

15.12.2025

Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG): Stellungnahme des BDPK zum Gesetzentwurf

Kurzfristige Anpassungsbedarfe:

▪ **Sofortige und vollständige Streichung des FDA ab dem 01.01.2026 (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)**

Die Krankenhausreform treibt eine strukturelle Zentralisierung der Versorgung voran, die sich kurzfristig vollziehen wird. Dieser Prozess wird durch die zunehmenden, insolvenzbedingten (Teil-)Schließungen von Standorten und den Umbau der Krankenhauslandschaft durch den Krankenhaus-Transformationsfonds beschleunigt. Nach wie vor ist jedoch der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) in Kraft und muss nun in konfliktbeladenen Verhandlungen mit den Krankenkassen in „normale“ Mehrleistungen und solche Mehrleistungen unterteilt werden, die durch die Krankenhaus Transformation entstehen.

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) sollte mit Wirkung zum 1. Januar 2026 komplett abgeschafft werden. So ließe sich die „kränkelnde“ Krankenhauslandschaft für den Umbau stabilisieren. Dazu muss in § 4 Abs. 2a KHEntgG klargestellt werden, dass mit der Streichung auch zuvor vereinbarte Abschläge nicht mehr angewendet werden (vgl. hierzu die Anlage zur Stellungnahme ab Seite 6).

▪ **Aussetzung der Frist für die Abgabe der Budgetverhandlungsunterlagen sowie Aufhebung der Schiedsstellenregelung (§ 11 Abs. 6 und § 13 Abs. 3 KHEntgG und BPfIV)**

Durch Verzögerungen bei den Verhandlungen über die Erlöse der neuen Hybrid-DRG 2026 haben sich auch die Entscheidungen und die Veröffentlichung des DRG-Entgeltkatalogs 2026 sowie die Freigabe des DRG-Groupers 2026 verschoben. Dennoch müssen Krankenhäuser die Forderungsunterlagen für die Budgetverhandlungen 2026 bis zum 31. Dezember 2025 an die Vertragsparteien und die zuständige Landesbehörde schicken. Dies ist aufgrund der Verzögerungen praktisch nicht realisierbar. Wer diese Frist nicht einhält, riskiert Rechnungsabschläge in Höhe von 1 %. Die Frist für das Vereinbarungsjahr 2026 sowie die im Zusammenhang mit dem KHPfIEG eingeführten Fristenregelungen nach § 11 Abs. 6 KHEntgG und § 11 Abs. 6 BPfIV sollten dringend aufgehoben und dauerhaft auf den 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, verschoben werden.

Darüber hinaus müssen die Sanktionsmöglichkeiten aus dem Gesetz gestrichen werden. Diese Regelung ist einseitig zugunsten der Krankenkassen ausgestaltet, die ihrerseits häufig selbst Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen verursachen. Für Vertragsverhandlungen auf Augenhöhe darf ein Sanktionsinstrument nicht nur einer Seite zur Verfügung stehen. Zu Recht bezeichnet BeckOK KHR/Vollmöller (KHEntgG § 11 Rn. 12–17) die Regelung als weitere Bürokratisierung des Vergütungsrechts zulasten der Krankenhäuser.

Ähnliches gilt für die Regelung zur automatischen Anrufung der Schiedsstelle nach § 13 Abs. 3 KHEntgG und § 13 Abs. 3 BPfIV. Bereits jetzt sind die Schiedsstellen stark überlastet. Durch die zusätzlichen gesetzlichen Vorgaben steigt die Verfahrenskomplexität weiter an. Im Sinne eines Bürokratieabbaus für alle Beteiligten muss daher die Schiedsstellenregelung ersatzlos gestrichen werden.

