhäuser unabhängig vom Anstellungsverhältnis der leitenden Hebammen sicherzustellen, bedarf es der weiterführenden Klarstellung, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruches für eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.

Bürokratieabbau

Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren wiederholt auf die massiven Bürokratiewachstum im Rahmen der Krankenhausreform hingewiesen. Dass der Erfüllungsaufwand im KHAG als insgesamt entlastend für die Krankenhäuser eingestuft wird, weil der entsprechende Erfüllungsaufwand bereits im KHVVG adressiert sei, lenkt von der Tatsache ab, dass die Krankenhäuser in den nächsten Jahren fortgesetzt mit eklatanten Mehraufwänden durch die Reform konfrontiert sein werden.

Abfederungen dieser Mehraufwände durch einzelne Anpassungen im KHAG, wie etwa bei den Leistungsgruppen und im Leistungsgruppenkatalog, werden von den Krankenhäusern begrüßt. Dennoch greifen die durch das KHAG getroffenen Anpassungen in ihrer Gesamtheit weiterhin deutlich zu kurz. Neben der bereits adressierten vollständigen Aussetzung der mit dem KHVVG angestoßenen Vorhaltefinanzierung und der Abschaffung des mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten Krankenhaustransparenzverzeichnis inklusive der damit verbundenen zusätzlichen Meldepflichten (§ 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG) fordern die Krankenhäuser daher dringend eine Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser, die im Vorjahr die Anforderungen der PPR 2.0 bzw. der PPBV zu mindestens 80 Prozent erfüllt haben sowie den sofortigen Stopp der mit dem KHVVG veranlassten Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente jenseits der bereits etablierten Pflegepersonalbemessung.

Das bereits mehrfach in Aussicht gestellte Bürokratieabbaugesetz für das Gesundheitswesen muss endlich vorgelegt werden, damit die Krankenhäuser auch von übermäßiger Bürokratie befreit werden, die bereits vor der Krankenhausreform bestand. Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Vollkraft und Tag setzt rein rechnerisch 123.000 Vollkräfte in den Krankenhäusern frei, darunter rund 22.100 Vollkräfte im ärztlichen und 48.900 Vollkräfte im pflegerischen Bereich. Maßnahmen zur Reduktion der Bürokratielast in den Krankenhäusern tragen somit auch zu einer Kompensation des Fachkräftemangels bei – einer der zentralen Herausforderungen der Krankenhäuser in den nächsten Jahren. Geeignete Maßnahmen umfassen neben einer grundlegenden Überarbeitung und Vereinfachung der PPP-RL und des NUB-Verfahrens unter anderem auch eine Erweiterung der Standortdefinition auf 5.000 Meter, eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG sowie eine umfassende Straffung verschiedener Strukturvorgaben und eine Zusammenführung der damit einhergehenden Prüfungen in ein einheitliches Prüfregime.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurden verschiedene Maßnahmen zur Auflösung des Verhandlungsstaus und zur Stärkung des Prospektivitätsgrundsatzes eingeführt. Dazu gehören verbindliche Fristen zur Übermittlung der Unterlagen (§ 11 Absatz 4 KHEntgG/ BPfIV), ein Rechnungsabschlag bei Fristversäumnis, die materielle Präklusion sowie ab 2026 ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstellen (§ 13 Absatz 3 KHEntgG/ BPfIV).

