
Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG))

**des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft
für Medizincontrolling (DGfM)**

vom 21. August 2025

1. Zusammenfassung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) und dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-Anpassungsgesetz (KHAG) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Qualität, Transparenz und Steuerbarkeit der stationären Versorgung grundlegend zu verbessern. Die Reform beinhaltet zentrale strukturelle Eingriffe – darunter die Einführung von Leistungsgruppen, die Etablierung einer Vorhaltefinanzierung, ein bundeseinheitliches Transparenzverzeichnis sowie die sektorübergreifende Einführung von Hybrid-DRGs.

Die grundsätzlichen Zielsetzungen der Reform sind zu begrüßen. Der Fokus auf bedarfsgerechte Planung, qualitätsorientierte Steuerung und die Entkopplung von Vergütung und Fallzahl stellt einen notwendigen Paradigmenwechsel dar. Gleichzeitig offenbart die konkrete Ausgestaltung des KHAG in wesentlichen Punkten erheblichen Nachbesserungsbedarf.

Zentrale Regelungen bleiben unbestimmt und eröffnen weite Interpretationsspielräume – etwa bei der Auswahl konkurrierender Krankenhäuser (§ 109 SGB V) oder bei der Definition „zwingender Erforderlichkeit“. Die fehlende Synchronisierung zwischen Leistungsgruppenzuweisung, Vorhaltefinanzierung und MD-Prüfungen erzeugt rechtliche Unsicherheiten und gefährdet die Planbarkeit für Krankenhäuser und Länder. Der hohe bürokratische Aufwand droht insbesondere kleinere Häuser strukturell zu überfordern. Die geplante Einführung von Hybrid-DRGs ist aufgrund fehlender Kalkulationsgrundlagen nicht praktikabel und mit erheblichen Versorgungsrisiken verbunden.

Diese Stellungnahme identifiziert die normativen, praktischen und ökonomischen Schwächen des Reformpakets und formuliert konkrete, priorisierte Handlungsempfehlungen. Hierzu zählen u. a. die gesetzliche Präzisierung zentraler Auswahl- und Planungskriterien, ein realistisches Fristenmanagement, die Verschiebung der Hybrid-DRGs zugunsten pragmatischerer Übergangslösungen sowie die Einführung bundeseinheitlicher Prüfkriterien im Bereich des Medizinischen Dienstes.

Diese Stellungnahme soll aber auch aufzeigen, dass die Vorgaben für Verfügbarkeit des Personals, rein aus Sicht des Controllers nicht nachvollzogen werden können, zumal u.a die Statistik zum verfügbaren Arztpersonal der Bundesärztekammer nicht mit den Vorgaben zur Verfügbarkeit des Arztpersonals übereinght.

Eine erfolgreiche Krankenhausreform erfordert Klarheit, Kohärenz und Umsetzbarkeit. Die vorliegende Analyse zeigt, dass das KHAG in seiner jetzigen Fassung diese Voraussetzungen nur teilweise erfüllt – bietet aber zugleich konstruktive Wege zur notwendigen Nachjustierung.

2. Paragraphenbezogene Stellungnahme

2.1 § 109 SGB V – Versorgungsverträge

Die im KHAG-Entwurf vorgesehene Ergänzung des § 109 Abs. 3a SGB V enthält eine Klarstellung zu den Auswahlkriterien im Falle konkurrierender Bewerbungen um einen Versorgungsvertrag. Künftig sollen die maßgeblichen Qualitätskriterien explizit herangezogen werden dürfen, sofern mehrere Krankenhäuser die gesetzlichen Anforderungen für eine Leistungsgruppe erfüllen. Diese Änderung ist zu begrüßen, da sie die normative Grundlage für eine differenzierende Auswahlentscheidung durch die Landeskrankengesellschaft bzw. die zuständigen Landesbehörden schafft und so eine transparente Priorisierung nach qualitativen Gesichtspunkten ermöglicht.

Kritisch zu bewerten ist hingegen die gleichzeitige Einführung einer Ausnahmebestimmung, die es erlaubt, Versorgungsverträge auch mit solchen Einrichtungen abzuschließen, die die gesetzlichen Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllen, wenn dies „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich“ ist. Die Formulierung der „zwingenden Erforderlichkeit“ als unbestimmter Rechtsbegriff lässt einen weiten Auslegungsspielraum offen, zumal keine näheren Maßstäbe zur Bewertung des Versorgungsbedarfs oder zur Abgrenzung zulässiger Ermessensentscheidungen definiert sind.

Dies birgt die Gefahr einer uneinheitlichen Rechtsanwendung zwischen den Ländern und innerhalb einzelner Versorgungsgebiete. Insbesondere besteht die Möglichkeit, dass die gesetzlich intendierte Strukturverbesserung durch eine faktische Fortschreibung bestehender Versorgungsstrukturen unterlaufen wird, ohne dass dies auf objektivierbaren Bedarfskriterien

basiert. Zudem drohen hier Konflikte mit bereits zugewiesenen Leistungsgruppen anderer Träger, wenn eine abweichende Vergabep Praxis etabliert wird.

Empfehlung:

Die Voraussetzungen für den Rückgriff auf die Ausnahmeregelung sollten gesetzlich präzisiert werden. Insbesondere sollten:

- Justitiable Maßgaben zur Ermittlung eines zwingenden Versorgungsbedarfs definiert werden (z. B. anhand erreichbarer Entfernungen, Fahrzeiten gemäß § 136c Abs. 3 SGB V oder Versorgungskorridore),
- eine Begründungs- und Dokumentationspflicht der zuständigen Landesbehörden vorgesehen werden,
- und eine Beteiligung der betroffenen Krankenhausträger im Rahmen eines Anhörungsverfahrens gesetzlich normiert werden.

Diese Ergänzungen würden die Rechtsklarheit erhöhen und dem Transparenzgebot genügen.

2.2 § 135d SGB V – Transparenzverzeichnis / Bundes-Klinik-Atlas

Der § 135d SGB V sieht die verpflichtende Datenmeldung durch Krankenhäuser an ein bundesweites Transparenzverzeichnis („Bundes-Klinik-Atlas“) vor, das strukturierte Informationen über Leistungsangebote, Qualität und Ausstattung der Krankenhäuser öffentlich zugänglich machen soll. Der KHAG-Entwurf sieht vor, die bisherigen Übergangsregelungen zu streichen, womit das Transparenzverzeichnis dauerhaft in der derzeit geplanten Form weitergeführt würde.

Die Zielsetzung einer erhöhten Transparenz über das Leistungsgeschehen der stationären Versorgung ist grundsätzlich zu unterstützen. Jedoch ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern der Bundes-Klinik-Atlas in der vorgesehenen Ausgestaltung grundsätzlich einen Mehrwert gegenüber bestehenden Berichtssystemen (z. B. Qualitätsberichte gem. § 137 SGB V, Registerdaten nach § 21 KHEntgG, Veröffentlichungspflichten der Länder) bietet.

Bereits jetzt besteht ein erheblicher Aufwand für Krankenhäuser durch umfangreiche parallele Datenmeldungen an verschiedene Stellen, die zudem häufig divergierenden Anforderungen unterliegen. Die Einführung eines zusätzlichen, dauerhaft zu befüllenden Portals ohne erkennbare Reduktion bestehender Pflichten konterkariert das Ziel der Entbürokratisierung und belastet insbesondere kleinere Einrichtungen unverhältnismäßig. Auch die Gefahr redundanter oder inkonsistenter Daten steigt mit jeder weiteren Berichtsebene.

