



# Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) in der Kritik

**Anhörung der Verbände: Kliniken und Kassen warnen vor Ausnahmen, Qualitätsverlust und Gefahren für die Patientensicherheit**

## **DKG: fallzahlunabhängiges Vergütungssystem, praxistaugliche Strukturvorgaben**

„Mehr Konsequenz seitens des Bundesgesundheitsministeriums“ wünschen sich die Krankenhäuser in Bezug auf den Referentenentwurf des BMG zum KHAG. Anlässlich der Anhörung am 21. August 2025 kritisierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Nachdruck die geplante Vorhaltefinanzierung. „Sie verbessert weder die wirtschaftliche Lage bedarfsnotwendiger Krankenhäuser der Grundversorgung, noch fördert sie die Konzentration komplexer Leistungen in Zentren. Sie schafft Fehlanreize und führt zu mehr Bürokratie. Die vorgesehene Verschiebung um ein Jahr löst keines der Probleme. Stattdessen brauchen wir ein wirklich fallzahlunabhängiges Vergütungssystem, entwickelt von den Partnern der Selbstverwaltung“, so **Dr. Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der DKG.

Das Anpassungsgesetz für die Krankenhausreform, das das Ministerium Anfang August vorgelegt hatte, ermöglicht Ausnahmen für die Länder, die künftig allein entscheiden können sollen, welche Ausnahmen sie bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an Kliniken zulassen – wenn es der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung dient. Auch, wenn die definierten Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Die Ausnahmen können drei Jahre gelten, eine Verlängerung der Ausnahmeregelung um ein Jahr und – wenn die Krankenkassen zustimmen – zwei weitere Jahre. Bei „bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäusern“ sind demnach sogar unbefristete Ausnahmeregelungen möglich. Über die Bedarfsnotwendigkeit entscheiden die Länder.

Die DKG fordert ausreichend Spielraum für die Länder: Strukturvorgaben dürften die Länder nicht in ihrer Entscheidungsfreiheit blockieren, Kooperationen – auch in telemedizinischer Form – müssten uneingeschränkt ermöglicht werden. Insbesondere die dauerhaften Ausnahmeregelungen für Sicherstellungskrankenhäuser würden in die richtige Richtung weisen, sagte die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG, **Prof. Dr. Henriette Neumeyer**, in einer ersten Reaktion der DKG auf das KHAG: „Auch bei anderen Kliniken sollte es den Ländern ermöglicht werden, eigenständig über Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der Versorgung zu entscheiden.“ Kritisch sieht die DKG die zeitlichen Befristungen und die Pflicht, Einvernehmen mit den Krankenkassen in diesen Entscheidungen zu erzielen.

Zudem kritisiert die DKG „praxisuntaugliche Strukturvorgaben im Leistungsgruppenkatalog, die die Versorgungssicherheit massiv gefährden könnten“. Positiv sehen die Krankenhäuser

dagegen die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen. Zudem müsse das Spannungsfeld zwischen Leistungsgruppenkriterien und den Vorgaben des G-BA dringend aufgelöst werden, um Doppelregulierungen zu vermeiden, heißt es in einer Erklärung vom 21. August.

Die DKG lehnt die Entwicklung von Mindestvorhaltezahlen ab, die weder evidenzbasiert noch rechtssicher sind. Ebenso unpraktikabel und ohne wissenschaftliche Evidenz sei die gesetzliche 2 000-Meter-Regel zur Definition von Krankenhausstandorten. „Hier brauchen wir eine Anpassung auf 5 000 Meter und weitergehende Abweichungsmöglichkeiten bei geeigneten Standorten, um realitätsgerechte Strukturen zu sichern“, betonte Gaß.

Erheblichen Änderungsbedarf sieht die DKG auch bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV). Die bisherigen Vorgaben sind zu restriktiv, um eine wirksame wohnortnahe Versorgung gewährleisten zu können. Zudem fordert die DKG die grundlegende Überarbeitung der Hybrid-DRG und die Abschaltung des nutzlosen und bürokratischen Bundes-Klinik-Atlas zugunsten des Deutschen Krankenhaus-Verzeichnisses.

