



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(7)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
11.12.2025

STELLUNGNAHME

zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)

Stand: 11.12.2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsübersicht

Präambel.....	2
Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen	3
Definition von Fachkliniken.....	3
Vollzeitäquivalent	4
Rufbereitschaft	4
Anrechenbarkeit von Fachärzten auf Leistungsgruppen	4
Belegärztliche Versorgung	4
Kooperationen und Verbünde	5
Pflegepersonaluntergrenzen	5
Strukturkriterien in Anlage 1 zu § 135e SGB V.....	6
Ausnahmeregelung für Fachkliniken	8
Ausnahmeregelung für Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung	9
Mindestvorhaltezahlen.....	9
Onkochirurgische Leistungen.....	10
Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve.....	11
MD-Prüfungen zu Qualitätskriterien.....	11
Zeitschiene zu den MD-Prüfungen.....	11
Standortdefinition.....	12
Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen	12
Vergütung eines Vorhaltebudgets	13
Fixkostendegressionsabschlag	14
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	15
Resilienz deutscher Krankenhäuser	15
Hybrid-DRG	15
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	16
Entbürokratisierung	17
Fachabteilungen/Fachabteilungsschlüssel	18

Präambel

DCV und KKVD unterstützen das Ziel der Bundesregierung, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern und die Versorgungsstrukturen zukunftsorientiert auszurichten. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) eingeführten Instrumente sind hierfür jedoch bislang nur bedingt geeignet. Ohne eine stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, der tatsächlichen Versorgungsrealitäten sowie einer Verzahnung der Krankenhausreform mit der Notfallreform und einer erforderlichen Krisen-Resilienz-Strategie für die Krankenhäuser droht ein struktureller Abbau von Krankenhausangeboten, der die flächendeckende Versorgung gefährdet.

Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) bietet die Chance, zentrale Schwächen des KVVVG zu beheben. Die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Anpassungen bleiben jedoch in entscheidenden Punkten hinter diesem Anspruch zurück. Mehrere Regelungsänderungen – teils verstärkt durch zusätzliche Verschärfungen – lösen bestehende Probleme nicht, sondern schaffen neue Unsicherheiten. Eine qualitativ hochwertige, bedarfsorientierte und gemeinwohlorientierte Versorgung wird dadurch nicht ausreichend gesichert. Zudem bleibt unberücksichtigt, dass für die Resilienz des Gesundheitssystems medizinische Behandlungsreserven und eine solide stationäre Vorhaltequote zwingend erforderlich sind. Eine Reform, die die Versorgung auf ein reines Effizienzniveau verengt, gefährdet die Krisen- und Verteidigungsfähigkeit der Krankenhauslandschaft. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass auch kleinere, dezentral verortete Krankenhäuser eine zentrale Rolle für die Versorgung spielen können, gerade für den zivilen Bereich, und daher vor diesem Hintergrund in ihrer Rolle und Leistungsfähigkeit gestärkt werden müssen.

Gerade katholische Krankenhäuser tragen in vielen Regionen wesentlich zur Daseinsvorsorge bei. Sie gewährleisten Versorgung auch unter schwierigen Rahmenbedingungen, sichern Notfallstrukturen, stellen spezialisierte Angebote bereit und übernehmen Verantwortung, wo andere Träger sich zurückziehen. Die Reform darf diese wichtige Rolle nicht durch praxisferne Vorgaben, enge Ausnahmeregelungen oder zu knappe Übergangsfristen gefährden. Ebenso muss anerkannt werden, dass ihre Vorhalteleistungen ein zentraler Baustein regionaler Resilienz sind.

Zentrale Herausforderungen, die dringend bearbeitet werden müssen, sind:

1. Unzureichende Ausnahmeregelungen, die besonders kleinere und ländliche Häuser in ihrer Versorgungsfunktion schwächen,
2. Starre Strukturvorgaben, die regionale Versorgungslücken und Spezialisierungsprofile nicht ausreichend berücksichtigen,
3. Eingriffe in die Planungshoheit der Länder, die eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erschweren und
4. Eine untaugliche Vorhaltevergütung und Mindestvorhaltezahlen, die Planungssicherheit untergraben und regional unverzichtbare Leistungen gefährden;
5. Eine willkürliche Ausweitung der Hybrid-DRG und Rahmenbedingungen sowie unzureichender Vergütungsregelungen, die keine tragfähigen Voraussetzungen, schaffen.
6. Fehlende Berücksichtigung notwendiger stationärer Behandlungsreserven und einer angemessenen Vorhaltequote, die für eine krisenfeste und verteidigungsfähige Versorgung unabdingbar sind.

Für eine resiliente, vielfältige und flächendeckend tragfähige Krankenhauslandschaft braucht es Kooperationen, funktionierende regionale Netzwerke und ausreichende Gestaltungsspielräume vor Ort. Die Bundesregierung muss daher sicherstellen, dass die Reforminstrumente praxistauglich gestaltet werden und die katholischen Krankenhäuser weiterhin ihren gemeinwohlorientierten Versorgungsauftrag erfüllen können. Nur durch zielgerichtete Nachsteuerungen kann das KHAG sein Anspruch einlösen, die Krankenhausreform verlässlich und wirkungsvoll umzusetzen.

Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen

Definition von Fachkliniken

Zu § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V:

Wir begrüßen, dass die stark schematische „80-%-Regel“ gestrichen wurde und die Landesbehörden grundsätzlich die Möglichkeit erhalten, einen Standort als Fachklinik (Level F) zuzuordnen. Von einer echten Entscheidungsfreiheit kann jedoch keine Rede sein, da der Bund weiterhin enge Kriterien vorgibt. Fachkliniken müssen:

1. spezialisiert sein,
2. einen „relevanten Versorgungsanteil“ leisten,
3. im Krankenhausplan ausgewiesen sein und
4. die Zuweisung muss begründet werden.

Auch wenn die Regelung zunächst flexibler wirkt, bleiben zentrale Probleme ungelöst:

Fachkliniken können viele Anforderungen der Leistungsgruppen weiterhin nicht erfüllen, weil diese nicht zu ihrem spezialisierten Versorgungsauftrag passen. Die Möglichkeit, einzelne Qualitätskriterien über Kooperationen abzubilden, reicht dafür nicht aus. Fachkliniken werden weiterhin an unpassenden LG-Strukturvorgaben gemessen. So gibt es Leistungen, die in keiner LG abgebildet sind (z. B. Spezielle Schmerzmedizin) oder die sich über zahlreiche LG verteilen, ohne einer davon eindeutig zu entsprechen (z. B. Epileptologie, seltene Erkrankungen, Autismus, neurologische und geriatrische Frührehabilitation; Menschen mit Behinderungen, Komplexbehandlungen, neurogenerative Erkrankungen). Diese Einrichtungen bleiben trotz Spezialisierung systematisch benachteiligt.