Fristen zur Unterlagenübermittlung und zu Auskünften

Die starre Frist zum 31. Dezember stellt die Krankenhäuser in der Praxis vor erhebliche Probleme. Krankenhäuser sind darauf angewiesen, dass die für die Erstellung der Forderungsunterlagen maßgeblichen Entgeltkataloge und andere verhandlungsrelevante Informationen rechtzeitig vor Ablauf der Frist vorliegen, um diese sachgerecht aufbereiten zu können. Eine angemessene Vorbereitungszeit für die Erstellung der komplexen Budgetverhandlungsunterlagen ist bei der aktuellen Fristensetzung nicht gegeben. Komplexe neue Verhandlungstatbestände – etwa durch die Ausweitung der Hybrid-DRG – sowie ständige Rechtsänderungen erhöhen den Aufwand für die Budgetverhandlungen außerdem erheblich. Personelle Engpässe sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite können zu weiteren Verzögerungen führen. Die Vorgabe steht zudem im Widerspruch zu anderen Gesetzen, etwa der Pflicht zur Vorlage tatsächlich entstandener Pflegepersonalkosten (§ 6a Absatz 2 KHEntgG), die naturgemäß erst nach Jahresende vorliegen. Prospektive Verhandlungen bergen außerdem hohe Risiken für Fehlschätzungen bei der Leistungs- und Kostenentwicklung.

Für das Vereinbarungsjahr 2026 verschärft sich die Situation aufgrund der derzeit nicht möglichen Festlegung des aG-DRG-Kataloges für das Jahr 2026 grundlegend. Nach aktueller Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses sollen die Hybrid-DRG-Leistungen für das Jahr erst in der Sitzung am 31.10.2025 festgelegt werden. Erst nach diesem Zeitpunkt kann das InEK den aG-DRG-Katalog, der diese Leistungen nicht enthalten darf, fertigstellen. Es ist daher damit zu rechnen, dass der Katalog erst Mitte November vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass die aG-DRG-Grouper, die dann erst eine Analyse der Fälle des Krankenhauses erlauben, durch die Hersteller in einem meist mehrwöchigen Verfahren zertifiziert werden müssen, bevor sie in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) der Krankenhäuser integriert und damit anwendbar gemacht werden können. Hinzu kommt, dass gemäß Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses die Vergütungen der Hybrid-DRG-Leistungen erst am 11.11.2025 festgelegt werden sollen. Da die aG-DRG-Grouper 2026 im besten Falle erst im Laufe des Dezembers zur Verfügung stehen, ist eine sachgerechte und adäquate Erstellung der Verhandlungsunterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich. Der Gesetzgeber ist dringend aufgefordert, diese für die Krankenhäuser unzumutbare Situation umgehend zu klären, indem die Fristen für die Abgabe der Verhandlungsunterlagen für das Jahr 2026 aufgehoben bzw. um die vorgeschlagenen Zeiträume verschoben werden.

Schiedsstellenautomatismus und Präklusion

Die automatische Festsetzung durch die Schiedsstellen ab 2026 ist praktisch nicht umsetzbar. Weder die personellen Kapazitäten noch die Fristen lassen fristgerechte Entscheidungen in komplexen Streitfragen erwarten. Die Präklusionsregelung kann dazu führen, dass berechnigte Vergütungsansprüche allein aus formalen Gründen verloren gehen. Zudem schafft sie Anreize für strategisches Prüfverhalten der Kostenträger. Unterschiedliche Auffassungen zwischen den Vertragsparteien sind bei grundlegenden Fragen mitunter unvermeidbar. Dafür ist der Konfliktlösungsmechanismus mit Anrufung der Schiedsstelle unabdingbar. Krankenkassen und Krankenhäuser machen davon bisher nur in Ausnahmefällen Gebrauch. In diesen Fällen darf die fundierte Entscheidungsfindung nicht durch Überbeanspruchung der im Ehrenamt tätigen Schiedsstellenvorsitzenden gefährdet werden. Für den normativ vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus gibt es überdies auch keinen sachlichen Grund, da bereits das bestehende Finanzierungsrecht ausreichend Instrumente beinhaltet, einseitige Verzögerungsstrategien zu unterbinden.

Rechnungsabschlag

Verzögerungen entstehen regelmäßig auch durch Krankenkassen oder Genehmigungsbehörden. Der einseitig gegen Krankenhäuser gerichtete Rechnungsabschlag ist daher sachlich nicht gerechtfertigt.

