



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Gesetzentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)
Kabinetts-Fassung, Stand 08.10.2025

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 5. November 2025

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Wir begrüßen die grundsätzliche Bereitschaft der Koalitionsregierung zu Anpassungen an der Krankenhausreform, um die Maßnahmen aus dem KHVVG praxistauglicher zu gestalten und die Umsetzung durch Anpassung des Zeitplans und der im KHVVG vorgegebenen Fristen gangbar zu machen.

Planungssicherheit und eine verlässliche Versorgungsperspektive sind für die Bevölkerung, die Mitarbeitenden und die Krankenhäuser aus unserer Sicht zwingende Voraussetzung für die Umsetzung der Reform.

Eine praxistaugliche Nachbesserung muss aus Sicht des Marburger Bundes die notwendige Spezialisierung und Schwerpunktbildung mit dem Ziel einer wohnortnahen Grundversorgung in Einklang bringen. Das wird mit den beabsichtigten Anpassungen leider nur ansatzweise erreicht. An zentralen Stellschrauben des KHVVG verbleibt Korrekturbedarf.

Finanzierung des Transformationsfonds

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Finanzierung des Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie im KHVVG vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Diese Änderung ist richtig, da die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung darstellt, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Der Transformationsfonds ist ein wichtiger Baustein der Krankenhausreform. Deshalb begrüßen wir auch die Aufstockung des Bundesanteils an der Finanzierung des Transformationsfonds mit zusätzlichen Fördermitteln des Bundes in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro zusätzlich in den Jahren 2026 bis 2029.

Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich Korrekturen an den Leistungsgruppen. Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG haben wir die Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen und deren personellen fachärztlichen Anforderungen kritisch eingeschätzt. Die Klarstellungen bislang nicht definierter Begriffe in den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen ist wichtig, aber noch nicht umfänglich.

Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen

Im Sinne der regionalen Notwendigkeiten bei der Sicherstellung der Patientenversorgung begrüßt der Marburger Bund Ausnahmeregelungen für die Zuteilung von Leistungsgruppen.

Leistungsgruppensystematik korrigieren

Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend darauf an, welche stationären Behandlungsfälle den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden und damit das Leistungsspektrum und die Finanzierung der einzelnen Krankenhäuser bestimmen.

Der vorliegende InEK-Grouper zeigt, dass es nicht sinnvoll ist, jede stationäre Leistung einer Leistungsgruppe zuzuordnen. Es sollte darauf verzichtet werden, Leistungsgruppen zusätzlich über Fachabteilungsschlüssel (FAB) zu strukturieren. Diese sind nicht geeignet,

medizinische Fallkollektive spezifisch zu beschreiben und werden zudem nicht bundeseinheitlich angewendet. Insbesondere zur Identifikation von Fallkollektiven der Spezialisierungen innerhalb der großen Gebiete der Inneren Medizin, Chirurgie sowie Kinder- und Jugendmedizin sind Fachabteilungsschlüssel unbrauchbar.

Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten

Kooperationen zwischen Krankenhäusern stellen ein Schlüsselement für die erfolgreiche Umsetzung der Reform dar. Aus unserer Sicht müssen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Kooperationsmöglichkeiten konkreter gefasst werden. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen einer stationären Behandlung notwendige Kooperationsleistungen für die Patientin / den Patienten tatsächlich erreichbar sind.

Anpassung Zwischenfristen

Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Zeitplan für die Reform in Bezug auf die im KHVVG gesetzten Zwischenfristen angepasst werden soll. Allerdings wird die Reform voraussichtlich erst im 1. Quartal 2026 in Kraft treten können. Folglich muss sichergestellt werden, dass nach den aktuell geltenden Fristvorgaben erfolgte bzw. erfolgende Umsetzungsmaßnahmen sich nicht zum Nachteil der Betroffenen Krankenhäuser auswirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Beauftragung der Medizinischen Dienste zur Prüfung der Leistungsgruppen.