Der Begriff „relevanter Versorgungsanteil“ ist unbestimmt und wird unweigerlich unterschiedlich durch Länder, Kassen und MD interpretiert werden. Das schafft erhebliche Rechtsunsicherheit und erhöht das Risiko von Konflikten und Anfechtungen. Es wird nicht berücksichtigt, dass gerade hochspezialisierte Fachkliniken aufgrund ihrer besonderen, und oft seltenen, weil eher komplexen Behandlungsprofile oftmals keine hohen Fallzahlen erreichen. Eine geringere Fallzahl bei spezialisierten Fachkliniken ist daher nicht automatisch Ausweis einer geringeren Versorgungsrelevanz oder schlechterer Qualität der spezialisierten Leistungen. Die Vielfalt dieser spezialisierten Einrichtungen erfordert daher eine differenzierte Betrachtung jenseits quantitativer Maßstäbe.

Mit der Entscheidung der Landesbehörde, eine entsprechende Fachklinik im Landeskrankenhausplan auszuweisen, wurde deren besondere Rolle für die regionale Versorgungssicherheit bereits anerkannt. Zusätzliche Begründungspflichten, die möglicherweise sogar bundesweit einheitliche Kriterien vorsehen, um Ausnahmeentscheidungen zu legitimieren, erachten wir an dieser Stelle als zu undifferenziert, um die für die Versorgungsregion notwendigen Spezialisierungen angemessen abzubilden.

Änderung wie folgt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses, der

1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
2. ~~einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und~~
3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist, der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; ~~die Zuordnung ist zu begründen.~~“

Vollzeitäquivalent

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 a) SGB V:

Wir begrüßen die Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5 pro Vollzeitäquivalent.

Rufbereitschaft

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 b) SGB V:

Die Vorgabe, dass jederzeit mindestens ein Facharzt in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, ist in ihrer Intention nachvollziehbar. Allerdings besteht erheblicher Klarstellungsbedarf, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, die in der Praxis zu überzogenen Anforderungen führen würden. Insbesondere darf die Regelung nicht dahingehend ausgelegt werden, dass für jede einzelne Leistungsgruppe eine separate Rufbereitschaftsdienstlinie vorzuhalten ist. Dies wäre weder organisatorisch noch personell leistbar und würde erhebliche Mehrbelastungen für Kliniken mit breitem Leistungsspektrum verursachen, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Qualitätsgewinn entsteht.

Änderung wie folgt:

„b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, **wobei mehrere Dienstlinien nicht erforderlich sind, wenn es sich um eine Leistungsgruppe und deren verwandte Leistungsgruppen mit gleich qualifizierten Fachärzten handelt,**“

Anrechenbarkeit von Fachärzten auf Leistungsgruppen

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 c) SGB V:

Wir begrüßen, dass die Einschränkung bei der Anrechenbarkeit der Fachärzte aus den LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie aufgehoben wurde und diese – wie alle anderen Fachärzte – nun ebenfalls auf jeweils drei LG angerechnet werden können.

Darüber hinaus muss jedoch sichergestellt werden, dass Fachärzte auch über drei LG hinaus anrechenbar sind. Angesichts des Fachkräftemangels und der begrenzten Personalkapazitäten kleinerer Häuser ist dies zwingend notwendig, um die Vorgaben erfüllen zu können und Versorgungslücken in der Fläche zu vermeiden.

Änderung wie folgt:

„c) Fachärzte für **bis zu drei fünf** Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können,“

Belegärztliche Versorgung

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 d) SGB V:

Die Konkretisierung zur Anrechenbarkeit von Belegärzten ist in ihrer Zielrichtung grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings leistet die geplante Regelung keinen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung des Belegarztwesens. Die in Anlage 1 zu § 135e SGB V vorgegebenen Anforderungen an die personelle Ausstattung sind für viele belegärztlich geführte Fachabteilungen praxisfern und kaum erfüllbar. Das betrifft insbesondere Standorte in ländlichen Regionen, an denen das Belegarztprinzip ein wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der

fachärztlichen Versorgung darstellt. Dort stellen häufig wenige, hochqualifizierte Belegärzte, die Versorgung zuverlässig sicher.

Änderung wie folgt:

„d) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, ist abweichend von den Mindestanforderungen im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Vollzeitäquivalent ausreichend, wobei dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und“

Kooperationen und Verbünde

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 7 SGB V:

Es ist von zentraler Bedeutung, dass Krankenhäuser die Strukturvorgaben der Anlage 1 zu § 135e SGB V auch im Rahmen von Kooperationen und Verbünden mit anderen Krankenhäusern oder vertragsärztlichen Leistungserbringern erfüllen können. Die geplante Regelung schränkt diese Möglichkeit jedoch erheblich ein. Kooperationen sollen nur zulässig sein, wenn

- a) die Anlage 1 sie ausdrücklich vorsieht,
- b) sie zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sind oder
- c) der Kooperationspartner höchstens 2 000 Meter Luftlinie entfernt liegt.

Diese Vorgaben erkennen, dass in vielen Regionen – ob ländlich oder urban – kooperierende Krankenhäuser, MVZ, Facharztpraxen oder andere geeignete Partner deutlich weiter voneinander entfernt liegen als die vorgesehenen 2 000 Meter. Zudem ist für zahlreiche Strukturvorgaben der Anlage 1 keine Kooperation vorgesehen. Typische Kooperationsfelder sind bspw. die Radiologie oder die Vorhaltung von Basis- und Notfallaboren.

Um Kooperationen und Verbundstrukturen zu stärken und bestehende Verbünde nicht zu gefährden, sollte zumindest der zulässige Radius auf 10 000 Meter ausgeweitet werden.

Änderung wie folgt:

- Zu § 135e Abs. 4 Nummer 7 c) SGB V:
 - „c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernten Gebäudelpunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als **2 000 10 000** Meter Luftlinie beträgt.“
- Ergänzender Satz:

Die zuständige Landesbehörde kann in geeigneten Fällen Ausnahmen von den Regelungen Nummer 7 a) bis c) machen.

Pflegepersonaluntergrenzen

Zu Anlage 1 zu § 135e SGB V:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Verpflichtung zum Nachweis der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Anlage 1 zu § 135e SGB V gestrichen wurde. Damit folgt der Gesetzgeber einer konsequenten Linie: Auch aus seiner eigenen Begründung wird deutlich, dass der Verweis auf die PpUGV im Kontext der Leistungsgruppensystematik keinen Mehrwert stiftet, sondern vor allem zusätzlichen Prüfaufwand erzeugt. Durch den Wegfall dieses Prüfkriteriums werden nicht nur die Medizinischen Dienste entlastet, wie der Gesetzgeber

selbst festhält, sondern ebenso die Krankenhäuser, die bislang erhebliche administrative Ressourcen für entsprechende Nachweise vorhalten mussten.