Forderung

Die Fristen zur Unterlagenübermittlung sowie der Schiedsstellenautomatismus einschließlich der Präklusionsregelung sind ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 aufzuheben. Sollte dies nicht umsetzbar sein, müssen die Fristen dauerhaft praxisgerecht ausgestaltet, d. h. um mehrere Monate nach hinten verschoben werden. Zudem ist der mit den Übermittlungsfristen verbundene Rechnungsabschlag zu streichen. Das BMG wurde hierzu in einem Schreiben (05.08.2025) mit ausführlichen Erläuterungen parallel zur Stellungnahme zum Referentenentwurf über den bestehenden Anpassungsbedarf informiert. Die Schiedsstellenvorsitzenden der Landesschiedsstellen nach § 18a Absatz 1 KHG haben in einem Schreiben vom 11.08.2025 eindringlich auf die Notwendigkeit der Aufhebung des Schiedsstellenautomatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 hingewiesen. Da der aG-DRG-Katalog 2026 den Krankenhäusern voraussichtlich erst kurz vor dem Jahresende zur Verfügung steht und dieser für die Erstellung der Verhandlungsunterlagen eine zwingende Voraussetzung darstellt, muss der für die Krankenhäuser entstandenen Unmöglichkeit der Umsetzung der Frist zum 31.12.2025 umgehend mit deren Aussetzung Rechnung getragen werden.

Hybrid-DRG

Die aktuellen Inhalte des § 115f SGB V sind mit weitreichenden Folgen für die Krankenhäuser und die begonnene Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen verbunden.

Dies betrifft insbesondere die Vorgaben von vollstationären Krankenhausfällen in Millionenhöhe, die zukünftig über Hybrid-DRG vergütet werden sollen, in Kombination mit einer schrittweisen Anpassung der Vergütungen mit dem Ziel, dass bis 2030 die Vergütungshöhe der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen erreicht werden soll. Die willkürliche Erweiterung der Hybrid-DRG um Millionen Fälle ohne die gesetzlich vorgesehene Evaluierung der ersten Stufe ist weder für die Planungssicherheit der

Krankenhäuser noch im Sinne einer gesicherten Patientenversorgung tragbar. Zudem steht eine normative Absenkung auf AOP-/ EBM-Niveau dem Ziel einer zunehmenden Ambulantisierung entgegen.

Für Hybrid-DRG-Leistungen gelten lediglich die allgemeinen Qualitätsanforderungen nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V. Wenn stationäre Leistungen unter diesen Voraussetzungen im Rahmen von Hybrid-DRG erbracht werden können, werden die mit dem KHVVG eingeführten Ziele konterkariert. Die angestrebte Konzentration auf durch die Landesbehörde zugeordnete Standorte kann somit nicht stringent umgesetzt werden. Letztlich wird die Krankenhausplanung der Länder durch eine parallele Leistungsstruktur ohne abgestimmte und vergleichbare Strukturvorgaben im ambulanten und stationären Sektor faktisch ausgehebelt.

Das gemäß MDK-Reformgesetz zur Vorbereitung der Ambulantisierung beauftragte Gutachten zeigt klar, dass die im internationalen Vergleich höheren Quoten von ambulanten Leistungen nur dann erreicht werden können, wenn komplexe ambulante Leistungen am Krankenhaus oder in mit einem Krankenhaus vergleichbaren Strukturen durchgeführt werden. Einzelne Länder unterstützen den Prozess der Ambulantisierung sogar mit einer erhöhten Vergütung. In der Umsetzung des § 115f SGB V werden diese internationalen Erfahrungen vollkommen ignoriert und teilweise sogar konterkariert, indem mittlerweile für das Jahr 2026 Hybrid-Leistungen adressiert werden, die von Vertragsärzten (zu Recht) nicht durchgeführt werden. In Verbindung mit dem Ziel, die Vergütungen der bisher stationären Leistungen schon im ersten Einführungsjahr deutlich abzusenken und mittelfristig auf das Niveau der Vergütung von Vertragsarztpraxen zu bringen, kann keine sinnvolle Ambulantisierung erreicht werden, welche die Ressourcen wirtschaftlich nutzt und die Patientenversorgung optimiert. Es sind vielmehr Fehlsteuerungen der Finanzierungsmittel und Verschlechterungen in der Versorgung zu erwarten.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie zur Sicherung des Behandlungserfolges ist es außerdem zwingend erforderlich, dass neben der originären Eingriffsleistung auch die Vor- und Nachbehandlung aus „einer Hand“ erfolgt und entsprechend finanziert wird. Auch das stellen die aktuellen Regelungen nicht sicher.

