

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Datum: 20.08.2025

Für die DIVI: Prof. Dr. Uwe Janssens (Generalsekretär der DIVI)

Stellungnahme der DIVI zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

Die DIVI bewertet den aktuellen Referentenentwurf zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) als fundamentalen Rückschritt für die Intensiv- und Notfallmedizin in Deutschland.

Als interdisziplinäre Fachgesellschaft mit über 4.500 Mitgliedern aus allen Bereichen der Intensiv- und Notfallmedizin sieht die DIVI in dem vorliegenden Entwurf eine gravierende Gefährdung der erreichten Qualitätsstandards und eine Schwächung der ursprünglich intendierten Reformziele. Die zentrale Zielsetzung der Krankenhausreform - die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, strukturierten und spezialisierten Versorgung kritisch kranker Patienten - wird durch die geplanten Aufweichungen und Ausnahmeregelungen erheblich untergraben.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 135d	<ul style="list-style-type: none">– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas– Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Wegfall der Leistungsgruppe Notfallmedizin bedroht Versorgungsqualität Ein besonders gravierender Fehler des KHAG-Entwurfs ist der geplante Wegfall der Leistungsgruppe Notfallmedizin. Diese Streichung stellt aus Sicht der DIVI einen inakzeptablen Rückschritt in der Strukturierung und Qualitätssicherung der notfallmedizinischen Versorgung dar. Die Leistungsgruppe Notfallmedizin war ein zentraler Baustein der ursprünglichen Krankenhausreform, um eine strukturierte, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Notfallversorgung zu gewährleisten. Durch verbindliche Strukturvorgaben und Mindeststandards sollten Notfallzentren gestärkt und eine angemessene personelle sowie technische Ausstattung

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

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>sichergestellt werden. Der Wegfall dieser Leistungsgruppe konterkariert die dringend notwendige Professionalisierung und Standardisierung der Notfallmedizin.</p> <p>Die DIVI fordert nachdrücklich die Wiederaufnahme der Leistungsgruppe Notfallmedizin in das KHAG. Eine qualitätsgesicherte Notfallversorgung erfordert klare strukturelle Vorgaben, definierte Personalstandards und verbindliche Ausstattungsanforderungen. Nur so kann eine flächendeckende, rund um die Uhr verfügbare Notfallversorgung auf hohem Niveau gewährleistet werden.</p>
3	§ 135e	<ul style="list-style-type: none"> – Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen) 	
4	§ 135f	<ul style="list-style-type: none"> – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	<ul style="list-style-type: none"> – Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens 	<p>Pflegepersonaluntergrenzen als unverzichtbare Qualitätssicherung</p> <p>Besonders alarmierend ist die geplante Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium aus der Leistungsgruppensystematik. Diese Maßnahme stellt aus Sicht der DIVI einen inakzeptablen Angriff auf die Patientensicherheit dar.</p> <p>Die seit 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen sind derzeit das einzige verbindliche und flächendeckend wirksame Instrument zur Sicherung pflegerischer Mindeststandards. In der Intensivmedizin mit den festgelegten Verhältnissen von 2:1 in der Tagschicht und 3:1 in der Nachtschicht sind diese Vorgaben essentiell für die sichere Versorgung schwerkranker Patienten. Die komplexe intensivmedizinische Behandlung erfordert eine angemessene pflegerische Betreuung, die ohne verbindliche Mindeststandards gefährdet ist.</p> <p>Die DIVI lehnt die Entkopplung der PpUGV von der Leistungsgruppensystematik kategorisch ab und fordert deren Stärkung als bundesweit einheitliches, unveränderliches Basisstrukturmerkmal der Krankenhausplanung. Die PpUG müssen mindestens so lange erhalten bleiben, bis bundesweit ein neues verbindliches, gesetzlich geregeltes</p>

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Personalbemessungsinstrument wie die PPR 2.0 etabliert ist. Ein Übergang darf nur erfolgen, wenn das neue Instrument nachweislich gleichwertige oder bessere Qualitätsstandards gewährleistet.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> – LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung der LG 47 – LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung – LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65 	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	<ul style="list-style-type: none"> – Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen 	Kritische Bewertung der Ausnahmeregelungen Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen stellen aus intensiv- und notfallmedizinischer Sicht einen unakzeptablen Qualitätsverlust dar. Diese ermöglichen es den