▪ **Aufhebung des Abrechnungsverbots zur Wahrung der Länderkompetenz (u. a. § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)**

Verfassungsrechtlich liegt die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung grundsätzlich bei den Ländern. Durch das KHVVG aber auch durch das KHAG wird diese Kompetenz infrage gestellt. Planungsentscheidungen werden zwar weiterhin auf Landesebene getroffen, allerdings nur noch unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien des Bundes nach § 135e SGB V. Verschärft wird diese Entwicklung durch die mit dem KHVVG eingeführte Regelung nach § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG, dass künftig Krankenhausleistungen grundsätzlich nicht mehr abgerechnet werden dürfen, wenn sie den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht entsprechen. Zuständig für die Prüfung und Bestätigung ist der Medizinische Dienst. Abweichungen aus Gründen der Versorgungssicherheit sind nur zeitlich befristet und unter Beteiligung bzw. Zustimmung der Krankenkassen möglich.

Die Folge wird sein, dass Krankenhäusern Leistungsgruppen aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung zugewiesen werden, die Krankenhäuser die Leistungen aber nur noch befristet abrechnen dürfen. Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass es nach wie vor keine Auswirkungsanalyse gibt. Aus Sicht unserer Sicht müssen die die Leistungsgruppenvorgaben daher grundsätzlich als Rahmenempfehlung für die Krankenhausplanung der Länder ausgestaltet werden. Um dies zu ermöglichen, müsste § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG gestrichen werden.

▪ **Streichung der Vorhaltefinanzierung mit Mindestvorhaltezahlen (u. a. § 3 Nr. 3b, 6b, 7 KHEntgG, 37 KHG, 135f SGB V)**

Das Ziel der Einführung einer Vorhaltefinanzierung ist, den Anreiz für Krankenhäuser zu senken, eine möglichst hohe Fallzahl erreichen zu müssen (vgl. Seite 61 des Referentenentwurfs eines KHVVGs). Sie führt die Krankenhäuser jedoch nicht aus der Fallzahlabhängigkeit und schafft zudem mit den 20 % Korridoren neue Fehlanreize. Die Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V wurden im Zuge der Vorhaltefinanzierung eingeführt, zielen jedoch im Kern darauf ab, die Gelegenheitsversorgung zu vermeiden. Neben den bereits etablierten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Mindestmengen sind sie redundant und nicht zielführend. Die Mindestvorhaltezahlen schränken zudem die Planungshoheit der Länder erheblich ein.

Anstatt einer fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung für alle Leistungen in allen Krankenhäusern schlagen wir daher vor, ganze Versorgungseinheiten wie beispielsweise Geburtshilfestationen pauschal durch erweiterte Sicherstellungszuschläge abzusichern. Dabei sollte es sich um Versorgungseinheiten handeln, die trotz eines bestehenden Bedarfs wegen geringer Fallzahlen wirtschaftlich nicht tragfähig betrieben werden können. Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung sollten von den pauschalen Sicherstellungszuschlägen die Erlöse abgezogen werden. Die Finanzierung dieser erweiterten Sicherstellungszuschläge darf dabei nicht zulasten der anderen Krankenhäuser erfolgen. Dies wäre konträr zur Intention des Gesetzgebers, mit der Reform die

wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu stabilisieren. Hierzu schlagen wir eine Erweiterung der Vorgaben zur Finanzierung bedarfsnotwendiger Versorgungsbereiche über Sicherstellungszuschlag sowie der Erhöhung der Fördersummen über eine zusätzliche Finanzierung über eine entsprechende Anpassung des § 5 KHEntgG und der Ergänzungsvereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG nebst weiterer Folgeänderungen vor.

▪ **Ausnahmeregelung für Fachkrankenhäuser, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen (u. a. § 135e Abs. 4 SGB V)**

Die medizinisch erforderlichen Strukturen von Fachkrankenhäusern und auch Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG unterscheiden sich deutlich von denen der Allgemeinkrankenhäuser. Wir begrüßen daher die im Gesetzentwurf vorgenommene Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser sowie die Möglichkeit, die sachliche Ausstattung auch in Kooperation bereitzuhalten. Die Kooperation selbst als gesetzgeberische Vorgabe ist allerdings von der Bereitschaft der Kooperation der umliegenden Krankenhäuser abhängig. Bereits heute werden massive finanzielle Forderungen der kooperationsgebenden Krankenhäuser erhoben. Für die Fachkrankenhäuser ist jedoch die Kooperation existenziell und sie sind nun den Forderungen der benachbarten Krankenhäuser ausgeliefert.