Die Krankenhäuser stehen einer Ambulantisierung grundsätzlich positiv gegenüber. Die aktuellen Rahmenbedingen des § 115f SGB V sind jedoch nicht geeignet, tragfähige Voraussetzungen für eine zunehmende ambulante Erbringung bisher vollstationär erbrachter Leistungen zu schaffen. Mit Blick auf dieses Ziel, welches auch im Koalitionsvertrag nochmals eine Bestätigung erfahren hat, greifen die aktuellen gesetzlichen Regelungen bei fehlendem ordnungspolitischen Rahmen zu kurz. Es wird lediglich eine einheitliche Vergütung für originär stationäre und ambulante Leistungen vorgegeben. Dies bewirkt, dass offensichtlich sehr unterschiedliche Leistungen einheitlich zu vergüten sind. Im Ergebnis führt das sowohl bezüglich der weiteren Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung als auch der auskömmlichen Finanzierung von Krankenhäusern zu vielen Problemen.

Eine deutliche qualitative und quantitative Ausweitung der Leistungen nach § 115f SGB V ist unter den gegebenen Voraussetzungen daher als äußerst kritisch einzuschätzen und kann erst nach einer Anpassung der gesetzlichen Regelungen erfolgen.

Die Krankenhäuser fordern daher eine **vollständige Reform des § 115f SGB V**. Im Zentrum der Neuausrichtung steht die Einführung eines separat kalkulierten sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereiches für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von 0 bis 2 Tagen (bis zu 3 Kalendertage). Somit können Anreize zur dynamischen Verkürzung der Verweildauer bis hin zur ambulanten Versorgung ohne Übernachtung gesetzt werden. Die Hybrid-Versorgung findet unter den gesicherten Bedingungen am Krankenhaus statt. Die dynamische Verweildauerverkürzung bedeutet sinkenden Aufwand für die Kliniken und sinkende Kosten für die Krankenkassen.

Mit der Verankerung der Hybrid-DRG in der Krankenhausfinanzierung (KHG, KHEntgG) kann das Ambulantisierungspotenzial von stationären Leistungen umfassend und ohne Gefährdung der Patientinnen und Patienten erprobt und gehoben werden. Der sektorenübergreifende Charakter der Hybrid-DRG bleibt erhalten, da es für diese Leistungen irrelevant ist, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Zudem wird Recht- und Planungssicherheit geschaffen, indem die bisherige rechtliche Grauzone der Hybrid-DRG aufgelöst und die daraus resultierenden Akzeptanzprobleme vermieden werden.

Anders als das Hybrid-DRG-Modell basiert der Kurzlieger-Bereich auf einer differenzierten Kalkulation unter Berücksichtigung von Schweregraden, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierter Qualitätssicherung.

Eckpunkte für eine verantwortbare Neuausrichtung der Hybrid-DRG im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung:

- Die Hybrid-DRG werden in der Krankenhausfinanzierung verankert und in Form von Kurzzeit-Fallpauschalen für geeignete Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu 3 Kalendertagen (2 Verweildauertage) im DRG-Katalog ausgewiesen.
- Die Hybrid-DRG können wie bisher sowohl in einem stationären als auch in einem ambulanten Behandlungssetting erbracht werden, wobei die administrative Abrechnung in der etablierten Systematik des stationären Vergütungssystems erfolgt. Hierzu sind die Hybrid-DRG lediglich von der primären Fehlbelegungsprüfung auszunehmen.
- Wie bisher werden die stationären Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial identifiziert und über Leistungs- und Patientenmerkmale in die Hybrid-DRG überführt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung die für eine primär ambulante Versorgung geeigneten Leistungen kontinuierlich in den AOP-Katalog überführt. Primär geeignete Leistungen für den AOP-Katalog bedürfen dabei grundsätzlich nicht der Ressource Krankenhaus. Die bisher unzureichende Vergütung der AOP-Leistungen muss verbessert werden, auch um diesen Prozess zu unterstützen.
- Durch die Ausgestaltung der Hybrid-DRG als Kurzzeit-Fallpauschalen entsteht ein verstärkter Anreiz zur Verweildauer- und Kostenreduktion. Diese „Kosteneinsparungen“ werden regelhaft im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges und mit dem üblichen Zeitversatz von zwei Jahren an die Versichertengemeinschaft weitergegeben, indem der „nationale Case-Mix“ im Rahmen der (Hybrid-)DRG-Kalkulation um diese Einsparungen abgesenkt wird.

