

Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Deutscher Bundestag
Gesundheitsausschuss
Frau Vorsitzende
Dr. Tanja Machalet MdB

Tel.: 030 590097-332
Fax: 030 590097-430

E-Mail: Phillip.Kaes@Landkreistag.de

AZ: V-560-00/1

Datum: 15.12.2025

Ausschließlich per E-Mail:

anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung am 17.12.2025 und die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Wir nehmen zur Kenntnis, dass der vorliegende Entwurf des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) diverse Regelungen aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) konkretisiert bzw. korrigiert, ohne dabei einzelne Themenschwerpunkte und Umsetzungsbereiche grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies führt zu einer höheren Transparenz hinsichtlich der Umsetzung. Dennoch bleiben weiterhin drängende Schwierigkeiten in der Umsetzung des KHVVG bestehen, die in weiten Teilen auch von den Ländern in der Stellungnahme des Bundesrates zum KHAG genannt worden sind, deren Zielsetzung vom Deutschen Landkreistag unterstützt wird. Zentral ist insbesondere, die vorgesehene Vergütungssystematik grundlegend zu überarbeiten, mehr Flexibilität bei der Planung zu erreichen und die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zeitnah festzulegen und weiterzuentwickeln.

Im Einzelnen:

Ausnahmemöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von 3 Jahren hinaus

Die Krankenhausreform kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn sie den regionalen Versorgungsrealitäten Rechnung trägt und nicht durch übermäßige Bürokratie und ein Übermaß an zentraler Steuerung ausgehöhlt wird. Sie muss von den Ländern pragmatisch, rechtssicher und mit ausreichender finanzieller Unterstützung umgesetzt werden können und ihnen insbesondere ausreichend Ausnahmemöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in besonderen Fällen ermöglichen. § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG-E sieht bei der Zuteilung der Leistungsgruppen die Möglichkeit einer auf drei Jahre befristeten Ausnahmemöglichkeit vor. Voraussetzung hierfür ist, dass die zuständige Landesbehörde hierüber Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen herstellt. Im Referentenentwurf war ein Zeitraum von maximal sechs statt drei Jahren vorgesehen. Die Verkürzung auf maximal drei Jahre lehnen wir ab. Ausnahmemöglichkeiten müssen im Sinne der Versorgungssicherheit in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von drei Jahren hinaus möglich sein, insbesondere wenn die Abweichung von den Leistungsgruppenvoraussetzungen mit keinerlei Abstrichen in der Versorgungsqualität verbunden ist. Bestehende Ausnahmeregelungen der Länder, insbesondere in der Gynäkologie und Geburtshilfe, sollten entfristet werden. Zudem ist aus unserer Sicht eine Regelung im Benehmen statt im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausreichend.

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

Grundlegende Überarbeitung der vorgesehenen Vorhaltevergütung

Das Festhalten an der Vorhaltevergütung in der bestehenden Form lehnen wir ab. Die grundsätzliche Idee einer echten Vorhaltefinanzierung ist richtig – aber nicht in der weiterhin vorgesehenen, fallzahlenabhängigen Ausgestaltung. Daran, dass es sich um ein grundsätzlich ungeeignetes Instrument handelt, ändert auch die Fristverlängerung zur Einführung im vorliegenden Entwurf nichts. Die beschlossene Vorhaltevergütung wird weiter in einem komplizierten Verfahren in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet. Die Kosten, die ein Haus hat, um die Ressourcen für die geforderte Leistungsgruppe vorzuhalten, sollten zu einem erheblichen Anteil übernommen werden, unabhängig von den Fallzahlen. Dies würde dem Versorgungsauftrag verursachungsgerecht Rechnung tragen. Wichtig wäre aus unserer Sicht, hierfür ein transparentes und unbürokratisches Regelwerk zu schaffen, das zudem auch Leistungsschwankungen ausreichend berücksichtigt.

Sicherstellung praktikabler Umsetzungsvoraussetzungen für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V

Zahlreiche Landkreise planen, relativ kurzfristig Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V weiterzuentwickeln. Dazu fehlen jedoch noch die von der Selbstverwaltung nach § 115g Abs. 3 SGB V bis zum 31.12.2025 zu erarbeitenden Kriterien für die zu erbringenden Leistungen sowie die Höhe und Ausgestaltung der degressiven Tagesentgelte nach § 6c KHEntgG. Derzeit verhandeln die Selbstverwaltungspartner bereits über die konkrete Ausgestaltung der Vorgaben nach § 115g Abs. SGB V. Wichtig ist hierbei, dass die Anforderungen an die ärztliche Präsenz in den SÜV nicht zu hoch angesetzt werden, diese im Vergleich zu stationären Häusern von Bürokratie entlastet werden und Wege gefunden werden, wie die Instandhaltung und Verwaltung der für den Betrieb eines SÜV übergroßen Flächen in einem ehemaligen Krankenhausgebäude zumindest übergangsweise abgedeckt werden können. Wenn dies nicht gewährleistet ist bzw. von der Selbstverwaltung keine Einigung erzielt werden kann, bitten wir zeitnah zu prüfen, ob hierzu gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf besteht.