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK 	<p>Bundesländern, ohne verbindliche und nachvollziehbare Kriterien von den bewährten Strukturvoraussetzungen abzuweichen. Gerade in der Intensiv- und Notfallmedizin sind klare strukturelle Standards jedoch unerlässlich für die Patientensicherheit und Behandlungsqualität.</p> <p>Die DIVI fordert nachdrücklich, dass Ausnahmen ausschließlich auf Basis wissenschaftlich fundierter, transparenter und überprüfbarer Versorgungserfordernisse gewährt werden - nicht nach regionalpolitischen Erwägungen. Andernfalls droht eine Fragmentierung der Versorgungslandschaft, die dem Anspruch einer evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Intensiv- und Notfallmedizin diametral entgegensteht.</p>
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	<ul style="list-style-type: none"> – Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund 	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	<p>Verschiebung der Vorhaltevergütung konterkariert dringende Reformen</p> <p>Die erneute Verschiebung der Vorhaltevergütung um weitere zwölf Monate stellt keinen konstruktiven Reformansatz dar, sondern verschärft die bereits bestehenden strukturellen Defizite im Krankenhauswesen. Intensiv- und</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Notfallmedizin erfordern eine kontinuierliche Vorhaltung spezialisierter Ressourcen, unabhängig von der tatsächlichen Belegung. Diese Vorhaltekosten müssen endlich adäquat finanziert werden.</p> <p>Die DIVI fordert eine beschleunigte Einführung der Vorhaltevergütung bereits vor dem 1. Januar 2028, um den Kliniken die dringend benötigte Planungssicherheit zu geben und die Qualität der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung nachhaltig zu sichern.</p>
6	§ 37	<p>Ermittlung Vorhaltevergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027 	
7	§ 38	<p>Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	
8	§ 39	<p>Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie:	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen 	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027) 	
2	§ 4	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag 	
3	§ 5	<ul style="list-style-type: none"> – Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie 	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: <ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 21	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte 	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	<ul style="list-style-type: none"> – Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte. 	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		<p>Fazit:</p> <p>1. Wiederaufnahme der Leistungsgruppe Notfallmedizin: Die Leistungsgruppe Notfallmedizin muss als zentraler Baustein einer strukturierten und qualitätsgesicherten Notfallversorgung wieder in das KHAG aufgenommen werden.</p> <p>2. Erhalt und Stärkung der Pflegepersonaluntergrenzen: Die PpUGV muss als verbindliches Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik erhalten bleiben und als Grundlage für die Krankenhausplanung dienen. Die PpUG müssen mindestens so lange</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>bestehen bleiben, bis bundesweit ein neues verbindliches, gesetzlich geregeltes Personalbemessungsinstrument wie die PPR 2.0 etabliert und dessen gleichwertige Qualitätssicherung nachgewiesen ist.</p> <p>3. Beschleunigte Umsetzung der Vorhaltevergütung: Einführung bereits vor 2028 zur Sicherstellung einer adäquaten Finanzierung der intensiv- und notfallmedizinischen Infrastruktur.</p> <p>4. Verbindliche Strukturvorgaben ohne willkürliche Ausnahmen: Ausnahmeregelungen dürfen nur auf Basis klar definierter, medizinisch begründeter und überprüfbarer Kriterien gewährt werden.</p> <p>5. Sicherung der ursprünglichen Reformziele: Beibehaltung der vorgesehenen Leistungsgruppen zur Gewährleistung einer spezialisierten und qualitätsgesicherten Versorgung.</p> <p>Die DIVI appelliert eindringlich an die politischen Entscheidungsträger, die Qualität und Sicherheit der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung nicht durch kurzsichtige politische Kompromisse zu gefährden. Die Patientensicherheit muss oberste Priorität haben - auch und gerade in der Gesundheitspolitik.</p>

Prof. Dr. Uwe Jannsen

Generalsekretär der DIVI