- Zur Erbringung der Hybrid-DRG sind Krankenhäuser und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen. Vertragsärzte können die Hybrid-DRG in Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbringen. Dazu sind verbindliche Rahmenbedingungen gesetzlich vorzugeben (Qualifikation, Verfügbarkeit, organisatorische Einbindung, Haftungsfragen etc.).

Aus den dargestellten Gründen sind mindestens die folgenden **kurzfristigen Anpassungen im § 115f SGB V im Sinne einer Übergangslösung** dringend angezeigt:

- Aussetzung der Leistungserweiterung bis eine Evaluation vorliegt und die Datengrundlagen für eine sektorenübergreifende Definition von Hybrid-DRG und für eine sachgerechte Kalkulation der Vergütungen ermöglicht ist.
- Aussetzung der Fallzahlvorgaben
- Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/ AOP-Niveau
- Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl und Vergütung
- Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen
- Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Absatz 2 SGB V
- Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen

Eine ausführliche Darstellung des Anpassungsbedarfes ist der Anlage 1 zu entnehmen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V sollen als Bindeglied der stationären, pflegerischen und ambulanten Versorgung eine innovative Schlüsselrolle einnehmen. Ihr Potenzial liegt in der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten nach den jeweiligen Möglichkeiten der SÜV und der Planungsentscheidung der Länder sowie in der engen Verzahnung der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke.

Zudem könnten durch das Angebot der SÜV unnötige Einweisungen in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen verhindert, aber auch ein Beitrag zur Entlastung spezialisierter und größerer Versorger durch „Abverlegungen“ von noch stationär betreuungsbedürftigen Patientinnen und Patienten geleistet werden.

Um diese Ziele zu erreichen und die Potenziale der SÜV voll auszuschöpfen, sind gesetzliche Anpassungen u. a. zum Leistungsprofil, zum Zugang und zur Aufgabenzuweisung sowie zur Finanzierung erforderlich:

Leistungsprofil

- **Hybrid-DRG:** Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Absatz 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen.
- **Ambulantes Operieren:** In § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) müssen Zugangsregelungen verankert werden, die es allen Krankenhäusern ermöglichen, zukünftig auch außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages Leistungen des ambulanten Operierens zu erbringen.
- **Stationäre Leistungen:** Der auf Bundesebene gemäß § 115g Absatz 3 SGB V zu definierende Leistungskatalog darf nicht unnötig eingeschränkt werden, um den Bundesländern den nötigen Spielraum für die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu geben. Insbesondere darf die akutmedizinische Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Da keine oder weniger medizinisch-komplexe Leistungen durch SÜV erbracht werden, können nicht die gleichen Anforderungen wie in den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu den Leistungsgruppen zum Tragen kommen. Zudem ist sicherzustellen, dass die in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen nicht für SÜV gelten. Die Qualität der Leistungen muss insgesamt durch andere und für diese Einrichtungen angemessene Maßnahmen gewährleistet werden. Zu hohe Anforderungen werden die Innovationskraft dieser neuen Versorgungsform behindern.
- **Medizinisch-pflegerische Versorgung:** Die mit dem § 115h SGB V im Referentenentwurf zum KHVVG zunächst vorgesehene, neue und unkompliziert zu nutzende „medizinisch-pflegerische Versorgung durch Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ hätte insbesondere ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. eine notwendige Beobachtung über Nacht) über die Möglichkeiten der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V und der Kurzzeitpflege gemäß § 39c SGB V hinaus. Für eine solche wohnortnahe Behandlung dieser Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, besteht derzeit keine gesetzliche Grundlage. Folglich ist diese Form der Leistungserbringung gesetzlich zu ermöglichen.
- **Pflegerische Versorgung:** Für die konkrete Versorgung vor Ort wird es von besonderer Bedeutung sein, dass die SÜV auch pflegerisch tätig sein können. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV gemäß § 115g Absatz 1 Nr. 4 SGB V (Übergangspflege nach § 39e SGB V) auf 30 Tage ausgeweitet werden.
- **Weitere Leistungen:** Ebenso muss den SÜV als (teilweise alleinigem) Gesundheitsversorger in einer Region ermöglicht werden, Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen zum Aufbau von