Vorhaltevergütung

Enttäuschend ist, dass der Gesetzentwurf im Hinblick auf die Vorhaltevergütung lediglich eine Fristverlängerung für deren Einführung vorsieht. Solange die Vorhaltevergütung weiterhin fallzahlabhängig ist, bleibt sie in ihrer Konstruktion fehlerhaft. Ziel der Krankenhausreform war es, sich von der rein ökonomischen Logik der Fallpauschalen zu lösen und eine bedarfsorientierte Finanzierung zu schaffen. Dieses Ziel hat der Marburger Bund immer ausdrücklich begrüßt. Es kann aber mit der jetzigen Planung der Vorhaltevergütung nicht nur nicht erreicht werden, sondern es entsteht durch die Komplexität eine erhebliche zusätzliche Dokumentationslast. Erforderlich wäre eine grundlegende Anpassung der Finanzierungssystematik, die jetzt entwickelt werden muss und insbesondere die Personalkosten transparent berücksichtigt.

Mindestvorhaltezahlen

Auch hinsichtlich der geplanten Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen sieht der Gesetzentwurf lediglich eine Fristverlängerung für deren Entwicklung und Einführung vor. Die Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen entspricht keiner wissenschaftlichen Evidenz. Der jüngst vorgelegte Methodenentwurf des IQWiG bestätigt, dass eine rechtssichere und evidenzbasierte Entwicklung nicht möglich ist. Eine Streichung des gesetzlichen Auftrags zu Mindestvorhaltezahlen würde zum notwendigen Bürokratieabbau beitragen und divergierende Ergebnisse zwischen den Vorgaben der Mindestmengenregelungen und den der Mindestvorhaltezahlen verhindern.

Ärztliche Weiterbildung

Ärztliche Weiterbildung muss Teil der geplanten Anpassungen der Krankenhausreform werden. Andernfalls ist die aktuelle Organisation der Weiterbildung und die zukünftige fachärztliche Versorgung in Gefahr. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung brauchen transparente und verlässliche Weiterbildungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Bereich. Die Kooperationsmöglichkeit zur Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen von Leistungsgruppen sollte verpflichtend auch die Möglichkeit der Weiterbildungsrotation zwischen den Häusern festlegen. Damit eine Arbeitnehmerüberlassung kein Hindernis für die Umsetzung von Weiterbildungsverbünden ist, bedarf es dringend einer Ausnahme von der Erlaubnispflicht in § 1 des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung.

Zustimmung Bundesrat

Der Gesetzentwurf sieht in § 135e SGB V Änderungen vor, die nach geltender Regelung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erfolgen müssten. Dies betrifft insbesondere Änderungen an Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien, die überwiegend auf Grundlage von Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vorgenommen werden sollen (neue Anlage 1). Hier wäre grundsätzlich eine Beteiligung des Bundesrates erforderlich. Es ist im Gesetzentwurf allerdings nicht dargelegt, aus welchen Gründen davon ausgegangen wird, diese Anpassungen zustimmungsfrei vornehmen zu können.

Hinzu kommt die nunmehr einvernehmlich zwischen Krankenhausplanungsbehörde und Krankenkassen zu treffenden Ausnahmeregelungen für die Zuteilung von Leistungsgruppen, die einen Eingriff in die Planungshoheit der Bundesländer bedeuten.

Zu Regelungsbereichen und Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz

Zu § 135d SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Bundes-Klinik-Atlas

Aus Sicht des Marburger Bundes ist es unverständlich, dass Anpassungsgesetz nicht zu nutzen, um den umstrittenen Bundes-Klinik-Atlas einzustellen.

Die Bundesgesundheitsministerin hatte in der Vergangenheit wiederholt geäußert, dass Doppelstrukturen nicht effizient seien. Für die Kliniken bedeutet die Weiterführung hohen bürokratischen Aufwand. Aktuell bietet er nur noch Informationen zu rund 25 Eingriffen, die nicht einmal die häufigsten Behandlungen im Krankenhaus ausmachen. Der Bundes-Klinik-Atlas mit den damit verbundenen Datenübermittlungspflichten verursacht einen überbordenden administrativen Aufwand, der in keinerlei Verhältnis zu dem äußerst geringen Informationswert steht.

Änderungsvorschlag:

Den Bundes-Klinik-Atlas einstellen und stattdessen eine sinnvolle Weiterentwicklung des von der gemeinsamen Selbstverwaltung getragenen Deutschen Krankenhausverzeichnisses.

