



Dr. Gerald Gaß

# Krankenhausreform 2025: Was jetzt noch nachgebessert werden muss

Die mit dem KHVVG angestoßene Reform bleibt richtig – vor allem die bundesweit einheitlichen Leistungsgruppen als Planungsinstrument. Aber der aktuelle KHAG-Entwurf droht bei guten Ansätzen auf halber Strecke stecken zu bleiben. Die überbordende Bürokratie, inkonsistente Qualitätsregime und ökonomisch fragile Finanzierungslogiken werden nicht angepackt. Gefragt ist ein klarer Dreiklang: eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen unter Länderhoheit, eine wirklich fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung – ohne zusätzliche Fehlanreize – und eine Qualitätssicherung, die bedarfsnotwendige Versorgungsaufträge nicht aushebelt.

## Leistungsgruppen: Starkes Planungsinstrument – mit mehr Flexibilität statt Dogmatik

Die Idee ist richtig: Leistungsgruppen fördern Spezialisierung, beschleunigen den Strukturwandel und schaffen Transparenz in der Krankenhausplanung. Entscheidend ist, dass die Länder dieses Planungsinstrument wirksam nutzen können – auch dann, wenn einzelne Strukturvorgaben situativ nicht vollständig erfüllt werden. Dafür braucht es dauerhafte Ausnahmegenehmigungen in begründeten Fällen, flankiert von echten Kooperationsoptionen (inklusive Telemedizin) und expliziten Ausnahmen für Fachkliniken und besondere Einrichtungen. Zu starre Strukturvorgaben oder eine rein schematische Anwendung des Leistungsgruppenkatalogs würden Versorgungslücken eher verursachen als schließen. Im Übrigen würden sie auch die Versorgung verteuern, weil Strukturen vor Ort vorgehalten werden müssten, die bei Kooperationen an anderer Stelle vorhanden sind.

Gerade Fachkliniken leisten mit ihrer hohen Spezialisierung einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung – sei es in der Kinder- und Jugendmedizin, in der Psychiatrie, in Rehabilitationszentren oder in hochspezialisierten somatischen Disziplinen. Ihre Strukturen lassen sich jedoch häufig nicht in die Schablone standardisierter Leistungsgruppen pressen. Deshalb braucht es in der Krankenhausplanung spezifische Ausnahmeregelungen, die diesen Einrichtungen die dauerhafte Teilnahme am Versorgungssystem sichern. Andernfalls droht ein Verlust wertvoller Expertise, der nicht nur die regionale Versorgung gefährdet, sondern auch das gesamte Versorgungsniveau in Deutschland schwächt. Eine moderne Krankenhausplanung muss also Differenzierung statt Gleichmacherei ermöglichen – durch flexible Kriterien, regionale Ermessensspielräume und die systematische Einbindung von telemedizinischen Kooperationsformen.

## Qualitätssicherung: Gutes Zusammenspiel statt konkurrierende Überregulierung

Aktuell droht ein unklares Nebeneinander von Leistungsgruppen-Qualitätskriterien (§ 135e SGB V) und den Richtlinien/Mindest-

mengen des G-BA (§§ 136, 136b SGB V): Im Worst Case erfüllt ein Krankenhaus die Leistungsgruppen-Kriterien und erhält die Zuweisung, scheitert aber an zusätzlichen G-BA-Auflagen – mit der Folge eines Vergütungsausfalls für die gesamte Leistungsgruppe. Das höhlt die Planungsentscheidung der Länder faktisch aus. Notwendig ist eine klare Abgrenzung und Subsidiarität: Leistungsgruppen-Strukturvorgaben müssen vorrangig gelten, G-BA-Qualitätssicherung nur dort, wo es um spezielle Behandlungen geht, die nicht explizit durch die Leistungsgruppen definiert sind. Doppelte oder widersprüchliche Qualitätsvorgaben müssen ausgeschlossen sein. Konsequenz ist in diesem Sinn auch die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Leistungsgruppenkriterium: PpUG sind pflegesensitiv, nicht LG-kohärent, verfügen über ein eigenes Sanktionsregime und taugen nicht als justiziables Leistungsgruppen-Qualitätsmerkmal. Sie werden durch das KHAG nicht abgeschafft, sondern ordnungspolitisch korrekt zugeordnet.

