

Bewertung Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

Am 5.8.2025 wurde der Referentenentwurf zum sog. **Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)** öffentlich gemacht. Es soll laut Aussagen der neuen Gesundheitsministerin Nina Warken das noch unter der letzten Regierung beschlossene **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)** »praxis-tauglicher« machen aber am Kern des Gesetzes nichts ändern. Die wesentlichen Änderungen sind:

1. Die Rechte der Länder Ausnahmegenehmigungen bei der Vergabe der Leistungsgruppen an einzelne Standorte von Krankenhäusern zu erteilen, wenn diese die Qualitätskriterien nicht erfüllen, werden erweitert. Die Fahrtzeitgrenzen (30 Minuten für die LG Allgemeine Innere und Allgemeine Chirurgie und 40 Minuten für alle anderen Leistungsgruppen), ab denen nur solche Ausnahmegenehmigungen erteilt werden durften, entfallen. Es genügt, dass das Land feststellt, dass der Standort »zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist«.

Ausnahmegenehmigungen für die Übergangszeit sind auch möglich, wenn der Standort ganz oder teilweise geschlossen werden soll. Im KHVVG war auch vorgesehen, dass für bestimmte Leistungsgruppen keine Ausnahmegenehmigungen erteilt werden können. Sie sollten in einer Rechtsverordnung (RV) gem. SGB 5 § 135e festgelegt werden, die es zumindest auf absehbare Zeit nicht geben wird. Es wurde zwar nicht die Möglichkeit zum Erlass der entsprechenden RV gestrichen, aber der Termin für die erste RV entfällt.

Es bleibt bei der maximalen Dauer der Ausnahmegenehmigungen von drei Jahren. Mit Zustimmung der Kassen kann die Zeit jetzt auf bis zu sechs Jahre verlängert werden.

Bewertung: Grundsätzlich ist die Erweiterung der Möglichkeiten für Ausnahmegenehmigungen zu begrüßen, auch wenn diese Erweiterung immer noch stark begrenzt ist (»zwingend erforderlich«, nur für drei Jahre). Dass die Kassen der Verlängerung einer solchen Ausnahmegenehmigung zustimmen müssen, stellt eine unsachgemäße Erweiterung der Rechte der Kassen und einen Eingriff in die Planungshoheit der Länder dar. Auch wenn wir den bisherigen Planungen der Länder kritisch gegenüberstehen, halten wir daran fest, dass Planung und Sicherstellung der Strukturen der Daseinsvorsorge staatliche Aufgabe ist und nicht Aufgabe der Kassen. Allerdings muss die Planung regionalisiert und demokratisiert werden.

2. Streichung von vier Leistungsgruppen (LG 3 – Infektiologie, LG 16 – Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, LG 47 – Spezielle Kinder- und Jugendmedizin, LG 65 – Notfallmedizin). Es handelt sich hierbei um die zusätzlichen Leistungsgruppen, die über die 60 Leistungsgruppen hinausgehen, die es in NRW aufgrund von Landesregelungen schon gibt. Lediglich die LG 27 – spezielle Traumatologie bleibt erhalten.

Bewertung: Die Streichung ist absolut notwendig, weil schon jetzt absehbar ist, dass eine eindeutige und korrekte Zuordnung vieler Diagnosen und Therapien insbesondere zu den neuen Leistungsgruppen nicht möglich ist. Da die Leistungsgruppen durch das KHVVG nicht nur als Planungsinstrument eingeführt wurden (was sinnvoll ist), sondern über die gesamte Vorhaltevergütung (ca. 50 % der Vergütung) entscheiden, sind damit Fehlallokationen bei der Vergütung, falsche Anreize und finanzielle »Optimierungsversuche« der Krankenhäuser vorprogrammiert. Dieses Problem besteht grundsätzlich bei allen Leistungsgruppen (auch der NRW-LG) und lässt sich nur durch eine Trennung von Vergütung und Planung ausräumen.