Zu Absatz 4 NEU: Definition Fachkrankenhäuser

Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf nunmehr eine neue Legaldefinition für „Fachkrankenhäuser“ vorsieht und eine solche nicht erst im laufenden Gesetzgebungsverfahren und nach weiteren Abstimmungen mit den Ländern erfolgt. In der vorgeschlagenen Definition sollte allerdings unterschieden werden zwischen bereits im jeweiligen Krankenhausplan ausgewiesenen Fachkrankenhäusern und solchen Krankenhäusern, die eine Umwandlung in ein Fachkrankenhaus beantragen.

Zu § 135e SGB V NEU: Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Zu Absatz 3 – Leistungsgruppen-Ausschuss

Es wird klargestellt, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können, die durch gesetzliche Änderungen der Anlage 1 oder des Absatzes 4 umgesetzt werden können. Diese Klarstellung ist aus unserer Sicht zu begrüßen.

Zu § 135e Absatz 4 Nummer 6

Laut Koalitionsvertrag sollen die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben dort wo es medizinisch sinnvoll ist verändert werden. Das wird vom Marburger Bund grundsätzlich begrüßt.

Zu Buchstabe 6a):

Sachlich richtig ist aus unserer Sicht die beabsichtigte Korrektur der Stundenvorgaben für ein Vollzeitäquivalent mit nunmehr 38,5 Wochenstunden.

Zu Buchstabe 6c): Anrechnung von Fachärztinnen/Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen

Der Marburger Bund begrüßt, dass die auch von uns geäußerte Kritik aufgegriffen worden ist und nun auch für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin sowie für die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie die Anrechnungsmöglichkeit der Fachärztinnen und Fachärzte für 3 Leistungsgruppen gelten soll.

Zu Buchstabe 7: Erfüllung Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden

Krankenhäuser sollen ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

- a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist,
- b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder
- c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt.“

Nach unserem Verständnis soll es zukünftig drei Sachverhalte geben, die Kooperationen ermöglichen. Ausschließlich für Kooperationen nach Buchstabe c) sollen Entfernungsmaßstäbe gelten.

Fachkrankenhäuser können laut Gesetzentwurf die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Demnach sollen Kooperationen für alle Leistungsgruppen zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen möglich sein. Entfernungsmaßstäbe sind nach dem Wortlaut nicht einzuhalten.

Bewertung:

Kooperationen zwischen Krankenhäusern stellen ein Schlüsselement für die erfolgreiche Umsetzung der Regelungen dar. Hier müssen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geklärt werden. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen einer stationären Behandlung notwendige Kooperationsleistungen für die Patientin / den Patienten erreichbar sind.

Änderungsvorschlag:

Bei den in Anlage 1 ausgewiesenen Kooperationsmöglichkeiten zur Erbringung verwandter Leistungsgruppen und der sachlichen Ausstattung sollten zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungskontinuität in diesen Bereichen bundesweite Erreichbarkeitskriterien gelten wie zum Beispiel 40 Fahrzeitminuten. Entsprechendes sollte auch für Kooperationen von Fachkrankenhäusern mit anderen Leistungserbringern gelten, insbesondere wenn Fachkrankenhäuser künftig generell zur Vorhaltung der sachlichen Ausstattung kooperieren können.

Zu § 135f SGB V: Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Leider wird mit dem Gesetzentwurf an der Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen festgehalten. Bereits in unseren Stellungnahmen zum KHVVG haben wir die Einführung von Mindestvorhaltezahlen abgelehnt.

Die Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen entspricht keiner wissenschaftlichen Evidenz. Der jüngst vorgelegte Methodenentwurf des IQWiG bestätigt, dass eine rechtssichere und evidenzbasierte Entwicklung nicht möglich ist.

Die Komplexität und das Zusammenwirken der Regelungen sind nicht kalkulierbar. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Vor allem ist es zeitlich und systematisch nicht sinnvoll, Leistungsgruppen mit Mindestvorhaltezahlen zu belegen, nachdem diese voraussichtlich bereits den Krankenhäusern im Rahmen der angelaufenen Krankenhausplanungen zugeteilt worden sind. Ein Krankenhaus, das nach derzeitiger Rechtslage eine Leistungsgruppe beantragt und per Bescheid erhält, würde bei der Vorhaltevergütung ohne Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nicht berücksichtigt.

Änderungsvorschlag: Streichung

Eine Streichung des gesetzlichen Auftrags zu Mindestvorhaltezahlen würde zum notwendigen Bürokratieabbau beitragen und insbesondere auch divergierende Ergebnisse zwischen den Vorgaben der Mindestmengenregelungen und den der Mindestvorhaltezahlen verhindern.