Grundsätzlich sollten bei spezialisierten Versorgern daher nur die Strukturen gefordert werden, die im Rahmen des Behandlungskonzepts medizinisch erforderlich sind. Dies betrifft beispielsweise die Vorhaltung einer vollständig ausgestatteten Intensivstation, das Vorhandensein von zwei Operationssälen oder die Bereitstellung eines CT/MRT am Standort. Die Qualität der Versorgung wird durch die Qualitätskriterien aus den maßgeblichen OPS-Kodes gemäß § 301 Abs. 2 SGB V und den landesrechtlichen Vorgaben sichergestellt. Ähnliches gilt auch für teilstationäre Einrichtungen wie beispielsweise Tageskliniken und Nachtkliniken. Wie bereits in der Stellungnahme des Bundesrats vom 03.12.2025 hingewiesen, ist es weder sachgerecht noch praxistauglich, von diesen Einrichtungen trotz ihrer eingeschränkten Betriebszeiten die gleichen Strukturvorgaben zu fordern wie bei den Allgemeinkrankenhäusern.

Für Fachkrankenhäuser, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen schlagen wir daher vor, dass die Landesplanungsbehörden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Anwendung der Qualitätskriterien entscheiden. Hierzu schlägt der BDPK konkret die Einfügung eines Abs. 5 SGB in § 135e V vor, der wie folgt lautet:

„Die zuständigen Landesbehörden entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Anwendung der nach Absatz 1 bis Absatz 4 geregelten Qualitätskriterien und Leistungsgruppen für die Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG, teilstationäre Einrichtungen, die nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG vergütet werden sowie Fachkrankenhäuser, die von ihrer zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden.“

▪ **Übernahme von Fahrkosten bei Verlegungen zwischen zwei Standorten eines Krankenhausträgers (u. a. § 60 SGB V)**

Nach der aktuellen gesetzlichen Regelung in § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V können Fahrkosten bei stationären Leistungen nur dann von den Kostenträgern übernommen werden, wenn eine Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und diese Verlegung in ein

anderes Krankenhaus erfolgt. Medizinisch indizierte Verlegungen zwischen verschiedenen Standorten eines Krankenhausträgers sind hiervon hingegen nicht erfasst.

Diese Differenzierung führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Benachteiligung von Krankenhäusern mit mehreren Standorten. Sie ist aus versorgungsfachlicher Sicht, insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität der Patientenversorgung, nicht nachvollziehbar. Es mutet willkürlich an, dass Fahrkosten für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus finanziert werden, nicht hingegen zu einem anderen Standort des abgebenden Krankenhauses, das mit dem Patienten und seinem Krankheitsbild bereits vertraut ist. Eine entsprechende Anpassung des § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist daher dringend geboten, insbesondere vor dem Hintergrund der künftig durch die Zuweisung von Leistungsgruppen vorgesehenen Spezialisierung und Bündelung von Versorgungsleistungen.

Mittel-/langfristige Anpassungsbedarfe:

- **Aufhebung zentralistischer Personalvorgaben und Personalbemessungsinstrumente (u. a. § 136a Abs. 2, 137i und § 137m SGB V)**

Die Personalkosten sind der größte Kostenblock in den Krankenhäusern. Allein die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) hat zu signifikanten Kostensprüngen in der stationären Versorgung geführt. Die Einführung eines weiteren Personalbemessungssystems in Verbindung mit gesetzlicher Verpflichtung zur Personalvorhaltung wird erhebliche Kostensteigerungen nach sich ziehen. Zudem führt ein solches Bemessungssystem zu Mehraufwand für die Mitarbeitenden in den Kliniken. Schicht- und abteilungsbezogen muss die Anwesenheit der Ärzte erhoben, dokumentiert und überprüft werden. Perspektivische Sanktionierung wird zu einem weiteren Aufwuchs an Bürokratie führen.