Bis dato ist die PpUGV ein Marker für die pflegerische Mindestbesetzung für pflegesensitive Bereich und ist in diesem Zusammenhang bereits mit gesonderten finanziellen Sanktionsmechanismen belegt. Eine Aufnahme als Qualitätskriterium zur Festlegung von Leistungsgruppen entspräche einer völlig anderen Systematik, und könnte zum vollständigen Ausschluss einer Leistungsgruppe führen. Dies wäre nicht sachgerecht.

Ergänzende Forderung:

Darüber hinaus fordern wir, dass die PpUGV endlich vollständig durch die PPR 2.0 ersetzt wird und damit die derzeitige doppelte Nachweispflicht für beide Personalbemessungsinstrumente beendet wird. Die doppelte Nachweispflicht für gleiche Sachverhalte muss abgebaut werden, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten und das Personal wieder mehr Zeit für die tatsächliche Pflege am Patientenbett zur Verfügung hat. Die alte PpUGV verursacht hier unnötige Doppelstrukturen.

Strukturkriterien in Anlage 1 zu § 135e SGB V

Zu LG Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“, sachliche Ausstattung:

Die Anforderung „Endoskopie täglich acht Stunden“ sieht vor, dass die Endoskopieleistungen in Krankenhäusern jeden Tag mindestens acht Stunden verfügbar sein müssen. Gerade in kleineren Krankenhäusern ist es personell und organisatorisch oft nicht möglich an Wochenenden oder Feiertagen Endoskopieleistungen in dieser Form vorzuhalten. Das führt zu unnötigem Druck auf das Personal und kann die wirtschaftliche Tragfähigkeit kleinerer Häuser gefährden. Daher sollte die Anforderung auf „Montag bis Freitag“ beschränkt werden. Dadurch wird eine realistische Planbarkeit gewährleistet, ohne die Versorgungsqualität unter der Woche zu beeinträchtigen. Krankenhäuser können so ihre Ressourcen effizient einsetzen und dennoch die notwendige patientenorientierte Versorgung sicherstellen. Gleichzeitig wird vermieden, dass kleinere Häuser von der Erfüllung der Mindestanforderung ausgeschlossen werden, nur weil sie am Wochenende keine vollständige Endoskopie bereitstellen können.

Änderung wie folgt:

Anpassung der sachlichen Ausstattung: „Endoskopie täglich acht Stunden **von Montag bis Freitag**“

Zu LG Nr. 11 „Interventionelle Kardiologie“, personelle Ausstattung:

Die in den personellen Voraussetzungen geforderte Besetzung mit mindestens fünf Fachärzten geht deutlich über die Vorgaben vergleichbarer Leistungsgruppen hinaus, die ebenfalls mit akuten und zeitkritischen Versorgungssituationen verbunden sind. Die hohe Anzahl ist unverhältnismäßig und verschärft die ohnehin bestehende Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum.

Änderung wie folgt:

Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: **Fünf Drei FA**, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit

Zu LG Nr. 27 „Spezielle Traumatologie“:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass von den im KHVVG geplanten fünf zusätzlichen LG zum NRW-Modell nun vier gestrichen wurden. Das reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser erheblich, verhindert unnötige Zersplitterung der Leistungsstrukturen und erlaubt eine fokussierte Umsetzung der notwendigen Transformation der Krankenhauslandschaft mit den bereits erprobten LG aus NRW.

Die Einführung der neuen LG Nr. 27 aus dem KHVVG sehen wir weiterhin kritisch, denn Kliniken, die die Qualitätskriterien der neuen LG „Spezielle Traumatologie“ nicht erfüllen, indem sie z.B. die zusätzlich benötigten spezialisierten Fachkräfte nicht vorhalten können, werden benachteiligt, obwohl sie in der Gegenwart eine hochwertige traumatologische Versorgung anbieten.

Änderung wie folgt:

Die LG Nr. 27 „Spezielle Traumatologie“ ist zu streichen.

Zu LG Nr. 42 „Geburten“ und LG 43 „Perinataler Schwerpunkt“:

Es besteht weiterhin eine Regelungstechnische Lücke hinsichtlich der Versorgung gesunder Neugeborener. Diese Patientengruppe (ab der 37. SSW) wird bislang fälschlich der LG Nr. 43 „Perinataler Schwerpunkt“ zugeordnet, deren Struktur- und Qualitätskriterien jedoch klar auf die Versorgung von Frühgeborenen (32.–36. SSW, Level-3-Neonatologie) ausgerichtet sind. Für geburtshilfliche Kliniken der Level-4-Versorgung sind diese Anforderungen weder sachgerecht noch erfüllbar (vgl. [G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene](#)). In der LG Nr. 42 „Geburten“ werden hingegen nur die Mütter abgebildet.

Um die Versorgungsrealität korrekt abzubilden und die Abrechenbarkeit sicherzustellen, ist eine umfassende Prüfung und Anpassung dieser LG erforderlich.

Änderung wie folgt:

Prüfung und Anpassung der LG hinsichtlich der Versorgung gesunder Neugeborener

Zu LG Nr. 43 „Perinataler Schwerpunkt“, LG Nr. 44 „Perinatalzentrum Level 1“ und LG Nr. 45 „Perinatalzentrum Level 2“

Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe behandeln in der Praxis auch Patienten, deren Fälle eigentlich den Anforderungen niedrigerer Versorgungsstufen entsprechen würden. Beispielsweise versorgen Krankenhäuser, die über die die LG Nr. 44 „Perinatalzentrum Level 1“ verfügen auch Patienten, deren Merkmale eher einer niedrigeren Versorgungsstufe wie Level 2 oder dem Perinatalen Schwerpunkt zuzuordnen wären.

Daher braucht es eine eindeutige Regelung, die festlegt, dass ein Krankenhaus mit einer höheren LG auch berechtigt ist, Behandlungen durchzuführen, die den Kriterien einer niedrigeren LG (Versorgungsstufe) entsprechen.

Änderung wie folgt:

Prüfung und Anpassung der LG hinsichtlich der Behandlungskompetenz höherstufiger Einrichtungen

Zu LG Nr. 56 „Geriatrie“, personelle Ausstattung:

Die Anforderung von mindestens zwei FÄ „mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie“ halten wir für viele Krankenhäuser für zu hoch angesetzt. Bereits heute bestehen in vielen Regionen erhebliche Versorgungsengpässe, so dass die Gewinnung von Fachärzten in ausreichender Zahl schwierig ist.