Zu § 136c Abs.1 NEU: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung in Verbindung mit § 40 KHG: Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll die Möglichkeit eingeräumt werden, für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent (§ 40 KHG), sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Bewertung:

Der Marburger Bund sieht die Beauftragung des G-BA als das Bemühen, einer undifferenzierten Reduktion des Leistungsangebots begegnen zu wollen. Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG haben wir unsere rechtlichen und sachlichen Bedenken gegenüber der 15%-Grenze zum Ausdruck gebracht. Weder handelt es sich um eine validierte Festlegung noch dürfte ein pauschaler Prozentsatz den unterschiedlichen onkochirurgischen Leistungen und ihrer unterschiedlichen Häufigkeit Rechnung tragen. Es würde ein permanenter Konzentrationsprozess stattfinden, der ungebremst zu einer Monopolisierung und damit zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung führen würde. Besser wäre es daher, die Regelung des § 40 KHG in Gänze zu streichen.

Zu § 275a SGB V: Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

Die Frist für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Länder zur Prüfung der Leistungsgruppenvoraussetzungen soll verlängert werden. Der Medizinische Dienst ist bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen. Die Prüfungen sind bis zum 31. Juli 2026 abzuschließen.

Bewertung:

Da die Bundesländer die Medizinischen Dienste nach der geltenden Rechtslage bis zum 30.09.2025 beauftragen mussten, sind mit Blick auf die angestrebten Anpassungen bei den Leistungsgruppen die Durchführung von Differenzprüfungen nach Inkrafttreten der Anpassungen mit einer angepassten MD-Prüfrichtlinie zwingend sicherzustellen. Auswirkungen haben insbesondere die geplanten Änderungen zum Vollzeitäquivalent (38,5 statt 40 Stunden), die Anrechnungsfähigkeit von Fachärzten der LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeines Chirurgie sowie die beabsichtigten Änderungen bei den Qualitätskriterien der LG Geriatrie. Die Notwendigkeit dieser Differenzprüfung wird bedauerlicherweise sowohl für die Krankenhäuser als auch den MD relevante Personalressourcen binden. Darüber hinaus ist die zeitnahe inhaltliche Anpassung der Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ an das KHAG sicherzustellen.

Zu Anlage 1 zu § 135e SGB V: Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen

Die Anlage zu § 135e wird neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wurden die Qualitätskriterien für einige Leistungsgruppen geändert.

Bewertung:

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Korrekturen an den Leistungsgruppen.

Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen nach PpUGV als Qualitätskriterium der Leistungsgruppen wird begrüßt, um Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes zu vermeiden. Inhaltlich bleibt dadurch die Gültigkeit der PpUGV unbeeinflusst.

Der Gesetzentwurf nimmt begriffliche Klarstellungen bislang nicht definierter Begriffe in den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen vor, was wir ausdrücklich begrüßen. Die Klarstellungen erfolgen allerdings nicht umfassend.

So fehlt zum Beispiel eine begriffliche Klarstellung, was unter „Basislabor“ in den LG Nummer 1, 14 und 27 zu verstehen ist. Desgleichen fehlt eine Begriffsdefinitionen für „Notfall-Labor“ und „PoC-Labor- Analytik“ in LG 64.

Die Anpassung der zeitlichen Vorhaltung der „Endoskopie“ in LG 1 von 10 auf 8 Stunden wird grundsätzlich begrüßt. Unklar bleibt allerdings, ob die 8 Stunden einen Präsenzdienst an Wochenenden und Feiertagen erfordern würde, der personell weder ärztlich noch durch Endoskopiefachpersonal in allen Kliniken leistbar noch zur Patientenversorgung notwendig wäre. Eine Gewährleistung in Rufbereitschaft an Wochenenden und Feiertagen wäre sinnvoller.

Um Unklarheiten zu vermeiden, wäre es diesbezüglich aus unserer Sicht hilfreich, der Leistungsgruppentabelle ein Glossar voranzustellen.

Entscheidend ist nach der Umsetzung aller notwendigen Änderungen bei den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen die gleichgeartete Umsetzung in der Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes.

Zu Artikel 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu § 6a Absatz 4: Erweiterte Ausnahmeregelungen von Leistungsgruppenanforderungen

Die Entscheidung über die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme soll zukünftig im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam erfolgen.