Empfehlung:

- Der Bundes-Klinik-Atlas sollte entweder mit bestehenden Berichtssystemen harmonisiert oder in diese vollständig integriert werden („One Data – One Use“-Prinzip).

- Die gesetzlichen Datenmeldungen nach § 135d SGB V sollten in Umfang und Frequenz auf das unbedingt Erforderliche beschränkt werden.
- Es ist zu prüfen, ob der Bundes-Klinik-Atlas in seiner gegenwärtigen Form überhaupt einen gesetzlichen Mehrwert bietet – eine Abschaffung oder zumindest radikale Reduktion des Systems wäre ein wirksamer Schritt zur Entbürokratisierung.

2.3 § 135e SGB V – Leistungsgruppen

Die Einführung von Leistungsgruppen (LG) als zentralem Steuerungsinstrument der stationären Versorgung ist ein Kernelement des KHVVG. Mit dem KHAG werden einzelne Punkte der bisherigen Regelung in § 135e SGB V ergänzt bzw. modifiziert.

Die praktische Umsetzung des Leistungsgruppensystems mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Der notwendige Nachweis der Qualitätsanforderungen (z. B. strukturelle Merkmale, personelle Ausstattung, apparative Infrastruktur) verursacht einen hohen Dokumentationsaufwand.

Dabei ist insbesondere die mit dem **Medizinforschungsgesetz** weiterhin bestehende (zu) umfangreiche Pflicht zur Personaldatendarstellung der Ärzte bezogen auf die Leistungsgruppen zu nennen. Seit dem 15.07.2024 sind die Arztzahlen in zwei Dateien des §21-Datensatzes darzustellen. In der Datei Arztqualifikation_Standort sind alle Personen, die gemäß § 2a der Bundesärzteordnung (BÄO) zum Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ befugt sind, sind, mit ihren Fachgebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen sowie Merkmalen zum Entgeltbereich, zum Beschäftigungsverhältnis, zum Stand der Facharztweiterbildungen sowie dem Anteil der Tätigkeit an der einmal zu zählen und die Arbeitszeit nach Inanspruchnahme ggf. auf verschiedene Fachabteilungen und Entgeltbereiche zu verteilen. Da gleichzeitig der zusätzliche Entgeltbereich ‚HYB‘ für Hybrid-DRGs in die Krankenhausstatistik aufgenommen wird, entstehen die ersten Konflikte bei der praktischen Umsetzung.

In der Kleinteiligkeit der Meldepflicht verbirgt sich neben der eigentlich erforderlichen Leistungserfassung der Arbeitstätigkeit pro Arzt am Patienten zugleich die Herausforderung, trotz einer retrospektiven Einordnung des Falls in der Gesamtschau aller Leistungsdaten durch den Leistungsgruppengrouper eine proaktive Fallsteuerung und Personalzuordnung zu gewährleisten.

In der praktischen Umsetzung ergaben sich weitere Detailfragen, die im Kosten.-Nutzenverhältnis des Normziels fragwürdig sind:

- Zwar ist zu begrüßen, dass die Anpassung der ärztlichen Tätigkeit entsprechend der überwiegenden tariflichen Regelungen auf 38,5 Wochenarbeitsstunden vorzunehmen ist. Ungeregt ist der Umgang mit Opt-out-Regelungen (48 Stunden = 120 Prozent ?) oder (bezahlte) Überstunden.

- Zur Interpretation des Begriffs der „unmittelbaren Patientenversorgung“ verweist das InEK auf die Krankenhausstatistik-Verordnung, in der dieser Begriff jedoch in keiner Weise erklärt oder verwendet wird.
- Bei medizinischer Forschung ist eine Abgrenzung oft nicht möglich, da sich Patientenversorgung und die Durchführung von Studien überschneiden.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der derzeit fehlenden Synchronisierung zwischen der Zuweisung der LG durch die Länder, der späteren Festlegung von Mindestvorhaltezahlen durch den G-BA und den MD-Prüfungen. Diese Entkopplung zeitlicher Abläufe führt zu Unsicherheiten in der Krankenhausplanung, im Personalmanagement und bei Investitionsentscheidungen.

Da die Regelungen im Medizinforschungsgesetz nicht aufgehoben sind, ist nach §21 KHEntgG das ärztliche Personal nach Leistungsgruppen zu dokumentieren, um diese Daten für den Bundes-Klinik-Atlas zu nutzen: „... die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und wenn vorhanden, der Schwerpunktbezeichnung, und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet jeweils auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach den Fachabteilungen des Standorts, ...“

Allein schon die fehlenden Vorgaben hinsichtlich der abzuziehenden Leitungsaufgaben, Lehrtätigkeiten etc. lassen unverhältnismäßig viel Spielraum bei der ärztlichen VZÄ zur Leistungsgruppe und zur unmittelbaren Patientenversorgung. Damit werden die Daten im Vergleich zwischen den Häusern unvergleichbar und es gibt ungleich mehr Interpretationsspielraum.

Nach den bisherigen Zeitvorgaben tritt das Gesetz im Frühjahr 2026 in Kraft und enthält angepasste Fristen wie im § 275a, wonach der MD spätestens zum 31.12.2025 zu beauftragen ist. Das jedoch grundsätzlich zunächst wirksam werdende KHVVG vom 12.12.2024 müsste an dieser Stelle ausgesetzt werden. In der Folge wären sonst 2 MD-Prüfungen in kürzester Zeit zu absolvieren, wobei inhaltlich divergierende Prüfungsbestandteile zu beachten sind.

Im noch nicht verabschiedeten **Haushaltsbegleitgesetz** ist festgehalten, dass die Hybrid-DRG-Fälle aus dem Vorhaltebudget ausgegliedert werden sollen. Aktuell sind weder die erweiterten Hybrid-DRG bekannt, noch deren Auswirkungen auf die Leistungsgruppen (s.u. ausführlich zu den Hybrid-DRG). Zugleich werden die Regelungen zu den Mindestvorhaltezahlen der Vorhaltefinanzierung verschoben. Andererseits besteht bereits die Antragsfrist für die Leistungsgruppen nach dem KHVVG und damit die Notwendigkeit, Strukturen zu schaffen oder zu sichern. Ob dies jedoch wirtschaftlich und umsetzungsbedingt tragfähig sein wird, wenn insbesondere kardiologische oder gastroenterologische Hybrid-Prozedurenschlüssel bis zu 2/3 bestimmter Leistungsgruppeninhalte inhaltlich im Ambulantisierungsansatz betreffen, ist aktuell in einer Auswirkungsanalyse nicht möglich. Im

Kontext zu den hohen strukturellen Vorgaben in Bezug auf den vorgesehenen Personalschlüssel in spezifischen Leistungsgruppen ist ökonomisch absehbar, dass diese Leistungsgruppen perspektivisch nicht auskömmlich finanziert werden können.

Durch die Überregulation und Kleinteiligkeit der Dokumentations- und Nachweispflichten im Personalschlüssel entsteht ein weiterer Bürokratieaufbau, dessen Kosten nicht gegenfinanziert werden.