Gesundheitskompetenz und ggf. die Übernahme einer Lotsenfunktion im Sinne einer Steuerung der Patientenversorgung in der Region anzubieten. Da derzeit an potenziellen SÜV zum Teil psychiatrische und psychosomatische Leistungen ggf. sogar mit Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erbracht werden, muss sichergestellt sein, dass neben somatischen Leistungen – je nach Entscheidung durch die Bundesländer – auch zukünftig Leistungen für psychisch erkrankte Menschen erbracht werden dürfen.

Zugang und Aufgabenzuweisung

- **Vertragsärztliche Ermächtigung:** Um der Intention einer SÜV gerecht zu werden, einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen (walk-in) und bürokratische Aufwände so gering wie möglich zu halten, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich **jede SÜV** eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. SÜV wird so eine Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung mit den verfügbaren Möglichkeiten grundsätzlich ermöglicht. Die vertragsärztlichen Ermächtigungen sind nicht nur für die hausärztliche, sondern auch für die fachärztliche Versorgung unbefristet und ohne weitere Zulassungsbeschränkungen zu erteilen. Nur so kann ein dauerhaftes, verlässliches Versorgungsangebot geschaffen und die Planungssicherheit der Einrichtungen erhöht werden.
- **Aufgabenzuweisung:** Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben das Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein effizientes Netzwerk von Krankenhäusern sicherzustellen, die bezüglich ihres Versorgungsauftrages aufeinander abgestimmt sind. Dementsprechend ist den Ländern vollumfänglich und dauerhaft die Zuständigkeit für die stationäre und ambulante Aufgabenzuweisung einzuräumen. In Regionen, in denen die fachärztliche Versorgung nicht mehr durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden, müssen Krankenhäuser diese Aufgaben übernehmen können.

Finanzierung

- **Kostendeckung:** Für eine erfolgreiche Etablierung von SÜV ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Ab- und Zuerlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen müssen möglich sein und die medizinische Notwendigkeit nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind.

- **Degression:** Zur Entbürokratisierung und Entlastung der Verhandlungen auf der Ortsebene soll anstelle einer Degression der Tagesentgelte die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein.
- **Gesamtvolumen:** Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung erscheint es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) in das Gesamtvolumen und mithin in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Auch bei bestimmten aufwendigeren ambulanten Leistungen (Hybrid-DRG, AOP) könnte über eine Integration in das Gesamtvolumen nachgedacht werden.

Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Somit können die betroffenen Einrichtungen das für die Umsetzung der Personalmindestanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (PPP-RL des G-BA) erforderliche Personal mangels Refinanzierung nicht beschäftigen. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden werden können.

Nach dem Verständnis der Krankenhäuser ist der Verhandlungstatbestand in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV geschaffen worden, um den Krankenhäusern die finanzielle Umsetzung der PPP-RL zu ermöglichen, wobei für die Umsetzung der PPP-RL nicht nur zusätzliches Personal, sondern das gesamte therapeutische Personal maßgeblich ist. Dabei ist zur Höhe der vor Einführung der PPP-RL vereinbarten Personalkosten zu beachten, dass in den vorangegangenen Jahren auf Grund der gesetzlichen Vorschriften lediglich eine anteilige Refinanzierung der Personalkostenentwicklung erfolgt ist („Tarifschere“).