„Die Ministerin Nina Warken verfolgt richtige Ziele. Aber wenn wir Versorgungssicherheit und Qualität für die Patientinnen und Patienten gewährleisten wollen, müssen jetzt noch entscheidende Korrekturen erfolgen. Wir brauchen weniger Bürokratie, mehr Flexibilität für die Länder und eine verlässliche Finanzierungsgrundlage für die Krankenhäuser. Im Mittelpunkt aller politischen Überlegungen muss die Sicherstellung der Patientenversorgung stehen und nicht die zwanghafte Idee einer bundeseinheitlichen Krankenhauslandschaft“, erklärte Gaß.

## **BDPK: Prozess- und insbesondere die Ergebnisqualität**

Aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) müssen bei der Beurteilung der Bedarfsnotwendigkeit auch die vorhandenen ambulanten Versorgungsangebote, die Notfallversorgung, die Rettungsdienste sowie die Übergangspflege nach stationären Aufenthalten berücksichtigt werden. In seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf für das KHAG bekräftigte der BDPK erneut, personelle und technische Strukturvorgaben allein seien nicht geeignet, das zentrale Reformziel einer verbesserten Qualitätssicherung und -steigerung zu erreichen. Qualität bemesse sich weder an der Größe eines Krankenhauses noch an der Zahl der Fachabteilungen, heißt es dort. Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung könne nur gelin-

gen, wenn neben der Strukturqualität auch die Prozess- und insbesondere die Ergebnisqualität – also der tatsächliche Behandlungserfolg – konsequent berücksichtigt werden. Dazu sollten Routinedaten sowie Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs) herangezogen werden. Nur so ließen sich tatsächlich Verbesserungen in der Patientenversorgung erreichen.

### Besondere Rolle der Fachkliniken

Für Fachkliniken fordert der BDPK eine praxistaugliche Definition im Gesetz. Die derzeitigen Vorgaben wie z. B. die Pflicht zur Vorhaltung von Fachabteilungen für Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin sowie CT/MRT in allen Fachkliniken – sind fachlich nicht begründbar, würden entweder zu erheblichen Mehrkosten oder zum Wegfall der hochspezialisierten Versorgungsangebote führen. Gleiches gilt für die stringente Begrenzung auf 80 % der Leistungen in maximal vier Leistungsgruppen. Der Verband schlägt eine neue Definition von Fachkliniken und eine Kompetenzerweiterung der Bundesländer für die Einordnung der Kliniken in Level F vor.

### Ablehnung eines ärztlichen Personalbemessungssystems

Schließlich warnt der BDPK vor der Einführung eines ärztlichen Personalbemessungssystems. Schon die Pflegepersonaluntergrenzen und das Pflegebudget hätten erhebliche Kostensteigerungen und fragwürdige Bürokratie verursacht. Ein weiteres verbindliches Personalbemessungssystem würde diesen Trend verstärken. Um die Versorgung effizienter und wirtschaftlicher zu gestalten, fordert der Verband zudem, auch auf bestehende Personalvorgaben in Pflege und Psychiatrie zu verzichten.

„Eine praxistaugliche Nachbesserung muss die notwendige Spezialisierung und Schwerpunktbildung mit dem Ziel einer wohnortnahen Grundversorgung in Einklang bringen. Das wird mit den beabsichtigten Anpassungen leider nur ansatzweise erreicht“, kritisiert der Marburger Bund in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des KHAG.