Empfehlung:

- Klarstellung, dass die Dokumentationspflicht des ärztlichen Dienstes nach Leistungsgruppen für den Bundesklinik-Atlas entsprechend der Regelungen des Medizinforschungsgesetzes entfällt.
- Einführung eines kohärenten Fristenmanagements, etwa durch ein Omnibusgesetz, das realistische Übergangsfristen für Leistungsgruppenzuweisungen, Mindestvorhaltezahlen und Prüfverfahren festlegt.
- Reduktion der Nachweispflichten, insbesondere dort, wo gleichlautende Informationen bereits über andere Berichtssysteme zur Verfügung stehen
- Praxistaugliche Auswirkungsanalysen auf die Leistungsgruppenmengen unter Einbeziehung der Hybrid-Entwicklungen
- Beachtung der Auskömmlichkeit der um Hybrid-DRG reduzierten Leistungsgruppen in Bezug auf den Facharztschlüssel insbesondere in der Kardiologie

2.4 § 135f SGB V – Mindestvorhaltezahlen

Mit § 135f SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit erhalten, Mindestvorhaltezahlen für jede Leistungsgruppe verbindlich festzulegen. Diese Maßnahme ist grundsätzlich geeignet, eine bedarfsorientierte und qualitätsgesicherte Zuweisung von Leistungsgruppen zu unterstützen.

Allerdings bestehen erhebliche Bedenken gegen das gegenwärtige Verfahren: Die LG-Zuweisungen durch die Länder sollen erfolgen, bevor die Mindestvorhaltezahlen bekannt und veröffentlicht sind. Dies birgt das Risiko, dass Zuweisungen im Nachhinein korrigiert oder entzogen werden müssen, wenn sich herausstellt, dass die MVHZ nicht erfüllt werden können. Durch die Überregulation und Kleinteiligkeit der Dokumentations- und Nachweispflichten im Personalschlüssel entsteht ein weiterer Bürokratieaufbau, dessen Kosten nicht gegenfinanziert werden.

Empfehlung:

- Die Mindestvorhaltezahlen sollten vor der endgültigen LG-Zuweisung veröffentlicht werden.

- Alternativ sollte eine gesetzliche Öffnungsklausel geschaffen werden, die es den Ländern erlaubt, bereits erteilte Zuweisungen innerhalb eines befristeten Zeitraums anzupassen, sobald die MVHZ vorliegen.
- Ergänzend sollten Ausnahmen in begründeten Einzelfällen zulässig sein, insbesondere bei bestehender Versorgungslast und Versorgungsnotwendigkeit.

2.5 § 136c SGB V – Onkochirurgie

Die in § 136c Abs. 3 SGB V normierten Anforderungen zur Zuweisung der Leistungsgruppe „Onkochirurgie“ sehen eine zwingende Bindung an Mindestfallzahlen vor. Der Referentenentwurf des KHAG beabsichtigt, die bisherige starre Regelung um Ausnahmen zu ergänzen und so mehr Flexibilität in der Umsetzung zu ermöglichen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl verbleiben grundlegende systemische Bedenken hinsichtlich der methodischen und strukturellen Ausgestaltung der Regelung.

Insbesondere besteht die Gefahr einer übermäßigen Zentralisierung onkochirurgischer Leistungen in wenigen Großzentren, während gleichzeitig die onkologische Versorgung in der Fläche – etwa durch gut qualifizierte Fachabteilungen in kleineren Krankenhäusern – strukturell zurückgedrängt wird. Diese Dynamik kann in unterversorgten Regionen zu Versorgungsdefiziten führen, insbesondere wenn weitere Entfernungen für vulnerable Patientengruppen mit reduziertem Mobilitätsgrad entstehen.

Die Kriterien, die zur Festlegung führen, ab wann eine „bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen“ nicht mehr gegeben ist, wird nicht hinreichend definiert. Es besteht daher latent die Gefahr der Unterversorgung von Regionen bzw. der Aufbau von Wartelisten, die bei malignen Erkrankungen streng zu vermeiden sind, da sonst das möglicherweise verschlechterte Outcome der Patienten durch Wartezeiten die Bestrebungen des Gesetzgebers zur Erreichung einer höheren Behandlungsqualität konterkariert.

Im Weiteren werden auch keine Ausnahmetatbestände benannt. Dies können beispielsweise Notfälle sein, die nicht in ein Klinikum verlegt werden konnten, die nicht unter die 15% Regel fallen. Weitere Ausnahmetatbestände wären Patienten, bei denen die Karzinome Zufallsbefunde darstellen, die im Vorhinein nicht bekannt waren.

Für die initial betroffenen KH gibt es keine Möglichkeit, durch den Aufbau einer spezifischen Expertise und Struktur (Beispiel Darmzentrum, Darmkrebszentrum etc.) sich in eine Region hinzubewegen, um über die unteren 15% zu gelangen. In den Mindestmengenregelungen gibt es solche Zugangsmöglichkeiten.

Weiterhin sollten weitere Zyklen des Abschneidens der unteren 15% in der Zukunft vermieden werden, um eine übermäßige Konzentration auf sehr wenige Zentren zu vermeiden. Aufgrund der demographischen Alterung werden viele Entitäten in Zukunft noch zunehmen. Eine zu große Verknappung an Krankenhäuser mit der ‚Erlaubnis‘ einer Erbringung der Onkochirurgie

wird sich als Hindernis in der Ausbildung von onkologischen Chirurgen für die Zukunft erweisen, da ohne die onkologische Chirurgie viele Häuser zumindest Teile ihrer Weiterbildungsermächtigung verlieren werden.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Fortschritte in der minimal-invasiven und endoskopischen Chirurgie eine generelle Rückläufigkeit klassischer Fallzahlen bedingen können, ohne dass dies notwendigerweise einen Qualitätsverlust indiziert. Die Reduktion operativer Interventionen aufgrund alternativer Therapieverfahren oder verbesserter Präventionsstrukturen darf nicht dazu führen, dass chirurgische Kompetenzstandorte ihre Zuweisungen verlieren.

Aktuell bestehen zwei unterschiedliche Mechanismen, um die Versorgung von onkologischer Expertise zu konzentrieren. Durch eine harte 15%-Schwelle werden die Fallzahlen, ab denen Onkochirurgie noch oder eben nicht mehr gestattet ist, mutmaßlich von Bundesland zu Bundesland differieren. Konstellationen, bei den Mindestmengen vielleicht noch erreicht werden, aber die 15% nicht oder umgekehrt, sollten vermieden werden. Landesgrenzenüberschreitende Planungen sind dabei zusätzlich geboten, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Empfehlung:

- Die gesetzliche Norm sollte dem G-BA ausdrücklich die Möglichkeit einräumen, differenzierte Ausnahmen von Mindestfallzahlen zu beschließen, wenn gleichwertige Qualitätsindikatoren (z. B. Ergebnisqualität, Komplikationsraten, technische Ausstattung, fachärztliche Expertise) vorliegen.
- Fachgesellschaften und wissenschaftliche Fachverbände sollten systematisch in die Definition, Weiterentwicklung und Evaluation der Anforderungen eingebunden werden.
- Es sollten regelmäßige Folgenabschätzungen zur Zentralisierung und zur flächendeckenden Versorgungslage gesetzlich vorgesehen werden.
- Die Vorgaben der onkochirurgischen Weiterbildungsermächtigung sind perspektivisch zu beachten, sofern weitere Zyklen der Anpassung von Mindestvorhaltezahlen vorgesehen werden.