Bewertung:

Mit dem erforderlichen Einvernehmen wird aus unserer Sicht in die Planungshoheit der Bundesländer eingegriffen, so dass wir die Regelung für rechtlich nicht tragfähig erachten. Unabhängig davon bedarf es im Sinne der Rechtssicherheit – auch für die Beschäftigten in den Krankenhäusern - einer zeitlichen Regelung, bis wann Einvernehmen herzustellen ist, und wie im Falle zu verfahren ist, wenn Einvernehmen nicht mit allen Beteiligten hergestellt werden kann.

Auch wenn eine Erweiterung des Handlungsspielraum der Bundesländer bei der Planung grundsätzlich von uns begrüßt wird, sollten im Sinne von bundeseinheitlichen Versorgungsstandards und aus Gründen der Rechts- und Planungssicherheit Leitplanken vorgegeben werden.

Der Hinweis in der Begründung, dass die Länder bei der Ausnahmenregelung nach Möglichkeit eine einheitliche Umsetzung anstreben sollen, ist rein deklaratorisch.

Die Festlegung, dass die Landesbehörde vor Zuweisung zu prüfen haben, ob die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe nicht auch durch „Kooperationen und Verbünde“ erfüllt werden können, ist ebenfalls rein deklaratorisch.

Widersprüchlich ist zudem, dass im Gesetzestext das Erreichbarkeitskriterium gestrichen werden soll, in der Begründung dann aber wieder auf die Entfernung als ein Bewertungskriterium abgestellt wird. Dort heißt es: *„Demnach liegt es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“*

Der Begriff der „flächendeckenden Versorgung“ ist zudem nicht definiert. Hier wäre eine Klarstellung notwendig.

Bei der geplanten Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 KHG stellt sich zusätzlich die Frage, wie sich diese Regelung zu den geplanten Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V verhält. Die Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 würde dazu führen, dass ein Krankenhaus, das die strukturellen und personellen Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe nicht erfüllen kann, wahrscheinlich auch die für diese Leistungsgruppe vorzugebenden Mindestvorhaltezahlen nicht dauerhaft erfüllen kann. Das hätte zur Folge, dass das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe keine Vorhaltevergütung erhält. Mindestvorhaltezahlen finden nach § 37 Abs. 2 Satz 3 Nummer 3 KHG nur dann keine Anwendung, wenn die Krankenhausstandorte in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen sind (zuschlagsberechtigte Sicherstellungskrankenhäuser).

Zu § 12b KHG: Transformationsfonds

Der Marburger Bund begrüßt, dass der Bundesanteil in Höhe von 25 Mrd. Euro nicht über Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern aus Steuermitteln finanziert werden soll.

Der Transformationsfonds ist ein wichtiger Baustein der Krankenhausreform. Deshalb begrüßen wir auch die Aufstockung des Bundesanteils an der Finanzierung des Transformationsfonds mit zusätzlichen Fördermitteln des Bundes in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro zusätzlich in den Jahren 2026 bis 2029.

Förderfähig sind bei fast allen Fördertatbeständen die Kosten für erforderliche Baumaßnahmen. Um die Transformation in diesem Bereich zügig realisieren zu können, müssen bürokratische Hürden bei der Beantragung der Baumaßnahmen deutlich reduziert werden.

Zu § 17b Absatz 4c: Vorhaltevergütung

Wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vorgesehen, wird die Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge werden auch der bei der Evaluation vorgesehene Zeitraum sowie die Zeitpunkte für die Vorlage des Zwischenberichts und des abschließenden Berichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um ein Jahr verschoben.

Bewertung:

Es ist bedauerlich, dass das Anpassungsgesetz nicht genutzt wird, die Systematik der Vorhaltefinanzierung neu aufzustellen. Solange die Vorhaltevergütung weiterhin fallzahlabhängig ist, bleibt sie in ihrer Konstruktion fehlerhaft.

Ziel der Krankenhausreform war es, sich von der rein ökonomischen Logik der Fallpauschalen zu lösen und eine bedarfsorientierte Finanzierung zu schaffen. Dieses Ziel hat der Marburger Bund immer ausdrücklich begrüßt. Es kann aber mit der jetzigen Planung der Vorhaltevergütung nicht nur nicht erreicht werden, sondern es entsteht durch die Komplexität eine erhebliche zusätzliche Dokumentationslast.