Um die Krankenhausversorgung insgesamt effizienter zu gestalten, wird dringend empfohlen, die Aufhebung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung samt Sanktions- und Nachweisvereinbarung inklusive der Ermächtigungsgrundlage § 137i SGB V nebst weiterer Folgeänderungen zu prüfen. Auch die weiteren Personalvorgaben wie die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und das ärztliche Personalbemessungsinstrument für den ärztlichen Dienst in Krankenhäusern sollte gestrichen werden. Dabei sind die Perspektiven der finanziellen Entlastung der Krankenhäuser, Möglichkeiten der Effizienzsteigerungen in den klinischen Prozessen und die bürokratischen Entlastungen hinsichtlich der Dokumentation, Überprüfung und Sanktionierung zu betrachten.

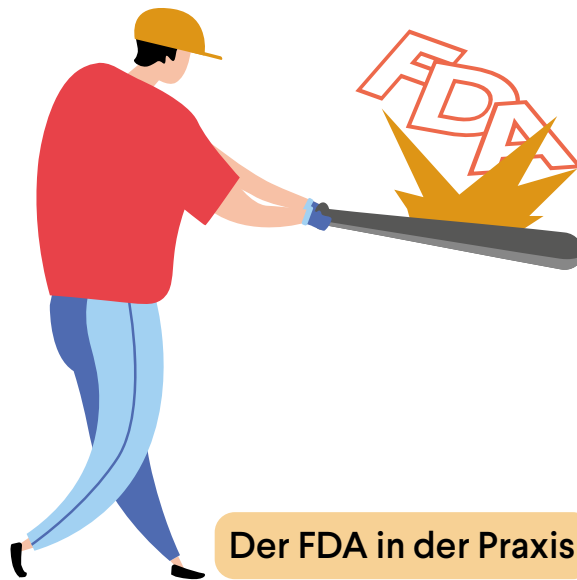
- **Aufhebung der Hybrid-DRG sowie Streichung der unteren Grenzverweildauer (u. a. § 115f SGB V)**

Die Vorgabe, zwei Millionen Krankenhausfälle über deutlich preisreduzierte Hybrid-DRG zu erbringen, wird sich nicht umsetzen lassen. Bei der Begründung der gesetzlichen Fallzahlvorgabe für die Hybrid-DRG stützt sich das BMG auf ein theoretisches Ambulantisierungspotenzial und übersieht dabei, dass dieses Potenzial nur dann erschlossen werden kann, wenn vorher tragfähige ambulante Strukturen geschaffen werden. Die Krankenhäuser haben derzeit keine Strukturen, mit denen sie die Leistungen zu geringeren Preisen erbringen können, ohne sich in weitere wirtschaftliche Bedrängnis zu bringen.

Es wird dringend empfohlen, die Aufhebung der Regelung zu den Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V nebst weiterer Folgeänderungen zu prüfen und stattdessen bei den DRGs die Untere Grenzverweildauer zu streichen und damit den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, effizientere Behandlungsstrukturen zu entwickeln, die unabhängig von der stationären Aufnahme sind. Die Streichung der Unteren Grenzverweildauer würde eine Änderung der aktuellen Fallpauschalenvereinbarung sowie des Fallpauschalenkatalogs/§ 8 KHEntgG nebst weiterer Folgeänderungen erfordern. Sinkende Kosten bei den Krankenhäusern fließen ohnehin in die Kalkulation der DRGs ein und entlasten perspektivisch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie die Kostenträger. So werden die Krankenhäuser finanziell ohne Mehrkosten für die Krankenkassen stabilisiert und haben den Anreiz, ihre Leistungserbringung zu ambulantisieren.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

FDA belastet Kliniken



Grundlagen

Was ist der Fixkostendegressionsabschlag?