Änderung wie folgt:

- Anpassung der Qualifikation: ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie **oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin**
- Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens **zwei ein** mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie **oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin**

Zu LG Nr. 57 „Palliativmedizin“, personelle Ausstattung:

Die Anforderung von „mindestens 2 FÄ mit ZW Palliativmedizin“ halten wir für viele Krankenhäuser für kaum realisierbar. Insbesondere in kleineren Häusern oder ländlichen Regionen ist die Vorhaltung von Ärzten mit dieser speziellen palliativmedizinischen Zusatzweiterbildung oft nicht realistisch. Laut Statistik der Bundesärztekammer verfügen in Deutschland deutlich weniger Krankenhausärzte über die ZW Palliativmedizin als etwa über die ZW Notfallmedizin oder Intensivmedizin. Diese Anforderung wird dazu führen, dass Kliniken diese LG nicht mehr anbieten können und das, obwohl die flächendeckende Versorgung mit den jetzt bestehenden Strukturen schon nicht gegeben ist. Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bieten derzeit nur etwa 17 % der Kliniken eine Palliativstation für erwachsene Palliativpatientinnen und -patienten an, und lediglich 4 % verfügen über einen multi-professionellen Palliativdienst auf weiteren Stationen.

Änderung wie folgt:

- Anpassung der Qualifikation: ZW Palliativmedizin **oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care**
- Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens **zwei ein** FA mit ZW Palliativmedizin **oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care**

Ausnahmeregelung für Fachkliniken

Zu § 135e Abs. 4 Satz 2 SGB V:

Diese Regelung ist unzureichend und wird den besonderen Versorgungsstrukturen der Fachkliniken nicht gerecht. Zwar ist positiv hervorzuheben, dass die Anforderungen zur „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ sowie die „sachliche Ausstattung“ nun im Rahmen von Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Unverständlich bleibt jedoch, weshalb diese Möglichkeit nicht konsequent auf die personelle Ausstattung ausgeweitet wird. Viele hochspezialisierte Fachkliniken haben aufgrund ihrer spezifischen Versorgungskonzepte keinerlei Bedarf für eine vollständige personelle Vorhaltung, sodass starre Vorgaben der Anlage 1 hier weder fachlich sinnvoll noch praktisch umsetzbar sind.

Gerade bei hochspezialisierten Fachkliniken können zentrale Strukturvorgaben der Anlage 1 aufgrund ihres Behandlungsprofils nicht sachgerecht angewendet werden. Daher sollten Fachkliniken insgesamt von der Verpflichtung zur Erfüllung dieser Strukturvorgaben

ausgenommen werden, um ihre Spezialisierungsprofile nicht zu gefährden und unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden.

Darüber hinaus müssen auch Besondere Einrichtungen von den rigidten Strukturvorgaben ausgenommen werden, da deren spezielle Versorgungskonzepte ebenfalls nicht mit den standardisierten Anforderungen der Anlage 1 kompatibel sind. Nur durch eine differenzierte und passgenaue Regelung können diese Einrichtungen weiterhin ihre unverzichtbare Rolle im Versorgungssystem erfüllen.

Ausnahmeregelung für Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung

Zu § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V:

Die vorgesehene Regelung, wonach Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung die Strukturvorgaben der Anlage 1 in den Bereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ im Rahmen von Kooperationen erfüllen können, ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht und verfehlt den Versorgungsrealitäten dieser Einrichtungen.

Erstens verkennt der Ansatz, dass Standorte ohne vollstationäre Behandlung gänzlich andere Versorgungsaufträge und Strukturprofile haben. Sie sind auf ambulante, teilstationäre oder hochspezialisierte Leistungen ausgerichtet und benötigen daher keine vollumfängliche Vorhaltung der in Anlage 1 beschriebenen stationären Strukturen. Die Anwendung dieser Anforderungen – selbst in Form kooperativer Erfüllungsmöglichkeiten – führt damit an den tatsächlichen Bedarfen vorbei.

Zweitens schafft die Regelung unnötige Bürokratie, da Einrichtungen ohne vollstationäre Leistungen erst künstlich in vollstationäre Strukturvorgaben „eingepasst“ werden, nur um anschließend über Kooperationen wieder davon abzuweichen. Dieses Konstrukt erzeugt administrative Doppelstrukturen, ohne dass daraus ein erkennbarer Qualitätsgewinn entsteht.

Drittens überschätzt die Regelung den praktischen Nutzen von Kooperationsvereinbarungen. Der Versuch, personelle und strukturelle Anforderungen, die für vollstationäre Versorgung gedacht sind, in ambulanten oder teilstationären Settings über Kooperationen abzubilden, ist organisatorisch oft nicht umsetzbar und führt zu Fehlanreizen, die insbesondere kleinere, spezialisierte oder ländliche Einrichtungen belasten.

Insgesamt bleibt festzuhalten: Für Einrichtungen ohne vollstationäre Krankenhausbehandlung sind die Strukturvorgaben der Anlage 1 weder erforderlich noch geeignet. Statt sie über Umwege aufrechterhalten zu wollen, braucht es eine klar abgegrenzte und passgenaue Regelung, die die besonderen Aufgaben dieser Standorte anerkennt und ihnen die notwendige Flexibilität zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags belässt.

Mindestvorhaltezahlen

Zu § 135f SGB V:

Die Einführung leistungsgruppenspezifischer Mindestvorhaltezahlen lehnen wir entschieden ab. Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen de facto eine neue Form von Mindestmengen dar. Anders als bei den Mindestmengen nach G-BA-Verfahren fehlt hier jedoch jede methodisch fundierte Herleitung. Eine rein mathematische Ableitung per Perzentil-Ansatz ignoriert zentrale Kriterien wie Morbiditätsstrukturen, regionale Bedarfe, Versorgungsprofile oder Schweregrade der Fälle. Dies würde bedeuten, dass eine bundesweit einheitliche, statistisch erzeugte Schwelle darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe erbringen darf, unabhängig davon, ob es medizinisch notwendig, qualitätsgesichert oder regional unverzichtbar ist.

Die Verknüpfung der Krankenhausplanung an solche pauschalen Zahlen entbehrt nicht nur jeder wissenschaftlichen Evidenz, sondern führt zu einem willkürlichen Ausschluss bedarfsgerechter Leistungsanbieter, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen.

Zudem stellt die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V einen erheblichen Eingriff in die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder dar. Krankenhausplanung muss sich an regionalen Bedürfnissen, Erreichbarkeiten und Versorgungspfaden orientieren, nicht an einem bundesweiten Fallzahlmodell, das lokale Versorgungsrealitäten systematisch ausblendet.

Die Folge wäre ein beschleunigter Abbau von Versorgungsangeboten, der das Risiko einer Wartelistemedizin, längeren Fahrzeiten sowie zeitlicher Verzögerungen in Diagnostik und Therapie und damit die Gefahr einer regionalen Unterversorgung erheblich erhöht.

Änderung wie folgt:

Mindestvorhaltezahlen streichen oder zumindest deutlich flexibilisieren.