3. Die Fristen für die Einführung der Vorhaltevergütung werden um ein Jahr nach hinten geschoben (budgetneutral 2026 und 2027, Konvergenz 2028 und 2029, volle Wirksamkeit 2030). Dies führt auch dazu, dass die Förderbeträge für Pädiatrie (288 Mio.), Geburtshilfe (120 Mio.), Stroke Unit (35 Mio.), Spezielle Traumatologie (65 Mio.), Intensivmedizin (30 Mio.) um ein Jahr auf 2028 verschoben werden. Gleiches gilt auch für die Erhöhung der Zuschläge für die Notfallversorgung, die zusätzliche Vergütung für Koordinierungsaufgaben (125 Mio.) und für Hochschulen (75 Mio.), die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlag und der Mindererlösausgleiche, und die Abschaffung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in der Pädiatrie.

Bewertung: Besser als die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, wäre eine wirkliche und leistungsunabhängige Vorhaltevergütung, in Form der vollständigen Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten. Inakzeptabel ist, dass die – zwar geringen, aber dringend benötigten – Verbesserungen bei der Vergütung ebenfalls um ein Jahr verschoben werden. Das verstärkt die Finanznot der Krankenhäuser und wird zu weiteren Schließungen führen. **Notwendig ist die sofortige Auszahlung der Vergütungsverbesserungen ab 2026.**

4. Die Mindestvorhaltezahlen bleiben bestehen und werden nur um ein Jahr verschoben. Die onkochirurgischen Mindestzahlen bleiben ebenfalls im Kern bestehen. Es wird lediglich ermöglicht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bei einzelnen Leistungsgruppe die Fallzahlen und damit die betroffenen Standorte auf unter 15 % absenkt.

Bewertung: Die beiden Mindestzahlen sind ein rein finanzielles Selektionsinstrument, die nichts mit Qualitätssicherung zu tun haben, weil sie ohne jede wissenschaftliche Evidenz über große Bereiche (hunderte bis tausende von Eingriffen in einer Leistungsgruppe bzw. einem Indikationsbereich) aufgespannt sind. Sie müssen abgeschafft werden.

5. Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) als ein einzuhaltendes Qualitätskriterium wird gestrichen, die Einhaltung muss auch nicht mehr durch Wirtschaftsprüfer testiert werden.

Bewertung: Auch wenn die PPUGV in keiner Weise den tatsächlich notwendigen Bedarf an Pflegekräften erfasst, sondern nur die unterste Grenze festlegt, stellt diese Streichung einen Angriff auf die ersten Anfänge der längst überfälligen Personalbedarfsbemessung in Krankenhäusern dar. Sie reiht sich ein in die Versuche, die PPR 2.0 (Somatik) und die PPP-RL (Psychiatrie) zu verwässern und Sanktionen bei Unterbesetzung zu verhindern (immer unpräzisere Erfassung und Auswertung der Personalbesetzung, keine Konsequenzen bei Unterschreitung). **Die entsprechenden Regelungen müssen endlich scharfgeschaltet und als Qualitätskriterium wiedereingesetzt werden.**

6. Die Anlage 1 zu SGB 5 § 135e mit dem Verzeichnis der Leistungsgruppen, das verwandte LG listet, die nur gemeinsam (am Standort oder in Kooperation) betrieben werden dürfen und deren Qualitätskriterien, wurde geringfügig, aber in vielen Details geändert. Im Wesentlichen führen die Änderungen zu einer Reduzierung der vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen, zu einer Absenkung der

sachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung und zu einer Reduzierung der Anforderungen an das Vorhandensein spezieller Facharztweiterbildungen. Auch die Stundenzahl bei Ärzten, die ein Vollzeitäquivalent darstellt, wird von 40 auf 38,5 Stunden gesenkt.

Bewertung: *Unter dem Aspekt, weitere Schließungen von Krankenhäusern über die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zu erschweren, ist diese Reduzierung der Anforderungen eher zu begrüßen. Entscheidend für die Frage, ob ein Krankenhaus bedarfsnotwendig ist oder nicht, sollten weder finanzielle Restriktionen noch formale Pauschalvorgaben sein. Die jeweilige konkrete Entscheidung muss demokratisch und dezentral in den Versorgungsregionen erfolgen.*

7. Die hälftige Finanzierung des Transformationsfonds (jährlich 2,5 Mill. Euro ab 2026 bis 2035) übernimmt der Bund und nicht wie bisher geplant die Kassen.