Der Marburger Bund fordert eine fallunabhängige Finanzierung der Vorhaltekosten, weitere Anpassungen im Bereich der Qualitätsvorgaben einzelner Leistungsgruppen sowie eine Überarbeitung des InEK-Groupers. Zudem fordert der Verband der angestellten Ärztinnen und Ärzte, die Krankenhäuser so auszustatten, dass sie auch in außergewöhnlichen Belastungssituationen verlässlich arbeiten können. Strukturen für Krisenvorsorge und Notfallkapazitäten müssten verbindlich im Gesetz verankert und dauerhaft finanziert werden, um die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung auch in Ausnahmesituationen zu gewährleisten.

### Kritik an Hybrid-DRGs

Auch die geplante Einführung von zwei Millionen Hybrid-DRGs stößt auf Ablehnung. Der BDPK konstatiert, die Krankenhäuser könnten die Leistungen nicht zu den vorgesehenen reduzierten Preisen erbringen. Als Folge würden weitere Kliniken in wirt-

schaftliche Schieflagen geraten und Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen drohen. Als Alternative schlägt der Verband vor, die untere Grenzverweildauer bei DRGs zu streichen, um Anreize für effizientere Behandlungsstrukturen und eine stärkere Ambulantisierung zu setzen.

Auch der Marburger Bund sieht die geplanten Hybrid-DRGs kritisch. Zwar könne eine gleichwertige Vergütung für ambulante und stationäre Leistungen sinnvoll sein, doch ohne klare Sicherungen drohen Fehlanreize. „Die Wahl des Behandlungssettings muss sich am medizinischen Bedarf orientieren und darf nicht von ökonomischen Erwägungen bestimmt werden“, heißt es in der Stellungnahme des Marburger Bundes.

Für **Bernadette Rümmelin**, Geschäftsführerin des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland, trägt das Änderungsgesetz noch zu viel die Handschrift von Ex-Minister **Karl Lauterbach**: „Viel abgehobene Theorie statt realitätsnaher Lösungen für die Versorgung vor Ort.“ Das Bundesgesundheitsministerium halte an hochbürokratischen Regelungen und völlig überzogenen Vorgaben fest, die die Versorgung am Patientenbett bis ins Detail reglementieren. „Das Ministerium muss endlich einen Blickwechsel vollziehen und die Krankenhausreform aus der Perspektive der regionalen Versorgungspraxis denken“, so Rümmelin weiter.

Der Vorsitzende des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV), **Christoph Radbruch**, betont die besonderen Bedarfe spezialisierter Fachkrankenhäuser und besonderer Einrichtungen. „Die geplante Krankenhausreform muss Differenzierung zulassen und die Vielfalt der Versorgungslandschaft stärken, nicht schwächen“, so Radbruch. Er fordert, die Besonderheiten der Fachkliniken bei den Leistungsgruppen zu berücksichtigen.

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** begrüßt in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf Anpassungen in Bezug auf geplante Regelungen für die belegärztliche Versorgung. Diesem wichtigen Versorgungszweig hätte ansonsten eine Schwächung gedroht, heißt es. Die KBV fordert, mit einem weiteren Gesetzgebungsverfahren die KBV am Leistungsgruppenausschuss zu beteiligen.

Die Kassen kritisieren die im Krankenhausreformanpassungsgesetz vorgesehenen „weitreichenden Ausnahmeregelungen für die Bundesländer“. **Stefanie Stoff-Ahnis**, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes: „Statt wirklich verbindlicher, in ganz Deutschland geltender Mindeststandards, wie zum Beispiel die Mindestanzahl an Ärztinnen und Ärzten je nach Fachgebiet, sollen die Bundesländer solche relativ frei unterschreiten können.“ Auch **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), moniert die vorgesehenen Ausnahmeregelungen und die neue Vereinbarungsregelung zu den Standorten. „Eine Abweichung bei der Standortdefinition von geografischen hin zu medizinischen Pseudovorgaben führt zu einer Aufweichung, die eine sachgerechte Anwendung von Qualitäts- und Strukturanforderungen zunichtemacht und die Patientenversorgung nicht verbessert, sondern gefährdet“, so Elsner. *krii* ■