Onkochirurgische Leistungen

Zu § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V:

Die Regelung sieht vor, dass der G-BA eine niedrigere als die in § 40 Abs. 1 Satz 3 KHG genannte Prozentzahl festlegen kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Diese Formulierung räumt dem G-BA jedoch lediglich eine Möglichkeit ein. Damit besteht das Risiko, dass die entscheidende Voraussetzung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in der Praxis nicht hinreichend umgesetzt wird. Gerade in der Onkochirurgie ist jedoch klar, dass eine gleichzeitige Erfüllung hoher Fallzahlvorgaben und der Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung nicht in allen Regionen realisierbar ist. Ohne eine verpflichtende Absenkungsmöglichkeit drohen Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten.

Die Krankenhausreform verfolgt jedoch ausdrücklich das Ziel, eine patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Daraus ergibt sich zwingend, dass der G-BA nicht nur die Möglichkeit, sondern die Pflicht haben muss, die Prozentzahl abzusenken, wenn andernfalls Versorgungslücken entstehen würden.

Änderung wie folgt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss ~~kann hat~~ für einen nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festzulegen, bis zu dem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“

Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve

Zu § 271 SGB V:

Mit der vorgesehenen Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und der Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds auf 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds wird die Spanne zwischen der Obergrenze und der Untergrenze der Liquiditätsreserve geringfügig um 2,5 Prozentpunkte auf 7,5 Prozentpunkte ausgeweitet. Der BRH hat sich in seinem jüngsten Bericht zur Entwicklung der Finanzlage in der GKV vom 15. August für eine deutliche Erhöhung dieser Spanne ausgesprochen und sowohl die Höhe der Mindestrücklage als auch der Obergrenze als zu niedrig bewertet. Die Folge der gegenwärtigen Regelung ist eine permanente, mittlerweile auch unterjährige Anhebung der Zusatzbeiträge, die den Beitragszahler belasten. Eine Anhebung von Mindestreserve und Obergrenze ist somit dringend für eine Stabilisierung der Finanzgrundlage der GKV vonnöten. Dass die Liquiditätsreserve zu gering ist, zeigt sich aktuell in der Notwendigkeit, dem Gesundheitsfonds bereits in 2025 ein Darlehen von 2,3 Mrd. Euro gewähren und die Rückzahlung eines Darlehens aus dem Jahr 2023 in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2026 auf Ende 2033 verschieben zu müssen, um eine Unterschreitung der Mindestreserve oder eine weitere Erhöhung des Zusatzbeitrags zum 15. Januar 2027 zu vermeiden.

MD-Prüfungen zu Qualitätskriterien

Zu § 275a Abs. 1 Satz 5 SGB V:

Die Zulassung unangekündigter, nicht-anlassbezogener Vor-Ort-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst stellt für die Krankenhäuser eine unverhältnismäßige organisatorische und bürokratische Belastung dar und ist in der aktuellen Praxis realistisch nicht umsetzbar.

Diese Regelung verkennt die Realität der Datenvorhaltung in Krankenhäusern. Anders als in vollautomatisierten Systemen erfolgt die Dokumentation, Ablage und Verknüpfung von Nachweisen in den meisten Häusern noch teilweise manuell und über mehrere Systeme hinweg. Viele Krankenhäuser werden noch Jahre benötigen, um die notwendigen technischen Voraussetzungen für eine Echtzeit-Datenbereitstellung zu schaffen. Ohne vorherige Ankündigung ist es somit organisatorisch nicht möglich, alle relevanten Dokumente und Nachweise innerhalb kürzester Zeit in prüffähiger Form zusammenzutragen.

Um unangekündigte MD-Prüfungen realistisch zu meistern, müssten Krankenhäuser eine ständige Daten- und Personalbereitschaft gewährleisten. Das würde bedeuten, dass zusätzliche Ressourcen dauerhaft gebunden werden müssten, parallel zur laufenden Patientenversorgung (Ärzte, Pflegekräfte, Kodierfachkräfte müssen ad hoc aus der Versorgung abgezogen werden, um Unterlagen zusammenzustellen etc.) und sich die administrativen Aufgaben verdoppeln (Pflege von Echtzeitdaten etc.). Damit steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Durch diese Regelung droht, dass die vorhandenen Strukturen in den Krankenhäusern zusätzlich belastet werden und der Fokus vom Patientenwohl auf die Bürokratie verlagert wird.

Zeitschiene zu den MD-Prüfungen

Zu § 275a Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V:

Die neue Zeitschiene sieht vor, dass die MD-Prüfungen als Grundlage der Leistungsgruppenzuordnung im Zeitraum 31.12.2025 bis 31.07.2026 durchgeführt werden. Aus unserer Sicht ist dieser Zeitraum für eine flächendeckende Prüfung aller Krankenhäuser in sämtlichen beantragten Leistungsgruppen vollständig unrealistisch.

Dies birgt das Risiko einer ungleichen Behandlung: Ein Teil der Krankenhäuser würde unter strengen MD-Prüfungen bewertet – und das, obwohl Prüfmethoden und Kriterien im Vorfeld nicht abschließend geklärt sind –, während andere ihre Leistungsgruppenzuordnung auf Basis möglicherweise unrealistischer Selbsteinschätzungen erhielten. Dies benachteiligt die geprüften Häuser und gefährdet die Gleichbehandlung im Verfahren.

Wenn nicht gewährleistet werden kann, dass alle Krankenhäuser innerhalb des vorgesehenen Zeitraums geprüft werden, sollten die Leistungsgruppen zunächst einheitlich auf Basis von Selbsteinschätzungen zugeteilt werden. Die MD-Prüfungen müssten dann nachgelagert und für alle Häuser gleichermaßen erfolgen. Alternativ muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass der Medizinische Dienst im genannten Zeitraum tatsächlich alle beantragten Leistungsgruppen in allen Krankenhäusern prüft.

Standortdefinition

Zu § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG:

Viele Krankenhäuser erbringen ihre Versorgungsangebote über mehrere Standorte oder Gebäudekomplexe verteilt, um die Versorgung wohnortnah abzusichern, bestehende Infrastruktur effizient zu nutzen und ambulante und stationäre Angebote sektorenübergreifend miteinander zu verknüpfen. Die Begrenzung des Standortbegriffs auf eine maximale Entfernung von 2.000 Metern ist weder in Großstädten sinnvoll, wo viele Träger ihre Campi über die Stadt verteilt haben, noch in Flächenregionen. Eine Ausweitung auf 10.000 Meter würde es ermöglichen, dass kleinere Klinikstandorte, ambulante Einrichtungen und Fachabteilungen in einem gemeinsamen Versorgungsverbund zusammengefasst werden, dabei trotzdem als ein Standort im Sinne der Krankenhausplanung gelten und damit die Schließung und Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen im bestehenden Verbund zu vermeiden. Durch moderne Kommunikations- und Dokumentationsinfrastruktur, digitale Patientenakten, telemedizinische Vernetzung sowie einheitliche Leitungs- und Qualitätsstrukturen erfolgt die Versorgung auch in räumlich getrennten Gebäuden so koordiniert, als fände sie „unter einem Dach“ statt, ohne Einbußen bei Qualität, Sicherheit oder Patientennähe.