Die vorgesehene Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 und ihre volle Wirksamkeit ab 2030 schaffen aber zumindest zeitlichen Spielraum. Der erste Evaluationsbericht der Spitzenverbände zur Krankenhausreform soll dem BMG nunmehr schon am 31. Juli 2027 und nicht erst am 31. Dezember 2028 vorgelegt werden. Das soll eine frühere Bewertung der Leistungsgruppen vor Einführung der Vorhaltevergütung ermöglichen.

Der Zeitraum sowie Erkenntnisse aus dem ersten Evaluationsbericht muss für die Behebung sich abzeichnender Fehlentwicklungen und zu einer Neuaufstellung der Vorhaltefinanzierung genutzt werden. Ein entsprechender Auftrag sollte aus Sicht des Marburger Bundes bereits in diesem Gesetz verankert werden.

Zu Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Zu § 4 Absatz 1: Streichung der Antragsfrist für Fördervorhaben

Es kommt den unterschiedlichen Umsetzungsständen der Länder und der mit diesem Gesetzentwurf laufenden Anpassungen des KHVVG entgegen, dass bisherige Antragsfrist aufgrund der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds in § 12b Absatz 1 KHG entbehrlich ist.

Weiterer Regelungsbedarf

Facharztweiterbildung

Völlig unzureichend ist die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt. Schon jetzt geraten viele Weiterbildungsstellen unter Druck, weil Krankenhausstandorte geschlossen, Leistungen konzentriert und Träger fusioniert werden. Damit droht nicht nur ein Verlust an Qualifikationsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte, sondern auch ein struktureller Rückgang der Weiterbildungskapazitäten insgesamt. Hier müssen Bund und Länder aktiv

gegensteuern, sonst werden langfristig nicht nur Fachkräfte fehlen, es wird auch die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus spürbar sinken.

Wir fordern deshalb eine verbindliche gesetzliche Regelung zur Sicherung und zum Ausbau von regionalen, durch die Ärztekammern zertifizierter Weiterbildungsverbünde. Diese müssen so ausgestattet sein, dass sie auch unter veränderten Rahmenbedingungen eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt ohne unnötige zeitliche Verzögerungen gewährleisten können.

Das Gesetz ermöglicht Kooperationen und Verbünde im Rahmen der Leistungsgruppenkriterien. Es ist somit nur konsequent auch Rotation zum Zwecke der Weiterbildung innerhalb solcher Kooperationen zu ermöglichen. Ein sinnvoller Ablauf muss zwischen den Kooperationspartnern geregelt werden können, ohne dass eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Dies könnte zum Beispiel durch entsprechende Anpassungen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz - AÜG)

"Arbeitnehmerüberlassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Februar 1995 (BGBl. I S. 158), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist.

§ 1 Arbeitnehmerüberlassung, Erlaubnispflicht

Einfügung eines Absatz 1c NEU:

Die Entsendung von Arbeitnehmern zum Zwecke der Facharztweiterbildung an eine andere Weiterbildungsstätte ist keine Arbeitnehmerüberlassung, wenn die Entsendung im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes an die am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten erfolgt.

Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG)

"Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 742), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist."

§ 1 Befristung von Arbeitsverträgen

Einfügung eines Absatz 8 NEU:

Rotationen des zur Weiterbildung beschäftigten Arztes im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes unterliegen nicht der erlaubnispflichtigen Arbeitnehmerüberlassung (§ 1 AÜG) der am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten. Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz findet auf die Entsendung keine Anwendung.

Anpassung der Leistungsgruppensystematik

Die Systematik der Zuordnung stationärer Leistungen zu den Leistungsgruppen mittels des bundesweiten InEK-Groupers wird leider im Gesetzentwurf nicht aufgegriffen.

Ohne grundlegende Veränderungen in diesem Steuerungsinstrument drohen erhebliche Fehlsteuerungen. Diese liegen darin begründet, dass vom InEK-Groupers eine relevante Anzahl von Fällen nur durch zusätzliche Verwendung eines Fachabteilungsschlüssels den Leistungsgruppen zugeordnet werden. Eine präzisere Fallzuordnung kann mittels Fachabteilungsschlüssel zwar vorgenommen werden. Allerdings spiegelt dies aufgrund der Heterogenität der Fallabteilungsschlüssel und der Heterogenität ihrer Anwendung in Deutschland nicht notwendigerweise die Zuordnung in die leistungserbringende Leistungsgruppe wieder. Dies hat zum einen Auswirkungen für die Krankenhausplanung, aber insbesondere auch für die Berechnung der Vorhaltevergütung.