2.6 Hybrid-DRGs

Die Einführung sektorenübergreifender Hybrid-DRGs zählt zu den ambitioniertesten Maßnahmen der Krankenhausreform. Ziel ist es, stationäre und ambulante Leistungen gleichermaßen zu vergüten, um Fehlanreize abzubauen und eine bedarfsgerechte Steuerung zu ermöglichen. Derzeit ist vorgesehen, 115 Prozeduren ab dem Jahr 2026 im Rahmen einer Hybrid-DRG-Systematik abzubilden.

Zu den im Jahr 2025 bestehenden 575 OPS-Kodes sollen 106 hinzugefügt werden. Gesetzliche Zielvorgabe für das Jahr 2026 ist eine Überführung von 1 Million bisher stationär behandelte Fälle in Hybrid- DRGs. Tatsächlich weisen 2,6 Millionen Fälle im Datensatz des Destatis aus dem Jahr 2023 einen OPS aus dem Vorschlagskatalog auf. Hierbei sind weder die Liegezeit, die Hauptdiagnose, die Altersstruktur oder Schweregrad- und/oder liegezeitverlängernde Umstände bekannt. Auch weitere operative Leistungen in einem Behandlungsfall wurden nicht berücksichtigt. Trotz dieser Komplexität soll das INEK innerhalb kürzester Fristen eine juristisch belastbare und substantiierte Berechnung sowohl des Hybrid-Systems als auch des anzupassenden DRG-Systems leisten. Auch dies ist objektiv absolut unmöglich.

Die Umsetzung dieses Vorhabens in der vorgesehenen Form wirft jedoch erhebliche methodische, rechtliche und wirtschaftliche Fragen auf. Nach aktuellem Stand existiert keine valide Kalkulationsgrundlage, da die entsprechenden Daten zu Kosten, Strukturparametern und Behandlungsverläufen weder in der ambulanten noch in der stationären Versorgung in der benötigten Detailtiefe vorliegen. Dies erschwert eine sachgerechte Bewertung des Leistungsaufwands und gefährdet die Finanzierungsneutralität.

Darüber hinaus besteht das Risiko, dass Krankenhäuser – insbesondere in ländlichen Regionen – gravierende Erlöseinbußen erleiden, wenn Leistungen, die bislang stationär erbracht und vergütet wurden, künftig in ein pauschalisiertes System mit ambulantem Charakter überführt werden. In Kombination mit den bestehenden Vorhaltekosten und Dokumentationspflichten droht eine wirtschaftliche Schieflage. Besonders problematisch ist dies für Fachdisziplinen wie Kardiologie, Gastroenterologie, Augenheilkunde, Urologie oder Orthopädie, die einen hohen Anteil an potentiell „ambulantisierbaren“ Leistungen erbringen. Als Beispiel sei hier die LG EPU/Ablation zu nennen, aus der aktuell 75% der Kernleistung zur Aufnahme in den Hybridkatalog vorgesehen ist.

Zudem ist eine Patientengefährdung durch ökonomisch motivierte Verlagerungsentscheidungen nicht auszuschließen. Bei unzureichender Risikoadjustierung oder fehlenden Aufnahmestrukturen für Folgekomplikationen könnte es zu medizinisch inadäquaten Entscheidungen kommen.

Empfehlung:

- Die Einführung der Hybrid-DRGs sollte bis zur Verfügbarkeit valider Kalkulationsdaten und klarer Qualitätsparameter ausgesetzt werden.
- Stattdessen sollte das bestehende Kurzlieger-System im DRG-Katalog weiterentwickelt werden, z. B. durch differenzierte Aufnahmetagepauschalen mit flexiblen Zusatzentgelten.
- Das Belegarztsystem kann in seiner Struktur gestärkt werden, um ambulante Versorgungskonzepte im Rahmen stationärer Infrastrukturen effizienter zu nutzen.
- Eine gesetzliche Regelung sollte sicherstellen, dass Hybrid-DRGs keine untergesetzlich determinierten Sparmechanismen darstellen, sondern in erster Linie patienten- und qualitätsorientiert ausgestaltet werden.

2.7 Vorhaltefinanzierung (§ 6a KHG, § 6b KHEntgG)

Die Einführung der Vorhaltefinanzierung nach §§ 6a KHG und 6b KHEntgG stellt einen Paradigmenwechsel im Finanzierungssystem dar. Die Abkehr von der ausschließlichen Fallzahlorientierung ist sachlich gerechtfertigt und grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl bestehen substantielle Risiken in der derzeitigen Ausgestaltung, die die Zielerreichung gefährden könnten.

Aktuell ist unklar, wie sich die Vorhaltevergütung konkret auf die einzelnen Leistungsgruppen und Fachgebiete auswirkt. Besonders pflegeintensive Bereiche wie die Pädiatrie, die Geriatrie oder die Palliativmedizin sind strukturell benachteiligt, da die Kriterien der Vorhaltefinanzierung (z. B. Bezug auf technische Ausstattung, Facharztdichte, Infrastruktur) stärker auf andere akutmedizinische Fächer zugeschnitten sind. Es droht eine indirekte Mittelverlagerung zulasten dieser Versorgungsbereiche.

Darüber hinaus fehlt es bislang an belastbaren Planungs- und Berechnungsgrundlagen für die Budgetbildung auf Einrichtungsebene. Die fehlende Verlässlichkeit beeinträchtigt Personalentscheidungen, Investitionsplanungen und Kooperationsstrategien. Die derzeitige „budgetneutrale Phase“ nach § 6b Abs. 6 KHEntgG wird dem Planungsbedarf in der Umsetzungsphase nicht gerecht.

Empfehlung:

- Die Verteilungsmechanismen der Vorhaltefinanzierung sollten differenzierter ausgestaltet und insbesondere auf die Bedarfe von Pädiatrie, Geriatrie und ähnlichen Fachgebieten abgestimmt werden.
- Für die Übergangszeit sollte eine gesetzlich definierte Interimslösung vorgesehen werden, die planungssichere Vorhaltebudgets auf Basis historischer Daten ermöglicht.
- Die budgetneutrale Phase sollte verlängert werden, bis die Vorhaltefinanzierung vollständig implementiert und rechtssicher ausgestaltet ist.
- Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber eine Evaluierungspflicht verankern, um die Auswirkungen auf Personalstruktur, Leistungsumfang und regionale Versorgungslage zu überwachen.

2.8 § 275a SGB V – MD-Prüfungen

Mit dem § 275a SGB V werden die Modalitäten für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes (MD) geregelt, insbesondere im Zusammenhang mit Strukturprüfungen, Leistungsgruppenzuweisungen und Qualitätssicherung. Die Fristen für Prüfaufträge wurden im KHAG-Entwurf dahingehend ergänzt, dass sie vor Inkrafttreten des Gesetzes durch die Länder beauftragt werden müssen.

Dies führt zu erheblichen praktischen und rechtlichen Problemen: Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens sind in vielen Ländern weder die vollständige Krankenhausplanung abgeschlossen noch die finalen Kriterien der Leistungsgruppen oder Vorhalteparameter festgelegt.

Eine Beauftragung des MD auf unsicherer Rechtsgrundlage ohne bundeseinheitliche Prüfvorgaben birgt erhebliche Risiken fehlerhafter oder anfechtbarer Bescheide. Zudem wird den Ländern faktisch die Möglichkeit genommen, im Lichte der finalen Gesetzeslage sachgerechte und abgestimmte Prüfbeauftragungen zu erteilen.