Änderung wie folgt:

„Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als ~~2.000~~ **10 000** Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“

Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen

Zu § 6a Abs. 4 Satz 1 KHG:

Die vorgesehene Regelung, wonach die Landesbehörde Leistungsgruppen nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zuweisen kann, ist aus unserer Sicht nicht akzeptabel. Sie greift unmittelbar in die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder ein und verschiebt zentrale Entscheidungen der Krankenhausplanung in Richtung der Kostenträger, die keine planerische Verantwortung tragen.

Die Krankenhausplanung ist ausdrücklich Aufgabe der Länder, da sie die regionalen Versorgungsstrukturen, Bedarfe und Standortgegebenheiten am besten beurteilen können. Die Einbindung der Krankenkassen als faktische Mitentscheider führt jedoch dazu, dass planerisch notwendige Entscheidungen blockiert oder verzögert werden können, auch dann, wenn sie für die Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich sind.

Damit wird ein zentrales Steuerungsinstrument der Länder von der Zustimmung derjenigen abhängig gemacht, die primär Wirtschaftlichkeitsaspekte vertreten und nicht für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung verantwortlich sind. Dies widerspricht dem Grundprinzip der dualen Krankenhausfinanzierung ebenso wie der föderalen Aufgabenverteilung.

Änderung wie folgt:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im ~~Einvernehmen~~ **Benehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist,
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder
3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Zu § 6a Abs. 4 Satz 2 KHG:

Eine Befristung der Ausnahmeregelung auf drei Jahre ist in höchstem Maße problematisch. Sie würde bedeuten, dass selbst Leistungsgruppen, die zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend notwendig sind, nach Ablauf der Frist ersatzlos wegfallen. Damit würden bewusst Versorgungslücken in Kauf genommen, obwohl die zugrunde liegenden Bedarfe in der Regel unverändert fortbestehen. Eine solche Regelung ist fachlich unhaltbar und für die betroffenen Menschen nicht akzeptabel.

Änderung wie folgt:

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen ~~auf höchstens drei Jahre zu befristen~~ unbefristet möglich.

Vergütung eines Vorhaltebudgets

Zu § 6b KHEntgG:

Das Ziel einer verlässlichen Grundfinanzierung für die 24/7-Vorhaltung von Personal, Notaufnahme, OP-Kapazitäten, Intensivbetten und Medizintechnik ist richtig und notwendig. Die im KHVVG verankerte Vorhaltevergütung ist jedoch ungeeignet, dieses Ziel zu erreichen. Ihre Konstruktion führt systematisch an den realen Bedarfen vorbei.

Erstens ist das Vorhaltebudget doppelt an Fallzahlen gekoppelt – durch Mindestfallzahlen als Zugangsvoraussetzung und durch historische Fallzahlen als Bemessungsgrundlage. Das benachteilt insbesondere Krankenhäuser in ländlichen und bevölkerungsarmen Regionen, die

trotz gleicher oder sogar höherer Fixkosten weniger Vorhaltefinanzierung erhalten. Damit wird die flächendeckende Versorgung nicht stabilisiert, sondern geschwächt.

Zweitens basiert das Vorhaltebudget auf Leistungsgruppen, obwohl diese für die Finanzierung ungeeignet sind. Fachabteilungen decken regelmäßig mehrere Leistungsgruppen ab, während einzelne Leistungsgruppen von verschiedenen Abteilungen oder interdisziplinären Teams erbracht werden. Die Folge ist eine unklare Zuordnung von Fällen und Budgets, insbesondere durch breit gefasste Sammelgruppen wie Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie. Für die Kliniken entsteht dadurch ein System, das keine wirtschaftliche Steuerung, keine Transparenz und keine Planungssicherheit erlaubt.

Insgesamt erhöht die Vorhaltevergütung die Komplexität des Systems, verstärkt ökonomische Risiken und liefert nicht das, was versprochen wurde: eine verlässliche Finanzierung der echten Vorhaltekosten.

Die Vorhaltevergütung muss unverzüglich ausgesetzt und vollständig neu konzipiert werden. Eine tragfähige Lösung muss die Finanzierung von Vorhaltekosten an realen Strukturen orientieren, nicht an Fallzahlen und nicht an Leistungsgruppen.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Die bisherige Regelung zu den Vorhaltebudgets mit dem KHAG aussetzen und zügig überarbeiten.
- Mindestvorhaltezahlen streichen oder zumindest deutlich flexibilisieren.
- Für die Finanzierung Fachbereiche statt Leistungsgruppen zur Grundlage machen. (Leistungsgruppen bleiben weiterhin Basis der Krankenhausplanung).
- Die tatsächlichen Vorhaltekosten der Kliniken refinanzieren, um das ökonomische Hamsterrad zu stoppen.
- Planungssicherheit und Berechenbarkeit erhöhen durch transparente, nachvollziehbare Regelungen.

Nur ein solches, realitätsnahe und steuerungsfähiges Modell kann die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser sichern und eine verlässliche, flächendeckende Versorgung gewährleisten.

Fixkostendegressionsabschlag

Zu § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG:

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ist ein gravierendes Hindernis für die Umsetzung der Krankenhausreform. Während Bund und Länder Konzentrationen, Kooperationen und Standortzusammenlegungen ausdrücklich fördern, bestraft der FDA die Krankenhäuser genau dann, wenn sie diese politisch gewünschten Strukturveränderungen umsetzen und notwendige Mehrleistungen übernehmen. Das setzt völlig widersprüchliche Anreize: Kliniken, die Versorgungsverantwortung übernehmen, riskieren finanzielle Einbußen.

Konzentrationsprozesse erfordern erhebliche Investitionen: zusätzliche Infrastruktur, mehr Personal, moderne IT- und Verwaltungsstrukturen sowie medizinische Ausstattung. Der FDA führt dabei zu einer systematischen Kostenunterdeckung, obwohl die Mehrausgaben unmittelbar aus der Versorgungskonzentration resultieren. Das ist weder wirtschaftlich tragfähig noch mit dem Ziel einer besseren Qualität durch Spezialisierung und höhere Fallzahlen vereinbar. Deshalb muss der FDA schnellstmöglich abgeschafft werden. Mindestens ist sicherzustellen, dass Mehrleistungen, die aufgrund politisch gewünschter Strukturveränderungen entstehen, vollständig abschlagsfrei bleiben.

Änderung wie folgt:

Die Abschaffung des FDA muss schnellstmöglich umgesetzt werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Resilienz deutscher Krankenhäuser

Die aktuelle Sicherheitslage in Deutschland und Europa zeigt deutlich, dass Krankenhäuser als kritische Infrastruktur nicht ausreichend auf Krisen, hybride Bedrohungen, Cyberangriffe oder Szenarien eines NATO-Bündnis- oder Verteidigungsfalls vorbereitet sind. Die [Studie des Deutschen Krankenhausinstituts](#) belegt erhebliche strukturelle, technische und personelle Defizite in nahezu allen Bereichen der Resilienz. Die Krankenhausreform muss diese sicherheitsrelevanten Anforderungen systematisch berücksichtigen.