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ist ein gesetzlich festgelegter Abschlag auf Erlöse von Krankenhäusern, wenn diese über die vereinbarte Leistungsmenge hinaus zusätzliche Fälle behandeln (§ 4 Abs. 2a KHEntgG). Er beträgt in der Regel **35 % und gilt jeweils über drei Jahre**.

Warum wurde der FDA 2017 eingeführt?

Der Gesetzgeber wollte verhindern, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen immer mehr Fälle aufnehmen und dadurch die Gesundheitsausgaben steigen. Der Abschlag sollte finanzielle Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Die Realität heute ist jedoch eine andere. Seit 2019 gibt es nicht mehr, sondern weniger Behandlungsfälle. Wenn einzelne Krankenhäuser also Mehrleistungen haben, dann handelt es sich in erster Linie um Verlagerungen aus anderen Kliniken.

Wie ist die Höhe von 35 % begründet – und ist sie realistisch?

Die 35 % sollten den Anteil fixer Kosten widerspiegeln, die bei Mehrmengen „gespart“ würden. In der Praxis trifft diese Annahme selten zu: Krankenhäuser können ihre Leistungen kaum skalieren, da zusätzliche Fälle meist auch mehr Personal und Infrastruktur erfordern. Insofern ist der FDA **realitätsfern und überhöht**.

Anwendung und Ausnahmen

Wann greift der FDA – und wann nicht?

Im Regelfall gilt der FDA für den Großteil der DRG-Leistungen. Ausnahmen (Vgl. § 4 Abs. 2a KHEntgG) bestehen unter anderem für:

- Transplantationen, Polytrauma, Neuro-B-Versorgung
- Leistungen mit sehr hohem Sachkostenanteil
- zusätzliche Versorgungsaufträge, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand
- Leistungen in ausgewiesenen G-BA-Zentren

Bei Verlagerungen von Leistungen zwischen Krankenhäusern (ohne Mehrmenge im Einzugsgebiet) gilt der Abschlag nur **zur Hälfte** – ein Nachweis, der jedoch **praktisch nur schwer zu erbringen** ist, da dieser nur anhand von Ist-Daten im Nachhinein möglich ist.

Der FDA in der Praxis

Welche Probleme entstehen bei der Umsetzung?

Die Nachweisführung für hälftige FDA-Reduktionen ist kompliziert, insbesondere bei Fachkliniken mit großem Einzugsgebiet. Auch bei Grundversorgern gelingt sie selten. In der Praxis führt das dazu, dass **der FDA häufig voll greift**, selbst bei bloßen Leistungsverchiebungen.

Welche finanziellen Auswirkungen hat der FDA?

Der FDA kann zu **Erlöseinbußen in Millionenhöhe** führen. Diese treffen besonders jene Kliniken, die infolge von Standortschließungen oder Strukturveränderungen zusätzliche Fälle übernehmen – also gerade die Häuser, die die Versorgung aufrechterhalten.

Der FDA und die Krankenhausreform

Was ist das Ziel der Krankenhausreform?

Die Reform zielt auf eine **Konzentration medizinischer Leistungen** und eine **Steigerung der Versorgungsqualität** durch Bündelung an ausgewählten Standorten ab.

Warum steht der FDA im Widerspruch zur Reform?

Der FDA sanktioniert jene Häuser, die Reformziele praktisch umsetzen – beispielsweise durch Übernahme von Fällen nach Standortschließungen. Damit **konterkariert der FDA die politisch gewollte Konzentration** und belastet Reformakteure finanziell.

Wie hängt der FDA mit dem Transformationsfonds zusammen?

Der Transformationsfonds soll ab Mitte 2025 Strukturmaßnahmen fördern (z. B. Standortzusammenlegungen). Gleichzeitig bestraft der FDA genau diese Maßnahmen mit Abschlägen. Das führt zu einem Widerspruch zwischen Förderung und Sanktionierung.