Empfehlung:

- Die gesetzliche Frist zur MD-Beauftragung sollte auf mindestens sechs Monate nach Inkrafttreten des KHAG verlängert werden.
- Alternativ könnte eine stufenweise Beauftragung in Abhängigkeit vom Stand der jeweiligen Landeskrankenhausplanung ermöglicht werden.
- Darüber hinaus sollte ein bundeseinheitliches Rahmenkonzept zur Prüfbeauftragung durch die Länder etabliert werden, um Widersprüche und divergierende Verfahren zu vermeiden.

2.9 Transformationsfonds (§§ 12, 12a KHG)

Der Transformationsfonds wurde im Zuge des KHVG geschaffen, um krankenhaushausstrukturelle Veränderungen (z. B. Fusionen, Standortverlagerungen, Neustrukturierungen) durch Bundesmittel zu fördern. Mit dem KHAG sollen u. a. zusätzliche Mittel des Bundeshaushalts bereitgestellt und die Verfahren zur Mittelvergabe neu geregelt werden. Die Aufstockung auf bis zu 25 Mrd. € über den Bund ist ausdrücklich zu begrüßen, da sie die GKV entlastet und dem Transformationsprozess größere finanzielle Stabilität verleiht.

Kritisch zu bewerten ist jedoch die bislang unzureichende Definition der Förderkriterien. Die Gefahr besteht, dass vor allem größere Träger mit professionellen Planungsstrukturen profitieren, während kleinere Krankenhäuser ohne entsprechende Antragskapazitäten systematisch benachteiligt werden. Auch eine einseitige Förderung von Fusionen ohne gleichzeitige Sicherstellung der Versorgung in der Fläche wäre kontraproduktiv.

Empfehlung:

- Die Förderkriterien des Transformationsfonds sollten gesetzlich konkretisiert werden.
- Es sollte ein Mindestanteil für strukturelle Einrichtungen im ländlichen Raum festgelegt werden.
- Die Vergabeentscheidungen sollten transparent dokumentiert und in einer zentralen Datenbank öffentlich einsehbar sein.
- Fördermittel sollten auch für investive Zwischenlösungen (z. B. temporäre Schließungen, Teilsanierungen, Interimbetrieb) nutzbar gemacht werden.

2.10 Digitalisierung / MD-Bund (§ 283 SGB V)

Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 SGB V) in Fragen der Digitalisierung und Qualitätssicherung ist grundsätzlich sinnvoll. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass es in der Praxis zu einer erheblichen Rechtszersplitterung durch unterschiedliche Auslegungen zwischen Landes-MD kommt.

Die Möglichkeit, bundesweit einheitliche Prüfkriterien im Rahmen gesetzlicher Vorgaben festzulegen, stellt daher eine wichtige Chance dar, um den Aufwand für Krankenhäuser zu reduzieren und Rechtsklarheit herzustellen.

Empfehlung:

- Die Bundesregierung sollte im Rahmen von § 283 SGB V eine Rechtsverordnung erlassen, die bundeseinheitliche Prüfkriterien für alle MD festlegt.
- Dabei sollte eine enge Beteiligung von Krankenhausgesellschaften, Fachgesellschaften und Bundesländern sichergestellt werden.
- Ziel muss eine digital unterstützte, transparente und revisionssichere Prüfsystematik sein, die sowohl Qualität sichert als auch Bürokratie abbaut.

2.11 Fixkostendegressionsabschlag und Vereinbarung Erlösbudget (§ 4 KHEntG)

Die Verschiebung der Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags ist kontraproduktiv. Im Rahmen von zeitnah anzustrebenden Spezialisierungs- und Konzentrationsmaßnahmen mit entsprechender Mehrleistung führt die späte Abschaffung zur Bestrafung der Krankenhäuser und Verbünde, welche proaktiv Veränderungsprozesse anstreben.

In der Kombination mit einer gleichzeitigen Absenkung der Erlöse bei der zunehmenden Zahl an Hybrid-DRGs bis auf das Niveau der ambulanten OPs, einer ab 2027 weiterhin bestehenden Inflationslücke von ca. 4% der Landesbasisfallwerte sowie Leistungsrückgänge durch neue Planungssystematiken entsteht kein Anreiz für Kliniken zur Systemumstellung. Gleichzeitig werden in Folge der Überdefinition von Strukturmerkmalen, insbesondere in den von der „Hybridisierung“ betroffenen Leistungsgruppen, die Kosten der Vorhalteleistungen weiter steigen.

Empfehlung:

- Zeitnahe Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags
- Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen ohne Abschlag im Rahmen der Budgetverhandlungen insbesondere bei Konzentrations- und Fusionsprojekten

2.12 Fehlende Auswirkungs- und Umsetzbarkeitsanalyse (§ 6b KHEntG)

Die multidimensionalen und multifaktoriellen Änderungen des KHVVG und KHAG bewirken eine Kapazitätsreduktion von Leistungen. Wie stark diese Änderungen wirken und ob überhaupt eine Praktikabilität besteht, wurde nicht untersucht. Insofern ist gerade mit Blick auf die Nachhaltigkeit der Strukturreformen unter Einbeziehung des Demographiefaktors eine Machbarkeits- und Auswirkungsanalyse nicht nur bezogen auf die Finanzierung und den Fachkräftemangel, sondern auch Bevölkerungsentwicklung und Entwicklung von Krankheitsfällen dringend angezeigt.

2.13 Anmerkungen zu den Qualitätsvorgaben der LG (Anlage 1)

Die aktuellen Vorgaben zur Personalausstattung sind zwingend noch zu überdenken, auf Umsetzbarkeit zu prüfen und nachzurechnen. Grundsätzlich wird empfohlen, ein Vollzeitäquivalent auf mehrere LG vollwertig anzurechnen, da in der Regel ein Facharzt in mehreren Leistungsgruppen tätig wird, welche sich auch gegenseitig bedienen.

Am Beispiel der Kardiologie zeigt sich die Erforderlichkeit der kritischen Evaluation der Umsetzbarkeit und des Wortlauts der Regelung:

Das vorhandene Arztpersonal in Deutschland umfasst derzeit zum Beispiel in Deutschland gerade einmal 4.898 kardiologische Fachärzte (Anzahl Köpfe) im stationären Bereich. Nicht berücksichtigt dabei sind das Anstellungsverhältnis in VZÄ, Erziehungszeiten oder Mutterschutz, Langzeiterkrankungen, der Anteil der leitenden Ärzte und anderer Nebentätigkeiten wie z.B. Lehraufträge.

a) Minimalwert bei strenger Auslegung am Wortlaut:

Werden abstrakt die 3 Leistungsgruppen der Kardiologie (LG 10, 11, 12) plausibilisiert, sind normativ in der Verfügbarkeit insgesamt 5 VZÄ *Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie*, „mindestens Rufdienst: jederzeit“ gefordert. Aus dem Wortlaut ist nicht ersichtlich, inwieweit ein Facharzt alle drei Leistungsgruppen erbringen darf oder ob alle Ärzte im Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung stehen müssen. Das bedeutet angesichts der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu den Strukturmerkmalen, dass eine Auslegung nach Wortlaut vorzunehmen ist, d.h. die strenge Bindung an den aktuellen Gesetzestextentwurf bedeutet, dass immer 5 Fachärzte für 24 Stunden, an 7 Tagen in der Woche zur Verfügung stehen.

Zu berücksichtigen ist nun, dass pro Kopf arbeitsrechtlich/tarifrechtlich maximal 13 Tage Rufbereitschaft pro Monat geleistet werden dürfen. D.h. bei 30 Tagen im Monat sind demnach 150 Rufbereitschaftsdienste (5 Personen x mindestens 30 Tage) zu leisten. Regulär dürfen 65 Rufbereitschaftsdienste mit 5 VZÄ angeordnet werden (5 Personen x 13 Tage = 65 Rufbereitschaftsdienste). Verbleiben weiterhin zu besetzende 85 Rufbereitschaftsdienste. Dies erfordert bei maximal 13 erlaubten Diensten zusätzlich 6,5 Köpfe. Insgesamt also 11,5

Köpfe. Hinzu kommen 0,3 VZÄ pro Stelle für Urlaub/Krankheit, Ausfallzeit. Somit bedeutet es additiv noch 1,5 VK dazu.

Im Ergebnis würde die strenge normative Auslegung ohne Anrechnungen anderer Leistungsgruppen zu nachzuweisenden 13 VZÄ in Universitätskliniken und Maximalversorgern führen. Rein mathematisch führt dies im Ergebnis zu maximal 370 „Vollleistungsstandorten“. Weitere Kardiologien mit Teilversorgungsleistungen, etwa ohne die Leistungsgruppe 10 (EPU), wären rechnerisch nicht möglich.

b) Maximaler Wert - Anrechnungsansatz

Eine weitere Auslegung zur Personalbedarfsberechnung wäre der Anrechnungsansatz bei einem Vollleistungsversorger mit allen 3 kardiologischen Leistungsgruppen.

Pro LG sind danach folgende Mindestbesetzungen an FÄ notwendig:

- LG 10: 3 FÄ
- LG 11: 5 FÄ
- LG 12: 3 FÄ

Im Anrechnungsansatz für verwandte Leistungsgruppen, der ausdrücklich gesetzlich zu normieren ist, könnten vorliegend die Ärzte in allen 3 Leistungsgruppen als vollumfänglich anzurechnendes VZÄ geführt werden. Vorliegend wäre mithin die Vorgabe der Leistungsgruppe 11, also 5 VZÄ führend. Im Rufbereitschaftsdienst wäre dann ein Facharzt für alle drei Leistungsgruppen zuständig.

Unter Berücksichtigung der Ausfallzeiten bedarf es dann strukturell mindestens des Nachweises von 6,5 Fachärzten an einem Vollleistungsstandort.

Dies würde bedeuten, dass bei 4.898 Fachärzten rechnerisch rund 700 kardiologische Standorte verbleiben würden.

Ähnlich verhält es sich in verwandten Leistungsgruppen wie beispielsweise der Orthopädie und Unfallchirurgie.

c) Berücksichtigung der Ergebnisse des Leistungsgruppengroupers – LG 01 Allgemeine Leistungsgruppe

Im Rahmen der Prüfung der Ergebnisse des Leistungsgruppengroupers des InEK zeigt sich, dass kardiologische Leistungen aus Kliniken mit umfassender Leistungserbringung in bis zu 40 % in die Allgemeine Leistungsgruppe Innere Medizin fallen können.

Verteilung der Leistungsgruppen bei der Implantation von Herzschrittmachern

je nach Zuordnung im Definitionshandbuch des InEK)

- LG001F Allgemeine Innere Medizin
- LG010 EPU/Ablation
- LG011 Interventionelle Kardiologie
- LG012 Kardiale Devices

Da die Personalvorhaltung der Allgemeinen Leistungsgruppen die Anrechnung in den speziellen Leistungsgruppen exkludiert, ist aus Sicht der Praxis fraglich, wie aus der ex ante-Sicht des behandelnden Arztes die zielgenaue Zuordnung ex post erreicht werden kann

d) Erforderliche Bedarfsberechnung als Gegenprobe

Im Folgeschritt wäre im Rahmen der Auswirkungsanalyse die Gegenprobe vorzunehmen, d.h. zu prüfen, in welcher Häufigkeit die zu behandelnden Krankheitsbilder derzeit auftreten und welchen Kapazitätsbedarf diese unter Berücksichtigung der Demographieentwicklung erfordern. Nicht berücksichtigt wurde bislang in der Diskussion, wie viele Leistungen pro Standort und pro VZÄ überhaupt erbringbar sind, ob die vorhandenen Kapazitäten am Standort überhaupt ausreichen können und ob bei der zukünftigen Entwicklung der Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen die Bedarfe abgedeckt werden.

Empfehlung:

- Konkretisierung der auslegungs- und interpretationsanfälligen Formulierung (... Fachärzte, *in Rufbereitschaft: jederzeit*) in den Anlagen
- Vermeidung von Interpretationsspielräumen durch Klarstellung der Anrechenbarkeit des Umfangs der VZÄ in verwandten Leistungsgruppen in den Anlagen
- Auswirkungs-, Bedarfs- und Kapazitätsanalyse

3. Risiken und Chancen im Überblick

Die mit dem KHAG verfolgten gesetzgeberischen Ziele greifen tief in das Gefüge der stationären Gesundheitsversorgung ein. Sie zielen auf eine strukturelle Neuordnung der Krankenhauslandschaft, die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit sowie eine nachhaltige Finanzierung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und sich wandelnder Morbiditätsmuster. Der Entwurf des KHAG eröffnet dabei zweifellos Chancen – birgt jedoch zugleich nicht unerhebliche Risiken für Krankenhäuser, Kostenträger und Patientinnen und Patienten.

3.1 Chancen

a) Strukturierte Planung und Qualitätsfokussierung:

Die verbindliche Zuweisung von Leistungsgruppen und die daran geknüpfte Vorhaltefinanzierung ermöglichen erstmals eine bundesweit einheitliche, an

Qualitätsmerkmalen orientierte Steuerung der Krankenhausplanung. Dies kann dazu beitragen, Doppelstrukturen abzubauen, Unterversorgung zu vermeiden und Spezialisierungen gezielter zu fördern.

b) Sektorenübergreifende Versorgung:

Die angestrebte Verzahnung von stationären und ambulanten Leistungsbereichen, insbesondere durch Hybrid-DRGs, adressiert langjährige Systembrüche. Bei konsequenter Umsetzung könnten dadurch Behandlungspfade patientenzentrierter und effizienter ausgestaltet werden – vorausgesetzt, die Vergütungssystematik bildet den tatsächlichen Aufwand sachgerecht ab.

c) Entlastung der GKV durch Transformationsfonds:

Die vorgesehene Übernahme von bis zu 25 Mrd. € durch den Bundeshaushalt entlastet nicht nur die Beitragszahlerinnen und -zahler, sondern erhöht auch die politische Steuerungskompetenz im Transformationsprozess. Eine gezielte Mittelvergabe kann insbesondere in strukturschwachen Regionen dringend benötigte Investitionen auslösen.

d) Transparenz als Steuerungsinstrument:

Ein einheitliches Transparenzverzeichnis kann – bei inhaltlich sinnvoller Ausgestaltung – das Vertrauen der Bevölkerung stärken, den Wettbewerb um Qualität fördern und zugleich eine objektive Grundlage für politische Entscheidungen liefern.