Resilienz ist nicht nur eine Frage zusätzlicher Technik oder baulicher Maßnahmen, sondern auch der krankenhausplanerischen Struktur. Eine Versorgung, die im Normalbetrieb bereits auf Kante genäht ist, ist im Krisenfall nicht leistungsfähig. Die dringend benötigten medizinischen Behandlungsreserven können nur entstehen, wenn im System ausreichend stationäre Vorhaltestrukturen vorhanden sind. Eine Reduzierung der stationären Versorgung auf ein reines Minimalniveau würde die Fähigkeit, Verwundete oder große Schadenslagen zu versorgen, erheblich gefährden und widerspricht den Erkenntnissen der o.g. Studie.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Keine Reduktion der stationären Versorgung auf reines Effizienzniveau; Puffer für Massenanfall, regionale Ausfälle oder militärische Verwundetentransporte zwingend notwendig
- Festlegung einer verbindlichen Vorhaltequote für stationäre und intensivmedizinische Strukturen sowie medizinische Behandlungsreserven, die über den Alltagsbedarf hinausgehen
- Vorhalteverantwortung im KHAG rechtlich verankern für eine krisenfeste, verteidigungsfähige Krankenhauslandschaft
- Weitere Lösungsvorschläge siehe o.g. Studie, wie bspw. bundesweite Mindeststandards für bauliche, technische und organisatorische Resilienz, Einrichtung eines Bundesinvestitionsprogramms „Krankenhausresilienz“ (Investitionsbedarfe von 2,7 bis 15 Mrd. Euro), dauerhafte Refinanzierung der zusätzlichen Betriebskosten, verpflichtende Qualifizierung des medizinischen Personals für Krisen- und Verteidigungsszenarien, Aufbau regionaler KRITIS-Netzwerke, gesetzliche Verankerung von Redundanz- und Ausfallstrukturen, Stärkung der digitalen Resilienz sowie Resilienzanforderungen verbindlich in Neubauten integrieren

Hybrid-DRG

Zu § 135f SGB V:

Das Ziel der Hybrid-DRG – mehr ambulante Versorgung, Entlastung der Patienten und geringere Kosten für die Krankenkassen – ist richtig und wird von den katholischen Krankenhäusern ausdrücklich unterstützt. Die gegenwärtige gesetzliche Ausgestaltung verfehlt dieses Ziel jedoch klar und schafft Fehlanreize sowie erhebliche Versorgungsrisiken.

Da Hybrid-DRG unabhängig vom Leistungsort einheitlich vergütet werden, ob im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis, führen sie zu Fehlanreizen: Niedergelassene Ärzte könnten ihre Tätigkeiten wegen der für sie attraktiveren Finanzierung verstärkt auf Hybrid-Eingriffen ausrichten. Ohne Budgetbegrenzungen führt dies nicht zu Einsparungen, sondern zu Leistungsausweitungen und steigenden Gesamtausgaben bei den Kassen.

Gleichzeitig gelten für Krankenhäuser hohe Anforderungen an Struktur, Personal und Qualität, während im ambulanten Bereich lediglich die allgemeinen Vorgaben nach § 115b SGB V

gelten. Diese regulatorische Asymmetrie führt dazu, dass komplexere Fälle aus Sicherheitsgründen im Krankenhaus behandelt werden müssen – ohne dass Kliniken hierfür auskömmliche Vergütungszuschläge erhalten oder für ihre krankenhauspezifische Vorhaltung und Nachsorge angemessen refinanziert wird.

Allein im Jahr 2026 wurden knapp 1 Million (!) bisher vollstationär Fälle in Hybrid-DRG überführt. Diese Leistungsausweitung fand ohne vorherige Evaluierung der bisherigen Hybrid-DRG und ohne tragfähige Kalkulationsgrundlagen, insbesondere aufgrund fehlender ambulanter Datengrundlagen. Die Auswahl der Leistungen erfolgte nicht auf Basis medizinischer oder wissenschaftlicher Kriterien, sondern vor allem an der Praktikabilität, was die Patientensicherheit gefährdet.

Zudem ist die schrittweise Absenkung der Hybrid-DRG-Vergütung auf AOP-/EBM-Niveau bis 2030 klar abzulehnen. Die Erbringung von Hybrid-Leistungen an und in einem Krankenhaussetting muss die Infrastruktur, die potenziell komplexeren Fälle und die zu erfüllenden höheren Qualitätsstandards refinanzieren. Darüber hinaus hat die Herausnahme der Hybrid-DRG aus dem DRG-System auch Auswirkungen auf die gesamte Krankenhausfinanzierung.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Gesetzesgrundlage für Hybrid-DRG (§115f SGB V) grundlegend anpassen.
- Anreize für Krankenhäuser schaffen, die Verweildauer dynamisch zu verkürzen – bis hin zur ambulanten Behandlung ohne Übernachtung: Einführung eines sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereichs (bis 3 Kalendertage).
- Hybrid-DRGs differenziert kalkulieren, so dass Schweregrade, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierte Qualitätssicherung berücksichtigt werden.
- Versorgungssicherheit durch einheitliche Struktur- und Qualitätsvorgaben auch im niedergelassenen Bereich gewährleisten.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Zu § 115g SGB V:

Die katholischen Krankenhäuser unterstützen die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) ausdrücklich. Sie können einen wichtigen Beitrag leisten, um die wohnortnahe Versorgung zu stärken, Versorgungslücken im ländlichen Raum zu schließen und Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen gezielt zu entlasten. Damit SÜV diese Rolle verlässlich erfüllen können, sind jedoch zentrale gesetzliche Anpassungen erforderlich.

Konkrete Lösungsvorschläge

Das Leistungsprofil der SÜV muss breit und flexibel gestaltet werden, um den realen Bedarfen vor Ort zu entsprechen. Dazu gehören:

- ein ausreichend breites Spektrum an stationären Leistungen (Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Palliativmedizin etc.), um auf die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe eingehen zu können, zu starke Einschränkungen würden diese Versorgungsstrukturen zerstören,
- die Möglichkeit, Hybrid-DRG-Leistungen und ambulante Operationen unabhängig vom bisherigen stationären Versorgungsauftrag zu erbringen,
- die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
- Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund nach § 116a,
- eine Ausweitung der Übergangspflege auf 30 Tage sowie eine deutliche Reduktion der bürokratischen Anforderungen für diese Versorgungsform und
- eine unbefristete institutionelle Ermächtigung zur haus- und fachärztlichen Versorgung, um einen niedrigschwelligen und kontinuierlichen Zugang sicherzustellen.