Bewertung: *Dies Korrektur war überfällig. Es ist absolut inakzeptabel, dass die Kassen diesen Teil der Investitionskosten übernehmen und die Privatversicherten bei dieser Finanzierung außen vor bleiben sollten. Die Vergütung der **vollständigen** Investitionskosten ist eigentlich Ländersache. Es spricht nichts dagegen, dass der Bund die Länder hierbei unterstützt, nicht aber die Kassenmitglieder. Gestrichen werden müsste auch die Regelung im KHVVG, dass der Anteil, den die Länder an den Förderkosten übernehmen müssen, um die Bundesförderung zu erhalten, von den **Ländern und den Trägern zusammen** erbracht werden kann und dass die Länder ihre Förderung zu Lasten der Krankenhäuser auf bis zu 50 % reduzieren können. Das verstößt klar gegen die gesetzliche Vorgabe (KHG § 4), dass die Länder die Investitionskosten vollständig zu tragen haben.*

8. Die im Koalitionsvertrag festgelegte Übernahme der »Sofort-Transformationskosten« der Jahre 2023 und 2024 soll im Haushaltsbegleitgesetz (BT-Drs 21/778, Artikel 10) geregelt werden. Ab November 2025 können die Krankenhäuser bei jeder voll- und teilstationären Behandlung einen Zuschlag von 3,45 % abrechnen. Laut der o.g. Drucksache macht das 2025 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2026 2,5 Mrd. Euro aus, die den Krankenhäusern zusätzlich zufließen. Die Kosten trägt der Bund.

Bewertung: *Dies ist ein zwingend notwendiger, wenn auch nicht ausreichender Schritt, um die Finanznot der Krankenhäuser zumindest abzumildern. Laut dem Gesetzentwurf bekommen alle Krankenhäuser diese Zuschläge. Es gibt die Forderung aus verschiedenen Richtungen, die Zahl der Häuser auf »bedarfsnotwendige« einzuschränken. Es bleibt abzuwarten, ob der Entwurf des Haushaltsbegleitgesetz im Bundestag nicht in diese Richtung geändert wird.*

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Änderungen zwar zu keiner Verschärfung der Situation führen, bzw. z.T. geringfügige Verbesserungen darstellen, aber insgesamt den Anforderungen an eine gute und flächendeckende Versorgung, die sich am gesellschaftlichen Bedarf ausrichtet, nicht gerecht werden. Wesentliche hochproblematische Bestandteile des KHVVG werden nicht verändert. Hierzu zählen

- die Vorhaltevergütung, die weiterhin leistungsabhängig ist und keine wirkliche Vergütung der tatsächlichen Vorhaltekosten darstellt. Hier fordern wir die vollständige Refinanzierung der Personalkosten als ersten Schritt zu einer Selbstkostendeckung!
- die Fortexistenz der DRGs und ihrer massiven Fehlanreize. Hier fordern wir die vollständige Abschaffung des Fallpauschalensystems, die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung und das Verbot von Gewinnen!

- die Mindestvorhaltezahlen und die Mindestzahlen bei onkochirurgischen Eingriffen. Sie treffen Krankenhäuser, denen das Land die Leistungsgruppe bereits zugeteilt hat und die die Qualitätskriterien erfüllen. Die Reduzierung der Vergütung der betroffenen Häuser um ca. 50 % bedeutet im Kern, dass die Leistungen nicht mehr erbracht werden können. Sie dienen nicht der Qualitätsförderung, sondern der Selektion. Hier fordern wir die Streichung der entsprechenden Paragraphen!
- Ebenfalls keine Änderung erfolgte in Bezug auf die Planfallzahlen, die die Länder vorgeben können und die dann als Grundlage für die Vorhaltevergütung dienen. Sie können als verbindliche Obergrenzen der Behandlungszahlen eines Standortes ausgestaltet werden. Wenn dann die Grenzen erreicht werden, führt dies zu Unterversorgung, weil die Patient*innenzahl gedeckelt ist. Folge ist der Aufbau von Wartelisten und die Verschiebung von Patient*innen in andere Sektoren/Krankenhäuser. Die Selektion von »finanziell günstigen« Patient*innen und das Upcoding (Patient*innen kränker machen, als sie es sind) werden gefördert, weil das die noch möglichen Formen sind, um finanzielle Vorteile zu realisieren. Hier fordern wir die Streichung der Möglichkeit Planfallzahlen als Grundlage für die Vorhaltevergütung zu verwenden und das Verbot Planfallzahlen als Obergrenzen festzulegen!

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert