

Stellungnahme

Kabinettsentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

15. Dezember 2025

Vorbemerkung

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) begrüßt das Ziel des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG), die Qualität und Transparenz der stationären Versorgung zu erhöhen und die Krankenhausstrukturen zukunftsfähig auszurichten. Gleichzeitig weist der BVMed darauf hin, dass die angestrebten Reformen nur dann Wirkung entfalten können, wenn die Rolle moderner Medizintechnologien in der Qualitätsverbesserung konsequent berücksichtigt und die Finanzierung notwendiger Investitionen sichergestellt wird.

Die Medizintechnik ist integraler Bestandteil jeder Struktur- und Prozessqualität im Krankenhaus: Ohne moderne Geräte, IT-Lösungen und Infrastruktur sind weder Mindestanforderungen noch Leistungsgruppenkonzentrationen realistisch erfüllbar. Das KHAG adressiert diese Notwendigkeit bislang nur unzureichend.

Der BVMed nimmt im Folgenden zu den maßgeblichen Regelungsinhalten des Kabinettsentwurfs Stellung.

1. Qualitätskriterien und Leistungsgruppen (§ 135e SGB V)

1.1. Stellungnahmerecht der Medizintechnikverbände ergänzen

Forderung

Das Stellungnahmerecht der Medizintechnikverbände ist verbindlich in die Rechtsverordnung sowie in die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses aufzunehmen.

Begründung

Der BVMed fordert die Ergänzung eines Stellungnahmerechts der Medizintechnikverbände bei Anforderungen an die sachliche Ausstattung. Bei der Definition der Qualitätskriterien kommt der technologischen Ausstattung eine zentrale Rolle zu. Die Medizintechnikverbände verfügen über die notwendige Expertise hinsichtlich technischer Spezifikationen, Sicherheitsanforderungen, Innovationszyklen und internationaler Standards. Sie müssen deshalb, analog zum Verfahren im aG-DRG-System, systematisch beteiligt werden.

1.2. Finanzierung der sachlichen Ausstattung sicherstellen

Forderung

Ein Investitionskatalog der Länder mit Zweckbindungen in der Krankenhausplanung muss verpflichtet werden. Eine regelmäßige dynamische Anpassung an technologische Weiterentwicklungen hat zu erfolgen.

Begründung

Der BVMed fordert die Ergänzung in § 135e Abs. 4 SGB V, dass die Finanzierung der geforderten Medizintechnik zwingend sicherzustellen ist. Viele Leistungsgruppen enthalten Anforderungen an bildgebende Systeme, Funktionsdiagnostik, interventionelle Technik oder IT-Infrastruktur (z. B. Telemedizin). Diese Investitionen sind kapitalintensiv, während die Investitionsförderung der Länder seit Jahren strukturell unterfinanziert ist.

Ohne verbindliche Finanzierungszusage drohen:

- die Nichterfüllung der Qualitätskriterien
- eine systematische Benachteiligung kleiner und ländlicher Standorte
- eine Verschärfung der regionalen Versorgungsungleichheit

1.3. Hybrid-DRGs bei ärztlichen Vollzeitäquivalenten berücksichtigen

Forderung

Ärztliche Stellenanteile, die für Hybrid-DRGs eingesetzt werden, sind bei der Zuordnung zu Leistungsgruppen anzurechnen.

Begründung:

Hybrid-DRGs führen dazu, dass Behandlungen zunehmend sektorenlos erfolgen. Wenn der Personalaufwand für Hybrid-DRG-Patienten nicht angerechnet wird:

- werden etablierte Leistungsgruppen gefährdet,
- entstehen Fehlanreize zur künstlichen Verlängerung von Verweildauern,
- drohen Standortschließungen trotz tatsächlicher Leistungsfähigkeit.

2. Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)

Die Berücksichtigung der Hybrid-DRGs ist im Sinne der Qualitäts- und Versorgungssicherheit zwingend erforderlich.

2.1. AOP und Hybrid-Leistungsmengen berücksichtigen

Forderung

Alle Fälle einer Leistungsgruppe, unabhängig vom Abrechnungssystem (stationär, AOP, Hybrid-DRG), müssen in die Mindestvorhalteberechnung eingehen.

Begründung:

Viele Leistungsgruppen haben heute einen hohen Anteil ambulant durchgeführter Fälle (z. B. Endoskopie, kardiologische Eingriffe, Orthopädie). Würden diese nicht berücksichtigt:

- würde das tatsächliche Leistungsspektrum eines Standortes nicht abgebildet,
- entstünde ein struktureller Nachteil für innovativ arbeitende Krankenhäuser,
- könnte es zu Unterversorgung in bestimmten Regionen kommen.

Zudem ist die Berücksichtigung notwendig, um technologieinduzierte Effizienzgewinne (z. B. kürzere Behandlungsdauer) nicht zu sanktionieren.

2.2. Mengenunabhängige Vorhaltevergütung etablieren

Forderung

Eine strukturell verankerte, mengenunabhängige Vorhaltevergütung für Krankenhäuser, die den tatsächlichen Anforderungen an die Bereitstellung moderner medizinischer Infrastruktur entspricht, muss eingeführt werden:

- eigenständige, auskömmliche und investitionsfähige Vorhaltevergütung, die unabhängig vom Leistungsvolumen zugeteilt wird, einführen
- Vergütung an realen technologischen und personellen Vorhalteanforderungen orientieren
- gemäß technologischem Fortschritt dynamisieren und regelmäßig aktualisieren

Begründung

Die Vorhaltung anspruchsvoller medizintechnischer Ausstattung (z. B. Intensivmedizin, bildgebende Verfahren, interventionelle Technologien, OP-Technik) verursacht erhebliche Fixkosten unabhängig vom Behandlungsgeschehen. Eine reine fallzahlabhängige Vergütung bildet diese Realität nicht ab. Ohne eine echte Vorhaltefinanzierung entsteht ein Widerspruch zwischen den durch das KHAG geforderten Qualitätskriterien und ihrer wirtschaftlichen Umsetzbarkeit.

2.3. Tatsächliches medizinisches Leistungsgeschehens bei der Berechnung der Vorhaltebudgetvolumina berücksichtigen

Forderung

Vorhaltebudgets müssen alle Leistungsarten einer Leistungsgruppe berücksichtigen; OPS- und Fallzahl-basiert. Die Berechnung darf nicht durch Abwanderung in den ambulanten Bereich oder durch Innovation bedingte Effizienzgewinne verzerrt werden.

Begründung

Das reale medizinische Leistungsgeschehen muss, unabhängig vom Abrechnungsmodus, zwingend bei der Ermittlung der Vorhaltebudgets berücksichtigt werden. Die

technische Leistungsfähigkeit eines Standortes drückt sich nicht nur in stationären DRG-Fällen aus, sondern zunehmend auch in:

- ambulanten Operationen nach § 115b SGB V
- Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V
- sektorenübergreifenden Behandlungen
- innovativen oder minimalinvasiven Verfahren, die kürzere Verweildauern verursachen

Wird dies nicht berücksichtigt, entstehen:

- strukturelle Nachteile für leistungsstarke, moderne Einrichtungen
- Fehlanreize zur Verlängerung der stationären Verweildauer
- Unterfinanzierungen bei technisch anspruchsvollen Leistungsgruppen

2.4. Hybrid-DRGs in Leistungsgruppen-, Vorhalte- und Personalberechnungen einbeziehen

Forderung

Der BVMed fordert die vollständige Berücksichtigung von Hybrid-DRGs in allen qualitäts- und planungsrelevanten Berechnungen.

Alle Hybrid-DRG-Fälle sind zwingend einbeziehen in

- die Mindestvorhaltezahlen (§ 135f)
- die Berechnung der ärztlichen Vollzeitäquivalente
- die Zuteilung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien
- die Vorhaltebudget-Volumina

Ein einheitlicher Datensatz ist zu schaffen, der Hybrid-DRGs OPS-basiert den Leistungsgruppen zuordnet. Sicherergestellt werden muss, dass Innovation und Ambulantisierung nicht zu strukturellen Nachteilen führen.

Begründung

Hybrid-DRGs bilden Leistungen ab, die medizinisch den stationären Leistungsgruppen zuzuordnen sind. Werden diese in der Berechnung von Mindestvorhaltezahlen, Leistungsgruppen oder Personalvorgaben nicht erfasst, kommt es zu:

- einer statistischen Unterschätzung der Leistungsfähigkeit eines Standortes
- einer Gefährdung einzelner Leistungsgruppen trotz tatsächlicher Kompetenz
- massiven Fehlanreizen zur stationären Behandlung statt zur Hybrid-DRG
- Verzerrungen in der Krankenhausplanung und –zuteilung von Leistungsgruppen

3. Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Forderung

Fördermittel aus dem Transformationsfonds müssen analog des § 3 für die gesamte Leistungsstruktur eines Krankenhauses, beispielsweise auch für die Hybrid-DRG nach § 115f SGB V, eingesetzt werden können.

§ 2 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Ein Vorhaben ist förderfähig, wenn die Voraussetzungen eines Fördertatbestandes nach § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach Maßgabe des § 3 vorliegen und es dem in § 1 Absatz 1 Satz 1 genannten Ziel der Transformation dient, *unabhängig davon, ob die Förderung auch für ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser genutzt wird*

Begründung

Dies umfasst zum Beispiel sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen, integrierte Notfallstrukturen oder Hybrid-DRG. Dies sollte explizit im KHAG klargestellt werden, da sonst das Ziel einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten nicht erreicht werden kann.

4. Sachkosten (§ 115f SGB V)

Die Vergütung der Sachkosten muss sachgerecht kalkuliert, ausreichend differenziert und eine auskömmliche Finanzierung gewährleisten werden, um eine patientenindividuelle, medizinisch notwendige Versorgung mit medizintechnischen Lösungen zu gewährleisten und einer weiteren Ambulantisierung nicht durch weitere Fehlsteuerungsanreize zu beeinträchtigen.

Forderung

- Solange die Sachkosten nicht auf Grundlage einer empirischen Stichprobe ermittelt werden können, sollten deren Vergütung analog der Vereinbarung zur Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. des EBM erfolgen. Die Sachkostenerstattung gemäß § 11 des Vertrags nach § 115b SGB V ist an den Leistungskatalog anzupassen.
- Die Kosten aus den Zusatzentgelten (individuelle Entgelte gem. § 6 KHEntgG) müssen bei der Kostenkalkulation der Hybrid-DRG für entsprechende Leistungen im Sinne einer sachgerechten und auskömmlichen Vergütung berücksichtigt werden.
- Der Lösungsansatz einer ergänzenden Vergütung über Zusatzentgelte als sinnvolle Alternative zum Fallsplit sollte analog der Anwendung im derzeitigen DRG-System ebenso bei den Hybrid-DRG als zusätzliche Erlösponente angewendet werden. Zudem sind mit den Zusatzentgelte medizintechnische Innovationen in Analogie des § 6 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz zu berücksichtigen.

Forderung

Die Kalkulation der Hybrid-DRGs muss transparent gemacht werden sowie zeitnah, lückenlos und vollständig veröffentlicht werden.

Begründung

Die Vergütung hochwertiger Medizintechnologien im Rahmen des medizinischen Fortschritts und der Innovationskraft muss sichergestellt werden.

Forderung

Eine Investitionsfinanzierung für die Erbringung von Leistungen in Hybrid-DRGs, unabhängig vom Leistungserbringer, ist erforderlich.

Begründung

Aufbau und Finanzierung erforderlicher ambulanter OP-Kapazitäten sowie medizintechnischer Ausstattung. Beispielweise über einen Investitionskostenzuschlag in der vertragsärztlichen Versorgung.