3.2 Risiken

a) Überregulierung und Bürokratielast:

Die Vielzahl neuer Berichtspflichten, Prüfroutinen, Meldeprozesse und Fristen erzeugt eine erhebliche operative Belastung. Gerade kleinere Einrichtungen mit begrenzten Verwaltungsressourcen laufen Gefahr, an der Komplexität der Regulierung zu scheitern. Ohne gezielte Entlastungsmaßnahmen wird das Reformziel der Effizienzsteigerung verfehlt.

b) Rechtsunsicherheit und Planungsrisiken:

Zentrale Begriffe – wie die „zwingende Erforderlichkeit“ bei Ausnahmen von Qualitätskriterien (§ 109 SGB V) oder die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V) – bleiben unbestimmt. Die fehlende Synchronisierung zwischen LG-Zuweisung, Strukturprüfungen und Finanzierung erhöht das Risiko widersprüchlicher Entscheidungen und erschwert die langfristige Planung.

c) Fehlanreize bei Hybrid-DRGs:

Bei unzureichender Kalkulationsbasis besteht die Gefahr, dass medizinisch komplexe stationäre Leistungen wirtschaftlich unterfinanziert werden, während ambulant durchgeführte Prozeduren mit erheblichen Vorhaltekosten belastet sind. Dies könnte zu sachlich nicht gerechtfertigten Ambulantisierungsentscheidungen und damit zu Qualitätsverlusten führen.

d) Ungleichbehandlung bei Fördermitteln:

Ohne transparente Kriterien besteht die Gefahr, dass Mittel des Transformationsfonds vor allem größeren Trägerstrukturen mit hoher Planungs- und Antragskompetenz zufließen, während kleinere Häuser strukturell benachteiligt werden. Dies würde nicht nur dem Gleichbehandlungsgebot widersprechen, sondern auch die flächendeckende Versorgung gefährden.

e) Fragmentierung der MD-Prüfpraxis:

Sollte es nicht gelingen, bundeseinheitliche Prüfkriterien zu etablieren, ist mit einer fortbestehenden Rechtszersplitterung in der Anwendungspraxis der MD zu rechnen. Dies konterkariert das Ziel einer einheitlichen Qualitätssteuerung und führt zu erhöhtem Konfliktpotenzial in der Abrechnungsprüfung.

3.3 Bewertung im Lichte der Reformziele

Insgesamt kann das KHAG einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der Krankenhausreform leisten – jedoch nur, wenn die genannten Risiken in der weiteren Gesetzgebungsarbeit aktiv adressiert werden. Die Vermeidung von Überkomplexität, die Sicherstellung von Rechtsklarheit, die flächendeckende Tragfähigkeit der Finanzierung und die Gleichbehandlung aller Akteure sind unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen der Reform.

Die im nächsten Kapitel dargestellten **Handlungsempfehlungen** leiten sich aus dieser Abwägung ab und sollen dem Gesetzgeber praktikable Optionen für eine Nachjustierung bieten.

4. Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der vorstehenden Analyse ergeben sich konkrete Empfehlungen an den Gesetzgeber, um die Krankenhausreform im Rahmen des KHAG und des KHVVG zielgerichtet, praxistauglich und rechtssicher zu gestalten. Die nachfolgenden Vorschläge sind differenziert auf einzelne Regelungsbereiche bezogen, berücksichtigen jedoch zugleich die systemische Gesamtwirkung der Reform.

4.1 Definition rechtssicherer Auswahl- und Ausnahmeverfahren

Die Auswahlkriterien für Versorgungsverträge bei konkurrierenden Leistungsanbietern nach § 109 Abs. 3a SGB V sollten gesetzlich weiter konkretisiert werden, insbesondere durch:

- eine Definition der maßgeblichen Qualitätskriterien,
- ein standardisiertes Verfahren zur Bewertung konkurrierender Bewerbungen
- sowie eine verpflichtende Anhörung der betroffenen Leistungserbringer.

Gleichzeitig sollten Ausnahmen bei „zwingender Erforderlichkeit“ an objektivierbare Kriterien (z. B. Einwohnerdichte, Fahrzeiten, Versorgungslasten) geknüpft werden. Ohne diese Präzisierungen besteht die Gefahr einer intransparenten und politisch beeinflussten Krankenhausplanung.

4.2 Einführung eines realistischen Fristen- und Übergangsmanagements

Die zeitliche Entkopplung von LG-Zuweisung (§ 135e SGB V), Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V) und MD-Prüfungen (§ 275a SGB V) führt zu erheblichen Planungsunsicherheiten.

Empfohlen wird:

- ein gesetzlich normierter Zeitplan mit abgestimmten Stichtagen
- die Möglichkeit einer rückwirkenden oder flexiblen Anpassung bereits erteilter LG-Zuweisungen bei nachträglicher Änderung der MVHZ,
- eine Fristverlängerung für MD-Beauftragungen auf mindestens sechs Monate nach Inkrafttreten des KHAG.

4.3 Radikale Entbürokratisierung beim Transparenzverzeichnis

Das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V sollte nur dann fortgeführt werden, wenn es mit bestehenden Berichtssystemen vollständig harmonisiert werden kann. Folgende Schritte sind erforderlich:

- Prüfung einer Integration in bestehende Berichtsinfrastrukturen (z. B. § 137 SGB V),

- Abschaffung doppelter Meldepflichten („One-Stop“-Prinzip),
- klare Reduktion des Umfangs und der Frequenz der Datenmeldung.

Ein Fortbestand des Klinik-Atlas in der derzeit geplanten Form sollte kritisch hinterfragt werden.

4.4 Aussetzung und Neuausrichtung der Hybrid-DRGs

Die Einführung der Hybrid-DRGs sollte gestoppt und neu justiert werden:

- Entwicklung eines belastbaren Kalkulationsmodells auf Basis strukturierter Daten,
- Stufenweise Einführung nach Fachdisziplinen und Versorgungsregionen,
- Integration der Belegarztstrukturen als Brückenlösung,
- rechtliche Absicherung einer ambulanten Leistungserbringung in stationärer Umgebung, etwa über § 39 SGB V.

4.5 Stärkung der Vorhaltefinanzierung unter Einbezug pflegeintensiver Fächer

Die Vorhaltefinanzierung nach § 6a KHG und § 6b KHEntgG muss stärker auf die Bedarfe pflegeintensiver Fachrichtungen abgestimmt werden:

- Einführung eines Vorhaltezuschlags für Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin,
- budgetneutrale Phase bis 2027 verlängern,
- gesetzliche Evaluierung der Mittelverteilung nach drei Jahren,
- Interimslösungen auf Basis historischer Leistungsdaten.

4.6 Vereinheitlichung der MD-Prüfungen durch Bundesregelung

Der Gesetzgeber sollte die Möglichkeit nutzen, im Rahmen von § 283 SGB V bundeseinheitliche Prüfkriterien durch Rechtsverordnung festzulegen:

- Einbindung von Krankenhausgesellschaften, MDK-Gemeinschaft und GKV-Spitzenverband in das Regelsetzungsverfahren,
- Standardisierung der Strukturprüfverfahren und Fristen,
- verbindliche digitale Schnittstellen und automatisierte Rückmeldungen.

4.7 Sicherstellung gerechter Fördermittelvergabe im Transformationsfonds

Um eine einseitige Mittelvergabe an große Träger zu verhindern, werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- gesetzliche Definition von Förderkriterien für Strukturelevanz, Innovationsgrad und Versorgungsnotwendigkeit
- Mindestquoten für ländliche Versorgungsregionen oder Grundversorger
- transparente Dokumentation und Veröffentlichung aller Förderentscheidungen.