Hybrid-DRG und Budgetfristen

Wie beeinflusst der FDA die Einführung der Hybrid-DRG?

Wenn Leistungen künftig als Hybrid-DRG außerhalb des stationären Budgets vergütet werden, entsteht eine Lücke im Erlösbudget. Ob diese **FDA-frei oder FDA-pflichtig** aufgefüllt werden darf, ist umstritten. Dies birgt großes Konfliktpotenzial in den Budgetverhandlungen 2026.

Nach § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG müssen Krankenhäuser die Forderungsunterlagen für die Budgetverhandlungen 2026 bis zum 31. Dezember 2025 an die Vertragsparteien und die zuständige Landesbehörde schicken. Wer diese Frist nicht einhält, riskiert Rechnungsabschläge. Warum muss diese Frist ausgesetzt werden?

Aufgrund von Verzögerungen bei den Entscheidungen zu den Hybrid-DRG verschiebt sich die Veröffentlichung des DRG-Katalogs 2026 samt den notwendigen Grouper-Updates.

Dadurch ist eine frist- und leistungsgerechte Planung für die Krankenhäuser faktisch unmöglich. Krankenhäuser könnten so für ein nicht selbst verschuldetes Fristversäumnis mit Rechnungsabschlägen oder Sanktionen belegt werden. Daher sollte die Frist für das Jahr 2026 ausgesetzt werden.

Wie wirken sich die Budgetfristen auf den FDA aus?

Die engen Fristen erhöhen das Risiko, dass Krankenhäuser im Rahmen der Verhandlungen zu hohe Leistungsvolumina „auf dem Papier“ vereinbaren.

Das kann in der Folge zu FDA-Belastungen von bis zu 35 % führen – selbst dann, wenn die vereinbarte Mehrleistung später gar nicht erbracht wird. Im ersten Jahr fällt der Abschlag dennoch an; erst im zweiten Jahr kann er entfallen, wenn die vereinbarten Leistungen reduziert werden. Durch die Fristsetzung steigt also das Risiko, dass Kliniken häufiger ungewollt in den FDA „hineinlaufen“, anstatt Planungssicherheit zu gewinnen. Leistungsverlagerungen lassen sich bei prospektiver Verhandlung zudem überhaupt nicht darstellen, weshalb der Ausnahmetatbestand ins Leere geht und nachträglich keine Korrekturmöglichkeit vorgesehen ist.



Landesverband der Privatkliniken
in Hessen e.V.
www.vdpk.de



Klinikverbund Hessen e.V.
www.klinikverbund-hessen.de

Reformvorschläge und Ausblick

Welche Änderungen werden gefordert?

- **Abschaffung des FDA ab 2026**, inklusive Aufhebung laufender Abschläge
- **Alternativ:** Erweiterung der Ausnahmetatbestände (§ 4 Abs. 2a Nr. 1 KHEntgG) um „Leistungsverlagerungen infolge von Strukturreformen oder Standort-schließungen“

Was wären die Folgen einer Abschaffung?

Eine Abschaffung des FDA würde **Planungssicherheit schaffen, Reformprozesse erleichtern und wirtschaftliche Stabilität** für die aufnehmenden Krankenhäuser bringen. Damit könnten die Ziele der Krankenhausreform – Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit – tatsächlich erreicht werden. Regelhaft führt dies auch zu erheblichen Einsparungen bei den Krankenkassen, da Kosten für Verlegungen entfallen und die Behandlung eines Patienten in einem Haus wesentlich günstiger ist im Vergleich zur Abrechnung mit zwei Behandlungsfällen.

Fazit

Der FDA ist in seiner aktuellen Form **ein Hemmnis für die Krankenhausreform**. Er belastet die Kliniken, die Reformziele umsetzen, und entzieht ihnen dringend benötigte Mittel. Seine **umgehende Abschaffung ist entscheidend für eine erfolgreiche Neuausrichtung des Krankenhausmarktes** und ein Zeichen dafür, dass die Politik ihre Reformziele ernsthaft verfolgt.