Forderung

Die Nutzung stationär geförderter Investitionsgüter für Leistungen, die über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, muss sanktionslos ermöglicht werden. Zudem ist ein

strukturierter Dialog sowie Beteiligungsrechte zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs und deren Kalkulation erforderlich.

Begründung

Die Expertise von medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden sowie der Medizintechnik als anerkannte Leitwirtschaft muss - wie im DRG-System - im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Systems eingebunden werden.

Weiterer Änderungsbedarf:

Forderung

Eine gesetzliche Anpassung muss klarstellen, dass eine Aufnahme von operativen Eingriffen in den Hybrid-DRG-Leistungskatalog durch die zuständigen Selbstverwaltungsträger nicht nur ihre Vergütung, sondern auch ihre grundsätzliche (ambulante) Erbringbarkeit im System der gesetzlichen Krankenversicherung garantiert.

Formulierungsvorschlag

In § 115f SGB V wird ein zusätzlicher Absatz 6 angefügt.

„Für die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen sowie ihre Erbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nach Absatz 3 ist § 135 Absatz 1 nicht anwendbar.“

Begründung

Es spricht Vieles dafür, dass eine Aufnahme von operativen Eingriffen in den Hybrid-DRG-Leistungskatalog durch die zuständigen Selbstverwaltungsträger nicht nur ihre Vergütung, sondern auch ihre grundsätzliche (ambulante) Erbringbarkeit im System der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft. Andernfalls würde die bezweckte Ambulantisierung leerlaufen. Jedoch sind die einschlägigen Vorschriften leider nicht hinreichend deutlich gefasst, um eine einheitliche Abrechnungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen diesbezüglich sicherzustellen. Es ist notwendig, wenn diese bestehende Rechtsunsicherheit durch eine gesetzliche Klarstellung kurzfristig beseitigt wird.

5. Entlassmanagement bei intersektoralen Versorgungseinrichtungen

Forderung

Der Anspruch auf Entlassmanagement besteht auch im Rahmen von Hybrid-DRG und sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Wir schlagen folgende Anpassungen der Sätze 1 und 3 vor:

1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung; 2§ 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern, insbesondere mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1, vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.

Begründung

Mit verschiedentlichen, insbesondere invasiveren medizinischen Leistungen geht die Notwendigkeit einer entsprechenden Nachsorgeversorgung einher. Der Gesetzgeber hat hierfür den Rahmen geschaffen, indem er u. a. das Entlassmanagement regelt, den Anspruch auf Überleitung formuliert und grundsätzlich für den Patienten einen weitreichenden Anspruch auf ein Versorgungsmanagement vorsieht.

Auch bei sektorenübergreifenden Leistungen bzw. Versorgungseinrichtungen kann patientenindividuell das Erfordernis eines solchen Versorgungsmanagements vorliegen. Der individuelle Hilfsmittelanspruch entsteht bereits mit Krankenhausentlassung, sodass die individuelle Patientenversorgung mit Hilfsmitteln in intersektoralen Versorgungseinrichtungen gemäß denselben Regelungen erfolgt, wie in stationären (Pflege-) Einrichtungen.

Mit vorgeschlagener Nachjustierung des § 39 Abs. 1a SGB soll der Zugang zu einem entsprechenden Entlassmanagement auch bei diesen Versorgungseinrichtungen gewährleistet werden, sodass der Hilfsmittelbedarf nach dem Aufenthalt in einer sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung genauso sichergestellt ist wie nach dem Krankenhausaufenthalt – somit unabhängig vom Entlassort. Insofern sollte eine explizite und rechtsverbindliche Regelung zum Entlassmanagement für den Übergang von sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die ambulante Versorgung geschaffen werden, um auch hier Versorgungskontinuität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Ein entsprechender Rechtsanspruch auf koordinierendes, ambulantes Therapiemanagement ist in § 11 Abs. 4 SGB V klarstellend einzuführen.

Die ambulante Durchführung vormals stationärer Leistungen setzt ebenfalls die Verfügbarkeit entsprechender Nachsorgeprozesse sowie die Funktionsfähigkeit dieser Strukturen voraus. Dies wiederum erfordert die gesonderte Formulierung eines Rechtsanspruchs auf insbesondere Komplikationsmanagement/-prophylaxe, regelmäßige Nachsorge (bspw. Wundbehandlung) sowie notwendige Anschlussversorgungen in Form eines Überleitungsmanagements. Damit einher geht das Erfordernis zur Schaffung einer entsprechenden Abrechnungsoption. Zudem bedarf es einer praxisorientierten Lösung, dass nichtärztliche Leistungen ambulant in Kooperation mit Dritten erfolgen können.

6. Obligatorisches Screening auf Mangelernährung

Forderung

Ein obligatorisches Ernährungsscreening für alle Patienten muss eingeführt werden. Insbesondere besteht Bedarf bei onkologischen und geriatrischen Patienten.

Ergänzung als § 39 Abs. 1 S. 6 SGB V:

Bestandteil der Krankenhausbehandlung ist eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Ernährungsstatus. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.

Forderung

Der Anspruch auf ein (obligatorisches) Ernährungsassessment gemäß medizinischen Leitlinien muss allgemein verankert werden.

Ergänzung des § 25 Abs. 1 S. 1 SGB V:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes **sowie der Überprüfung des Ernährungsstatus gemäß medizinischen Leitlinien.**

Begründung

20 bis 30 Prozent aller stationären Patienten in Deutschland sind nach Auskunft der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) von Mangelernährung betroffen. Hier liegt enormes Potenzial, um das Ergebnis einer Therapie, bspw. onkologischer Patienten, zu verbessern und hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem zu vermeiden.

Das Vorliegen einer Mangelernährung schwächt laut DGEM die Muskulatur und das Immunsystem, erhöht damit die Morbidität. Behandlungskomplikationen im Krankenhaus kommen hier dreimal häufiger vor, erhöhen zudem die Dauer der Liegezeit um über 40 Prozent und die Sterblichkeit um mehr als das Dreifache. Einher gehen nicht nur unnötige Belastungen der Versorgungsstrukturen, sondern vor allem entsprechende (vermeidbare) Kosteneffekte für das GKV-System: Die jährlichen Mehrkosten durch Mangelernährung allein im stationären Bereich werden auf 5 bis 8,6 Milliarden Euro beziffert, entsprechend etwa vier bis sieben Prozent der Gesamtkosten der stationären Versorgung. Zudem, in Deutschland sterben etwa 200.000 mangelernährte Klinikpatienten pro Jahr.

Ausgangssituation dieser Problematik ist oftmals, dass eine vorliegende Mangelernährung unerkannt, und damit auch unbehandelt, bleibt.

Durch das frühzeitige Erkennen eines Mangelernährungsstatus - und entsprechend die Initiierung eines systematischen Ernährungsmanagements - könnten der Therapieerfolg, so insb. onkologischer Patienten, optimiert und der Drehtür-Effekt reduziert werden. Die DGEM geht hier von einer Reduktion der Wiederaufnahmen um ein Viertel und insbesondere von Einsparpotentialen i.H.v. neun Milliarden Euro pro Jahr (bezogen auf einen Zeitraum von sechs Monaten poststationär) aus. Trotz des Mehraufwands reduzieren sich damit die Gesamtkosten erheblich.

Leider fehlt es bislang jedoch an einer Verbindlichkeit zur Durchführung eines solchen Screenings auf Mangelernährung; in einer Vielzahl der Kliniken und Versorgungsfälle wird ein solches nicht durchgeführt. Im Rahmen des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens möchten wir aus den genannten medizinischen wie auch gesundheitsökonomischen Gründen daher dringend die gesetzliche Verankerung eines verpflichtenden Screenings auf Mangelernährung anregen.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

**BV
Med**