Die Selbstverwaltungspartner wurden erst mit dem KHVVG gem. § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V beauftragt, eine „bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen“ zu vereinbaren. Dieser Auftrag erfolgte mit Blick auf die Entwicklung des InEK-Groupers zu spät und außerdem ohne Fristsetzung und Konfliktregelung. Hier bedarf es entsprechender Anpassungen.

Darüber hinaus ist die Zuordnung für viele Bereiche problematisch. So findet zum Beispiel die Schmerztherapie keine strukturelle Berücksichtigung in den Leistungsgruppen. Fälle der speziellen und interdisziplinären Schmerztherapie streuen vielmehr über eine Vielzahl fachfremder Leistungsgruppen, deren qualitativen Mindestvoraussetzungen die spezielle und interdisziplinäre Schmerztherapie nicht erfüllen kann und die auch keinerlei Bezug zur Versorgungsqualität in der Schmerztherapie aufweisen. Darauf hat auch der Deutsche Ärztetag im Mai 2025 hingewiesen.

Der Marburger Bund hält hier eine Nachbesserung für dringend erforderlich. Für ein Ergebnis bundesweit einheitliche, medizinisch sinnvolle Rahmenbedingungen braucht es einer Anpassung des InEK-Groupers.

Hybrid-DRG

Der Marburger Bund begrüßt prinzipiell die Bestrebung die ambulante Versorgung am Krankenhaus und im vertragsärztlichen Bereich auszubauen. In welchem Rahmen eine Operation bzw. Intervention bei einem individuellen Patienten durchgeführt wird, muss im Ermessen der verantwortlichen Ärztin, des verantwortlichen Arztes bleiben.

Die Einführung von Leistungsgruppen ist ein richtiger Schritt zur Bündelung medizinischer Kompetenz an qualifizierten Standorten. Wenn nun aber identische Leistungen über Hybrid-DRGs außerhalb dieser Strukturen ohne vergleichbare Qualitätsanforderungen erbracht werden dürfen, wird die Systemlogik unterlaufen und die Steuerungsfähigkeit der Länder infrage gestellt.

Fälle, die im Zuge der Ambulantisierung über AOP oder Hybrid-DRG abzurechnen sind, schmälern zudem zukünftig die Zahl der vollstationären Fälle und somit die Vorhaltevergütung. Hier bedarf es aus unserer Sicht dringend einer sachgerechten Synchronisierung.

Bürokratieabbau

Enttäuschend ist, dass nicht abzusehen ist, wie der zunehmende bürokratische Aufwand wenigstens eingedämmt werden soll. Bereits heute belasten Dokumentationspflichten und Berichtsvorgaben den Krankenhausalltag erheblich. Die Einführung eines weiteren, parallelen Finanzierungssystems zu den bestehenden Fallpauschalen verschärft diese Situation.

Wir verweisen auf unsere umfangreichen Vorschläge zum Bürokratieabbau wie auch auf unser Thesenpapier vom 23. Mai 2025 „Krankenhausreform weiterentwickeln, Vorhaltevergütung überarbeiten, Bürokratie reduzieren“:

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-05/230525%20-%20PM%20Thesenpapier%20Krankenhausreform_final_0_0.pdf

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-08/Entbu%CC%88rokratisierung_MB_Positionen_und_Vorschl%C3%A4ge_final_18092023.pdf

Krisenresilienz

Im Rahmen der Krankenhausreform muss zwingend die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt und der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei Krisen jetzt durch die Länder mitgeplant werden. Kapazitäten die im Rahmen der Krankenhausreform abgebaut werden, sind in Krisensituationen kaum reaktivierbar.

Zusätzlich braucht es gesetzliche Vorgaben, im Bereich der Cybersicherheit, und Energieversorgung damit Krankenhäuser auch in Krisensituationen verlässlich arbeiten können. Krankenhäuser sind grundsätzlich der kritischen Infrastruktur zuzurechnen.

Klimaschutz im Krankenhaus muss beispielsweise durch Mittel des Sondervermögens gefördert und insbesondere der Hitzeschutz zügig ausgebaut werden.