Die Qualitätsanforderungen müssen praxisnah und realistisch ausgestaltet sein. Das bedeutet:

- eine bedarfsorientierte ärztliche Präsenz, die durch Rufbereitschaft ergänzt werden kann,
- angemessene pflegerische Standards und
- ein eigenes Qualitäts- und Strukturkonzept für SÜV, das sich an ihren Versorgungsauftrag orientiert und flexible Lösungen für unterschiedliche regionale Bedarfe ermöglicht.

Damit SÜV dauerhaft wirtschaftlich tragfähig sind, braucht es:

- vollständige Kostendeckung aller Betriebs-, Personal- und Sachkosten,
- keine Degression, stattdessen ein einheitliches Tagesentgelt,
- Integration der pflegerischen Leistungen (Kurzzeit-, Übergangspflege) in das Gesamtvolumen und
- transparente und nachhaltige Refinanzierung der Umstrukturierungs- und Vorhaltekosten.

Darüber hinaus ist es entscheidend, dass die Länder für die Einführung der SÜV echte Gestaltungsspielräume erhalten.

Entbürokratisierung

Die katholischen Krankenhäuser fordern dringend Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser von unnötiger Bürokratie. Folgende erste Maßnahmen sind schnellstmöglich umzusetzen. Sie würden spürbar Zeit freisetzen – für Behandlung statt Bürokratie – und das Personal entlasten, das heute bis zu einem Drittel seiner Arbeitszeit mit Dokumentation verbringt.

1. Prüfwahnsinn eindämmen (MD-Prüfungen)
 - Reduktion der MD-Prüfquoten auf ein praxistaugliches Niveau
 - klar begrenzte Prüfthemen und verbindliche Bearbeitungsfristen
 - Wegfall von Prüfungen ohne patientenrelevanten Mehrwert (z. B. rein formale Dokumentationsdetails)
2. Dokumentationspflichten straffen
 - Vereinheitlichung der Dokumentationsstandards über Berufsgruppen hinweg
 - Verzicht auf nicht patientenrelevante Nachweispflichten (z. B. minutengenaue Pflegetätigkeitsnachweise)
3. PpUGV / Personalvorgaben vereinfachen
 - Wegfall der minutengenauen Pflegepersonaluntergrenzen-Dokumentation
 - Einführung einer vereinfachten, monatlichen Meldelogik statt schichtgenauer Nachweise
4. Qualitätsberichte entschlacken
 - Kürzung des Krankenhaus-Qualitätsberichts auf wesentliche Kennzahlen
 - Streichung rein formaler oder redundanter Angaben
 - Einführung eines einheitlichen digitalen Berichtsformulars
5. Abrechnungsbürokratie reduzieren
 - Vereinheitlichung von Abrechnungscodes und Plausibilitätsregeln
 - Wegfall unnötiger Antrags- und Genehmigungsverfahren

- 6.** Digitalisierungsprozesse vereinfachen
 - verpflichtende Interoperabilität der Systeme statt Insellösungen
 - Einmal-Erfassung von Daten (One Document – many Use Cases)
 - Förderung von automatisierter Codierung und Dokumentation
- 7.** Bürokratielast in der Notaufnahme reduzieren
 - Wegfall der komplexen Dokumentationspflichten
 - klare Kriterien zur Patientensteuerung ohne zusätzliche Dokumentationsauflagen
- 8.** Forschungs- und Statistikmeldungen reduzieren
 - Abschaltung des Krankenhaustransparenzverzeichnisses / Bundes-Klinik-Atlas
 - Zusammenführung der verschiedenen Melde- und Statistikpflichten (z. B. GBE, InEK, Destatis)
 - jährliche Überprüfung aller Meldepflichten auf Nutzen
- 9.** Entbürokratisierung bei Pflege, Therapie und Sozialdienst
 - Wegfall überdetaillierter Nachweisformulare in Pflege und Therapie
 - Vereinfachte Dokumentation der Entlassplanung
- 10.** Genehmigungsverfahren beschleunigen
 - schnellere Verfahren für Bau-, Investitions- und Strukturmaßnahmen
 - digitale Antragstellung ohne parallele Papierwege
 - verbindliche Reaktionszeiten aller beteiligten Behörden

Fachabteilungen/Fachabteilungsschlüssel

Es zeigt sich zunehmend in der Praxis, dass die derzeitige Ausgestaltung zentraler Struktur- und Zuordnungsmechanismen erhebliche Unschärfen aufweist. Die aktuellen bundesweiten Beratungen zur einheitlichen Bestimmung und Bezeichnung von Fachabteilungen nach § 301 SGB V verdeutlichen, wie tief die geplanten Reforminstrumente in bestehende Versorgungsprozesse eingreifen und wie entscheidend klare, praxistaugliche Definitionen für Planung, Qualitätssicherung und Vergütung sind. Dies betrifft nicht nur die Abbildung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, sondern insbesondere die Leistungsgruppensystematik, die künftig als zentrale Grundlage der Krankenhausfinanzierung dienen soll.

Besonders deutlich wird dies bei der Zuordnung gastroenterologischer Behandlungsfälle: Derzeit erfolgt die Einstufung in die LG Nr. 4 „Komplexe Gastroenterologie“ nahezu ausschließlich über den Entlass-Fachabteilungsschlüssel 0700. Identische gastroenterologische Fälle, die historisch – wie in vielen Bundesländern üblich – mit dem Schlüssel 0100 abgerechnet wurden, werden jedoch, bis auf wenige Ausnahmen, automatisiert der LG Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen. Diese rein formale, nicht leistungsbezogene Abgrenzung führt zu sachlich nicht begründbaren Benachteiligungen spezialisierter gastroenterologischer Abteilungen. Um eine sachgerechte und konsistente Leistungsgruppenzuordnung sicherzustellen, sollten daher alle medizinisch eindeutig gastroenterologisch diagnostizierten und behandelten Fälle unabhängig vom verwendeten Entlassschlüssel der LG Nr. 4 zugeordnet werden. Die derzeitige Logik stellt einen methodischen Fehler im Zuschnitt der Leistungsgruppen dar und sollte dahingehend dringend korrigiert werden.

Vor diesem Hintergrund ist eine zeitnahe Korrektur fehlerhafter Zuordnungslogiken unabdingbar. Der Gesetzgeber muss daher sicherstellen, dass Fachabteilungen, Leistungsgruppen und Zuordnungsmechanismen in einem kohärenten Gesamtsystem verankert werden, das eindeutige Abgrenzungen, einheitliche Anwendungsregeln und praxistaugliche Erfüllungskriterien enthält. Zugleich erweist sich der laufende Aushandlungsprozess auf Selbstverwaltungsebene als äußerst diffizil.

Kontakt

**Katholischer Krankenhausverband
Deutschland e. V.**

Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix
Leiterin Kontaktstelle Politik
Tel. 030 284 47 46
kontaktstelle.politik@caritas.de

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V. vertritt als Fachverband bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der Caritas bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.