5. Zeitorientierte Umsetzungsempfehlungen

Die erfolgreiche Umsetzung der Krankenhausreform erfordert nicht nur inhaltlich tragfähige Maßnahmen, sondern auch eine strategische Priorisierung entlang realistischer Zeitachsen. Die nachfolgende Systematik fasst die in Kapitel 5 formulierten Empfehlungen nach ihrem Umsetzungszeitpunkt – kurzfristig, mittelfristig und langfristig – zusammen. Dabei werden sowohl gesetzgeberische Machbarkeit als auch politische, administrative und strukturelle Voraussetzungen berücksichtigt.

5.1 Kurzfristige Maßnahmen (innerhalb von 6 Monaten)

Diese Maßnahmen sind entweder bereits gesetzlich vorbereitet, administrativ unproblematisch oder zur Vermeidung rechtlicher Unsicherheiten besonders dringlich:

- **Fristverlängerung für MD-Beauftragungen (§ 275a SGB V):**

Verlängerung auf mindestens sechs Monate nach Inkrafttreten des KHAG, um sachgerechte Prüfentscheidungen auf Basis abgeschlossener Krankenhausplanungen zu ermöglichen

- **Abstimmung der Fristen für LG-Zuweisung, MVHZ und Strukturprüfungen:**

Legislativ klarstellen, dass keine Widersprüche zwischen Planungsinstrumenten entstehen (z. B. über Omnibusgesetz).

- **Klarstellung der Auswahlkriterien bei § 109 SGB V:**

Präzisierung der Begrifflichkeiten („zwingende Erforderlichkeit“) zur Vermeidung rechtlicher Anfechtungen bei Krankenhausauswahlverfahren

- **Temporäre Aussetzung der Hybrid-DRGs:**

Moratorium bis zur Vorlage belastbarer Kalkulationsgrundlagen zur Vermeidung systemischer Fehlanreize

- **Beginn der Integration bestehender Register in Transparenzverzeichnis (§ 135d SGB V):**

Zusammenlegung mit bestehenden Datenbanken (z. B. IQTIG, G-BA), um redundante Meldestrukturen zu vermeiden

- **Definition erster Förderkriterien im Transformationsfonds (§§ 12, 12a KHG):**

Schnelle gesetzliche Konkretisierung zur Antragsfähigkeit von kleinen und regionalen Trägern.

5.2 Mittelfristige Maßnahmen (6–18 Monate)

Diese Maßnahmen benötigen eine gewisse Vorlaufzeit, rechtliche Detailregelungen oder zusätzliche Abstimmung mit Akteuren auf Länder- und Bundesebene:

- **Einführung eines bundeseinheitlichen Prüfrahmens für MD (§ 283 SGB V):**

Erarbeitung und Umsetzung einer Rechtsverordnung mit einheitlichen Strukturprüfkriterien; verpflichtende Digitalisierung der Prüfprozesse

- **Evaluierung und Neujustierung der Vorhaltefinanzierung (§ 6a KHG, § 6b KHEntgG):**

Insbesondere für Pädiatrie, Geriatrie, Geburtshilfe und Palliativmedizin

- **Entwicklung eines Übergangsmodells für Hybrid-DRGs:**

Optional auf Basis des Belegarztsystems; Modellregionen denkbar

- **Festlegung eines rechtssicheren Bewertungsschemas für die Vergabe von Versorgungsverträgen (§ 109 SGB V):**

Entwicklung eines standardisierten Kriterienkatalogs zur Bewertung konkurrierender Leistungserbringer

- **Stärkung der Beteiligung von Fachgesellschaften:**

Systematische Einbindung in die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen, Qualitätsindikatoren und LG-Kriterien.

5.3 Langfristige Maßnahmen (18 Monate und darüber hinaus)

Diese Maßnahmen zielen auf strukturelle oder gesetzessystematische Veränderungen, die einer breiten Abstimmung oder gesetzgeberischen Neuregelung bedürfen:

- **Evaluation der gesamten Reformwirkung (KHAG/KHVVG):**

Gesetzlich verankerte Evaluierung durch unabhängige Institute zu Auswirkungen auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und regionale Versorgung

- **Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Systems auf Grundlage empirischer Evidenz:**

Schaffung eines langfristig tragfähigen sektorenübergreifenden Vergütungssystems – unter Einbezug ambulanter Datenquellen und sektorneutraler Kalkulationsmodelle

- **Abschließende Entscheidung über Fortbestand oder Einstellung des Bundes-Klinik-Atlas:**

Abhängig vom Nutzen im Rahmen der Krankenhausplanung und vom Verhältnis zu bestehenden Transparenzinstrumenten

- **Bundesweit einheitliche Vorgaben für Krankenhausplanungsgesetze der Länder:**

Langfristiges Ziel eines abgestimmten föderalen Planungsrahmens zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse (§ 72 Abs. 2 GG i. V. m. Art. 74 GG).

6. Fazit

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) und dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-Anpassungsgesetz (KHAG) setzt der Gesetzgeber den bislang tiefgreifendsten Reformprozess der stationären Versorgung seit Einführung des DRG-Systems fort. Ziel ist es, Qualität, Transparenz, Steuerbarkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung strukturell zu verbessern – bei gleichzeitiger Sicherung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung.

Die vorliegende Stellungnahme zeigt, dass diese Ziele im Grundsatz unterstützenswert sind und durch zentrale Bausteine des KHAG, etwa die Einführung der Leistungsgruppen, die Etablierung einer Vorhaltefinanzierung und die sektorenübergreifende Vergütung, sachlich-inhaltlich nachvollziehbar adressiert werden. Der Gesetzesentwurf enthält damit erhebliche Potenziale für eine zukunfts feste Krankenhauslandschaft.

Gleichzeitig bestehen in der vorliegenden Ausgestaltung gravierende Risiken, insbesondere durch:

- **fehlende Rechtsklarheit**, etwa bei Auswahlkriterien und Fristenregelungen,
- **systematisch angelegte Überkomplexität** in Melde- und Nachweispflichten,
- **ökonomische Fehlanreize** infolge unzureichend kalkulierter Hybrid-DRGs,
- **mangelhafte Berücksichtigung strukturell schwacher Leistungserbringer**,
- sowie **ungleiche Prüf- und Planungsstandards** zwischen Bundesländern und Kostenträgern.

Diese Defizite bedrohen nicht nur die Reformumsetzung in der Praxis, sondern auch die Legitimität des Prozesses gegenüber den betroffenen Einrichtungen, deren Beschäftigten und der Bevölkerung.

Daher ist es unerlässlich, den aktuellen Gesetzesentwurf in zentralen Punkten nachzujustieren – nicht im Sinne einer Reformverhinderung, sondern als Voraussetzung für deren Gelingen. Die in dieser Stellungnahme entwickelten Empfehlungen bieten hierfür eine sachlich fundierte, differenzierte und umsetzbare Grundlage.

Die Krankenhausreform kann gelingen – wenn sie pragmatisch, rechtssicher und gemeinsam mit den relevanten Akteuren ausgestaltet wird. Sie verdient eine sorgfältige Umsetzung, die nicht nur politische Schlagkraft entfaltet, sondern auch den Versorgungsalltag verbessert. Die Zeit drängt – aber Qualität und Rechtsstaatlichkeit dürfen auch im Reformprozess selbst nicht geopfert werden.

Heidelberg, 21. August 2025

Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.