## Vorhaltefinanzierung: Stopp, neu aufsetzen – und Bürokratie vermeiden

Die Verschiebung der Einführungsfristen löst kein Problem. Das Instrument erzeugt Fehlanreize und massiven Bürokratiewachstum, sichert die wirtschaftliche Lage bedarfsnotwendiger Häuser aber ebenso wenig, wie es die Konzentration komplexer Behandlungen fördert. Die logische Folge: Vollständige Aussetzung der Vorhaltefinanzierung und Beauftragung der Selbstverwaltung, ein wirklich fallzahlunabhängiges Alternativkonzept zu entwerfen. Bis dahin können bestehende Zuschläge (Sicherstellung, Notfallstufen, Zentren) als Übergangsinstrument mit zusätzlichen Mitteln aufgestockt werden.

Damit würde zugleich der hochumstrittene InEK-Abrechnungsgrouper obsolet, und man könnte ihn als reines Planungsinstrument nach dem Vorbild von NRW weiterentwickeln. Auch der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) muss früher abgeschafft werden (ab 2026 statt erst 2028). Wer politisch gewollte Konzentrationen umsetzt, darf dafür nicht durch Erlösabschläge bestraft werden. Andernfalls werden Strukturreformen verzögert und Qualitätsgewinne verhindert.

## Mindestvorhaltezahlen & onkochirurgische Verbotsliste: Zwei Irrwege

Mindestvorhaltezahlen sind weder evidenzbasiert noch rechtsicher. Sie sind auch per Definition kein Qualitätsmerkmal. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit eines Versorgungsangebotes lässt sich nicht bundesweit an einer Fallzahlschwelle festmachen. Der geplante Perzentil-Ansatz reduziert komplexe Versorgungsrealität auf eine mathematische Schwelle – unabhängig von Schweregrad, Schwerpunkten und regionaler Struktur. Das ist

eine abstruse Mindestmengen-Logik durch die Hintertür und verstellt den Blick auf echte Ergebnisqualität. Folgerichtig fordert die DKG die ersatzlose Streichung.

Gleiches gilt für die Verbotsliste onkologischer Leistungen: Das Instrument kollidiert mit der Leistungsgruppen-Systematik, basiert auf fragwürdigen Annahmen und produziert Rechts- und Versorgungsunsicherheit – inklusive zufallsbedingter Effekte durch Ein-Jahres-Fallzahlen. Für die komplexe Onkologie existiert bereits ein evidenzbasiertes Mindestmengen-Regime des G-BA, das – in Verbindung mit Leistungsgruppen-Zuweisungen – ausreicht, um Gelegenheitsversorgung zu vermeiden. Auch hier gilt: nutzlos und deshalb ersatzlos zu streichen.

### Transformationsfonds: Bundesmittel ja – Kassen-„Einvernehmen“ nein

Richtig ist, dass Transformationskosten aus Bundesmitteln finanziert werden sollen. Falsch ist, daran weiterhin das Einvernehmen der Kassen nach § 13 KHG für jeden Förderantrag zu knüpfen – nachdem keine GKV-Mittel mehr fließen. Das behindert Verfahren, kollidiert mit Länderkompetenzen und verlängert die Realisierung dringend benötigter Strukturprojekte. Ordnungspolitisch muss klar sein: Über die Krankenhausplanung und die Investitionen entscheiden die Länder und nicht die Krankenkassen. Positiv auch, die Entlastung der Länder vom Zwang zur Insolvenzprüfung. Was noch fehlt: die vom Bund angekündigten Verstärkungsmittel in den ersten Jahren auch tatsächlich im Gesetz zu verankern.

### Standortbegriff: 2 000 Meter sind zu eng – 5 000 sind eine vernünftige Ausgangsbasis

Die derzeitige Standortdefinition (maximal zwei Kilometer Gebäudeabstand) ist vielerorts praxisuntauglich und sachlich nicht begründbar. Neben der bereits vorgesehenen Schiedsstellen-Ausnahme im Einzelfall braucht es einen gesetzlich angehobenen Schwellenwert von fünf Kilometern mit weiteren Ausnahmemöglichkeiten für die Länder – im Sinne der funktionsorientierten Realität moderner Klinikverbände.