Nachdem der Rechtsweg mit dem Urteil des BVerwG ausgeschöpft ist, obliegt es nunmehr dem Gesetzgeber, die Inkonsistenz zwischen den beiden Regelkreisen aufzulösen. In der Erwartung, dass die PPP-RL nach dem Beschluss des G-BA vom 18.06.2025 mehr Flexibilität für Personalplanung und Personaleinsatz ermöglichen wird, beschränkt sich der folgende Vorschlag der DKG darauf, die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit für die betroffenen Krankenhäuser einmalig zu korrigieren. Somit wird anerkannt, dass der Gesetzgeber mit Einführung der vollständigen Tarfkostenrefinanzierung durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 die Finanzierung von zukünftigen Tarfkostenentwicklungen verbessert hat. Zudem wird mit einer einmaligen Korrektur der Vergangenheitswerte ein Konflikt mit der zukünftigen Finanzierung von Tarifentwicklungen vermieden und somit dem Verdacht einer „Doppelfinanzierung“ vorgebeugt.

Die Krankenhäuser schlagen vor, in § 3 Absatz 3 BPfIV die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen:
„¹³ Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. ¹⁴Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“

Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung

Verglichen mit anderen europäischen Ländern fallen die Unterschiede bei den Personalausgaben für IT-Mitarbeitende einer Studie¹ im Auftrag der DKG zufolge besonders gravierend aus: Deutsche Krankenhäuser können nur 0,8 Prozent ihres Budgets in IT-Personal investieren. In Dänemark sind es 1,9 Prozent, in den Niederlanden 1,5 Prozent – also rund das Doppelte. Für nachhaltig digitalisierte Krankenhäuser muss die Digitalisierung Teil der Regelversorgung werden und damit dauerhaft finanzierbar sein.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung muss entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Absatz 3j KHEntG und § 38 Absatz 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.

Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA

Die Normsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 1 Nummer 2 SGB V für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der

¹ Online abrufbar unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/it-ausgaben-deutscher-kliniken-im-internationalen-vergleich-besonders-niedrig/> [zuletzt abgerufen am 28.10.2025]

Zuteilungsentscheidung und des Versorgungsauftrages der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden.

Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas

Die Krankenhäuser fordern die Abschaltung des Krankenhaustransparenzverzeichnisses zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses und die ersatzlose Streichung des § 135d SGB V und des § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG. Das Krankenhaustransparenzverzeichnis erzeugt erhebliche Parallelstrukturen zu den bestehenden Krankenhausportalen auf Basis des verpflichtenden gesetzlichen Qualitätsberichtes der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Die mit dem Transparenzverzeichnis zusätzlich geschaffenen Datenübermittlungspflichten gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG erzeugen übermäßigen, unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser.

Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel

Mit dem KHVVG wurden die Selbstverwaltungspartner durch § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V mit der Vereinbarung u. a. einer bundeseinheitlichen Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen beauftragt. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: *"Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet."*

In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltene Formulierung Rechnung getragen werden.

Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V festzulegen.

Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers; die Formulierung von § 301 Absatz 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage 1 zu entnehmen.

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein.

Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich). Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglichen

Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Absatz 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt.

Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“)

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Absatz 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Absatz 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen.

Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Absatz 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankoverordnung erbringen können.

Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus

In der Vergangenheit hat die DKG wiederholt auf die enormen, stetig steigenden Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung von bedürftigen, obdachlosen Nicht-Versicherten oder Patientinnen und Patienten mit ungeklärtem Versichertenstatus, hier kurz Nicht-Versicherte, entstehen. Da Nicht-Versicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt ist, ist das Krankenhaus oft der einzige Ort, an dem die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen möglich ist. Dies erfolgt in der Regel im Rahmen der Notfallbehandlung. Von der stetig steigenden Inanspruchnahme sind zunächst Krankenhäuser in größeren Städten betroffen und hier insbesondere Krankenhäuser in Bahnhofsnähe. Aber auch Krankenhäuser in ländlichen Gebieten verzeichnen einen erheblichen Zuwachs an Notfallbehandlungen Nicht-Versicherter.

Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Absatz 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Gesetzliche Änderungen sind dringend erforderlich. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage 1 zu entnehmen.

Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

§ 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V beinhaltet hinsichtlich der erstmaligen oder erneuten Erbringung und Abrechnung von Leistungen, bei denen in OPS enthaltene Strukturmerkmale einzuhalten sind, spezielle Regelungen. Dabei sorgt die Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V, wonach ein Krankenhaus die Strukturvoraussetzungen für die Leistung, die es erstmalig oder erneut erbringen möchte, über einen Zeitraum von drei Monaten vor der von ihm abzugebenden Anzeige der Erfüllung dieser Strukturvoraussetzungen vorzuhalten hat, zu Diskussionen zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten, bis hin zu sozialgerichtlichen Verfahren.

Kernpunkt der Diskussion ist, dass die Abrechenbarkeit von Leistungen, die in diesem dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht worden sind, seitens der Kostenträger oftmals verneint und lediglich eine Abrechenbarkeit der ab dem Zeitpunkt der Anzeige erbrachten Leistungen anerkannt wird. Diese Auffassung verkennt, dass eine Vorhaltung der zur Abrechnung der neu aufzunehmenden Leistung erforderlichen Strukturmerkmale aus Sicht der Krankenhäuser nur dann möglich und wirtschaftlich vertretbar ist, wenn diese Strukturen auch eingesetzt werden. Nur, wenn ein Krankenhaus die Leistung, für deren Erbringung Strukturmerkmale vorzuhalten sind, schon im dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht hat und diese erbrachte Leistung auch gegenüber den Kostenträgern abgerechnet werden darf, handelt es wirtschaftlich im Sinne des § 1 Absatz 1 KHG. Diese Frage gewinnt zudem vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser immer stärkere Bedeutung, denn kein Krankenhaus kann es sich leisten, über einen Zeitraum von drei Monaten in der Regel kostenintensive Leistungen zu erbringen, ohne diese abrechnen zu dürfen.

Diese Problematik beruht auf der unklaren Formulierung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sowie dem dort enthaltenen Element des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Der Wortlaut des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V besagt lediglich, dass erbrachte Leistungen nach der Anzeige des Krankenhauses abgerechnet werden dürfen, beantwortet aber ebenso wenig wie die dazugehörige Gesetzesbegründung die Frage, ob auch die im dreimonatigen Vorhaltezeitraum vor der Anzeige erbrachten Leistungen des Krankenhauses von der Abrechnungsbefugnis mit umfasst werden. Krankenhäuser laufen somit Gefahr, dass sie für die erstmalige oder erneute Erbringung bestimmter Leistungen Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vorhalten müssen, ohne dafür einen entsprechenden Kostenersatz zu erhalten.

Diese Regelung ist nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht für Krankenhäuser nicht akzeptabel, sie ist auch gesetzessystematisch fraglich. In § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V finden sich für den Fall der Erbringung erstmalig vergütungsrelevanter Leistungen vergleichbare Sonderregelungen, allerdings ohne das

Erfordernis des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Es ist vielmehr ausreichend, dass das Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale ab dem Zeitpunkt der auch in Fällen der erstmalig vergütungsrelevanten Leistungen erforderlichen Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansieht. Ein sachlicher Grund, warum in den Fällen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die Strukturmerkmale schon über einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige vorzuhalten sind, ist nicht erkennbar.

Daher ist der dreimonatige Vorhaltezeitraum ersatzlos zu streichen und § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V vergleichbar zur Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V dahingehend zu ändern, dass auch im Falle der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die für die Erbringung der Leistung erforderlichen Strukturmerkmale vom Krankenhaus ab dem Zeitpunkt der Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsantrag ist der Anlage 1 zu entnehmen.

2 Anlagen



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**