Außerdem regen wir an, den Ländern zumindest ein Mitentscheidungsrecht bzgl. des möglichen Leistungsspektrums von SÜV nach § 115g Abs. 2 SGB V einzuräumen und so gegebenenfalls auch weitere Leistungen zu ermöglichen. Dazu zählt die stationäre Langzeitpflege gemäß SGB XI. Daraus könnten sich bei entsprechender Ausgestaltung erhebliche Synergien insbesondere beim Flächenbedarf und dem Einsatz des Pflegepersonals ergeben. Zudem sollte so auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache und nach klar definierten Kriterien in angemessener Weise an der Notfallversorgung teilnehmen und daher auch vom Rettungsdienst angefahren oder von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden können. Dies kann helfen, Überlastungen und unnötige Inanspruchnahmen von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden.

Dauerhafte Betriebskostensicherung

Wir begrüßen, dass der Deutsche Bundestag anerkennt, dass ein Teil der Inflationskosten aus den Jahren 2022 bis 2024 bislang nicht finanziert wurde. Der beschlossene Ausgleich über einen Rechnungszuschlag ab 1.11.2025 wird unterstützt. Allerdings haben die hohen Inflationsraten dieser Jahre zu einer dauerhaften Anhebung der Betriebskosten der Krankenhäuser geführt. Im Haushaltsbegleitgesetz 2025 ist dagegen nur ein zeitlich befristeter Rechnungszuschlag vorgesehen. Hinzu kommt, dass den Krankenhäusern durch die beschlossene Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 Einnahmeverluste von bis zu 1,8 Milliarden Euro drohen. Es ist zwingend erforderlich, die dauerhaft erhöhten Kosten auch dauerhaft zu finanzieren, um einen planvollen und keinen ungeordneten Strukturwandel zu ermöglichen. Ein in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzender Aspekt liegt dabei auf dem Abbau unnötiger und überbordender Bürokratie. Wir fordern, den Fokus stärker auf die Vereinfachung der Vielzahl an Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsanforderungen in

Krankenhäusern und die Streichung unnötiger Regelungen zu legen sowie das Instrument des Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen, da es eine unnötige Doppelstruktur zum Deutschen Krankenhausverzeichnis darstellt.

Grundlegende Überarbeitung der Hybrid-DRG

Mit dem KHVVG wurde in § 115f SGB V eine unrealistische Fallzahlvorgabe für zukünftige Hybrid-DRG-Leistungen für die Verhandlungen der Selbstverwaltung vorgegeben. Diese Fallzahlvorgabe ist problematisch. Zum einen wirkt sie den Regelungen und Qualitätsvorgaben der Krankenhausreform, insbesondere hinsichtlich der Leistungsgruppen entgegen. Darüber hinaus führen die Fallzahlvorgaben zu einem Hybrid-DRG-Katalog, der nicht mehr mit dem Ziel der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen übereinstimmt. Zudem widerspricht die Vorgabe zur Absenkung des Hybrid-DRG-Erlöses dem Ziel, ab 2030 aufgrund empirischer Daten die Kosten zu kalkulieren. Wir fordern daher bezüglich der Hybrid-DRG dringend ein Moratorium und eine grundlegende Überarbeitung von § 115f SGB V, um die bereits für das Jahr 2026 abzusehenden Fehlentwicklungen aufzuhalten.

Notwendige Rahmenbedingungen für Krankenhauskooperationen durch Länder definieren

Krankenhauskooperationen sind ein wichtiger Baustein für das Gelingen der Krankenhausstrukturreform. Um praktikable Lösungen vor Ort zu sichern, sollten die Länder gestärkt werden und in die Definition der notwendigen Rahmenbedingungen für Krankenhauskooperationen eingebunden werden – mit dem Ziel, Abweichungen von den Qualitätsvorgaben zu ermöglichen, wenn dies für die Kooperation von zwei oder mehreren Krankenhausstandorten zwingend erforderlich ist.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Freese