### Hybrid-DRG und Ambulantisierung: Erst evaluieren, dann skalieren

Die kurzfristig erweiterten Hybrid-DRG-Regeln sind kein tragfähiges Fundament für sinnvolle Ambulantisierung: Sie unterminieren die Länderplanung, destabilisieren die Krankenhausökonomie und verfehlen das Versorgungsziel. Nötig ist ein evidenzbasierter Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten an den Krankenhäusern, statt einer normativen Abwertung stationärer Leistungen auf AOP/EBM-Niveau. Solange das nicht gewährleistet ist, drohen Fehlanreize zulasten von Qualität und Erreichbarkeit – insbesondere in dünn besiedelten Regionen. (Einordnung auf Basis der DKG-Analyse des KHAG-Entwurfs.)

### SÜV als regionale Gesundheitszentren: Breiteres Leistungsspektrum, echte Budgetlogik

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) können ländliche Räume stabilisieren – wenn der Leistungskatalog

flexibel gestaltet wird und akutmedizinische Leistungen der SÜV ausdrücklich zugelassen sind. Für ältere, multimorbide Patientengruppen braucht es zudem eine gesetzliche Grundlage für zeitlich begrenzte medizinisch-pflegerische Versorgung jenseits von Übergangs- und Kurzzeitpflege. Finanzierungsseitig ist ein aufwandsgerechtes Gesamtbudget sinnvoller als kleinteilige Einzelleistungsregime.

### Transparenz, ja – Doppelstrukturen, nein: Bundes-Klinik-Atlas beenden

Das Krankenhausstransparenzverzeichnis („Bundes-Klinik-Atlas“) erzeugt Parallelstrukturen zu bestehenden Portalen (Qualitätsberichte), ist fehleranfällig und blendet ganze Leistungsbereiche komplett aus. Konsequenz ist die Abschaltung zugunsten des wesentlich leistungsfähigeren Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses – sowie die Streichung der zugehörigen Datentransferpflichten, die heute unverhältnismäßige Bürokratie verursachen.

### Finanzierung im Takt der Realität: Periodeneffekte vermeiden

Kalenderjahres-Bezug für den Orientierungswert statt halbjährlicher Datenanalyse führt zu noch späterer Abbildung aktueller Kostenentwicklungen – die systematische Unterfinanzierung in Inflations- und Lohnanstiegsphasen verschärft sich. Die Meistbegünstigungsregel (Einbezug der Veränderungsrate) wird damit noch wichtiger, um Kliniken nicht zwischen Preis- und Kostenzeitreihen zu zerreiben.

### Weniger Symbolpolitik, mehr Ordnungspolitik

Die Reform kann gelingen, wenn drei Linien konsistent gezogen werden:

- Planung: bundeseinheitliche Leistungsgruppen unter der Planungshoheit der Länder mit bedarfsgerechten Gestaltungsspielräumen, Kooperations- und Telemedizin-Optionen, Standortdefinition praxistauglich gestalten.
- Finanzierung: Vorhaltefinanzierung aussetzen und durch echtes fallzahlunabhängiges Modell ersetzen; FDA vorziehen; Transformationsfonds entbürokratisieren (kein Kassen-Einvernehmen).
- Qualität: Abgrenzung Leistungsgruppen -Kriterien vs. G-BA-Regime rechtssicher abgrenzen; Mindestvorhaltezahlen und Onko-Verbotsliste streichen; Transparenz ohne Doppelstrukturen, Bundes-Klinik-Atlas ersetzen; SÜV praxistauglich mit Gesamtbudget ausstatten.

Das KHAG ist die Chance, die Weichen für die große Krankenhausreform endgültig richtig zu stellen – nicht durch mehr Regeln, sondern durch bessere Regeln: weniger Reibungsverluste, klare Zuständigkeiten, planungssichere Vorgaben und messbare Qualität ohne ideologische Nebenwirkungen. Genau so wird aus einer guten Idee eine gute und stabile Patientenversorgung.

### Anschrift des Verfassers

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■