



Der Bundesbeauftragte
für Wirtschaftlichkeit in
der Verwaltung



Bundesrechnungshof • Adenauerallee 81 • 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

nur per E-Mail:

Z14@bmvg.bund.de

IX 1 - 05 20 03 10/Serv. 288/2025

5. November 2025

Stellungnahme des Beauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) zum Entwurf eines Gesetzes der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)

Die Strukturen der Krankenhausversorgung sind seit Jahren dysfunktional. Sie leiden unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder und einem dadurch bedingten Investitionsstau. Das auf Fallpauschalen beruhende Vergütungssystem ist stark mengenorientiert und führt zu einer steigenden Belastung der Kostenträger, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zunehmend fehlt es aufgrund der demografischen Entwicklung an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal im stationären Bereich. Die finanzielle Situation vieler Krankenhäuser ist angespannt. Dies beruht auf Überkapazitäten bzw. Unterauslastung in der jeweiligen Krankenhausversorgung.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)¹ wurde darum im November 2024 eine umfassende Krankenhausreform angestoßen. Sie soll die Behandlungsqualität in Krankenhäusern steigern, eine flächendeckende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen, die Effizienz in der Krankenhausversorgung verbessern und Verfahren entbürokratisieren:

→ Ein wesentliches Element dafür ist die Einführung unterschiedlicher **Leistungsgruppen**.² Diese bilden medizinische Leistungen der Krankenhäuser ab und beinhalten bundesweit einheitliche Qualitätskriterien mit Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität.

¹ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 5. Dezember 2024, BGBl. 2024 I Nummer 400.

² § 135e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

- Um den bisherigen Fehlanreizen für medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen zu begegnen, sollen Krankenhäuser für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe eine **Vorhaltevergütung** erhalten, mit der das Vorhalten von Strukturen unabhängig von erbrachten Leistungen finanziert wird.³
- Für **strukturelle Anpassungen** der Krankenhausversorgung sollen über einen Transformationsfonds und Eigenfinanzierungsanteile der Länder bis zu 50 Mrd. Euro für die Jahre 2026 bis 2035 bereitgestellt werden.⁴
- Zur Steuerung der Krankenhausreform sind dem BMG und den Ländern eine Reihe von **Evaluationsberichten** vorzulegen.⁵

.....

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)⁶ (im Folgenden: KHAG-KabE) soll nunmehr die praktische Umsetzung der Krankenhausreform erleichtert werden.

Der BWV hatte bereits im Mai 2024 Kritik am damaligen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum KHVVG geäußert.⁷ Die nun mit dem KHAG-KabE geplanten Maßnahmen geben Anlass zu neuer Kritik bzw. die Kritik aus dem vergangenen Jahr – in Teilen – zu wiederholen. Zudem hat der BWV Sorge, dass wesentliche Ziele der Krankenhausreform in der vorgelegten Fassung des KHAG-KabE außer Acht gelassen werden. Insbesondere sieht er die angestrebten qualitätsorientiert bundeseinheitlichen Versorgungsstrukturen in der Fläche bedroht. Der BWV gibt darum folgende Hinweise:

1 Aufweichung wesentlicher Qualitätsmerkmale

Ursprüngliche Festlegungen durch das KHVVG

Mit derzeit 65 Leistungsgruppen soll die Krankenhausversorgung medizinisch strukturiert werden. Der Anfang Januar 2025 eingerichtete Leistungsgruppen-Ausschuss formuliert Empfehlungen für

³ § 17b Absatz 4b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) i. V. m. § 6b des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

⁴ § 12b KHG.

⁵ § 427 SGB V.

⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) der Bundesregierung vom 8. Oktober 2025.

⁷ Referentenentwurf vom 15. April 2024; vgl. Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024).

die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien.⁸ Die Qualitätskriterien sollen aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitlinien-gerechten, hochwertigen und sicheren Versorgung beitragen. Das BMG wird ermächtigt, die Rege-lungen durch eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung festzulegen, welche bis 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 erlassen werden sollte.⁹ Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist die entsprechende Gesetzesanlage maßgeblich.¹⁰

Neben den Qualitätskriterien bilden Mindestzahlen für die am Krankenhausstandort erbrachten Behandlungen in der jeweiligen Leistungsgruppe, sogenannte Mindestvorhaltezahlen, eine Voraus-setzung für die Zuweisung von Leistungsgruppen. Mit ihrer Festlegung sollen Facharztstandards, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sowie die Geltung des Wirtschaftlichkeits-gebots nach § 12 Absatz 1 SGB V sichergestellt werden. Das BMG hat durch eine zustimmungs-pflichtige Rechtsverordnung wesentliche Mindestvorhaltezahlen zum 12. Dezember 2025 mit Wir-kung ab dem 1. Januar 2027 festzulegen.¹¹

In einem mehrstufigen Verfahren unter Einbindung von Bund, Ländern, Selbstverwaltungspartnern und medizinischen Fachgesellschaften sollen die Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen mit den Leistungsgruppen verknüpft werden. Krankenhäuser¹², die die Kriterien einer Leistungsgruppe nicht erfüllen, bekommen diese – im Regelfall – nicht zugewiesen und dürfen entsprechende Lei-stungen nicht auf Kosten der GKV erbringen. Für die Zuweisung von Leistungsgruppen an Kranken-häuser ist die jeweilige Krankenhausplanungsbehörde des Landes zuständig. Grundlage ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD), ob das jeweilige Krankenhaus die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt.¹³

Krankenhäusern kann – nach den aktuellen Bestimmungen – auch dann eine Leistungsgruppe zu-gewiesen werden, wenn zwar die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, dies aber zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dafür gelten der-zeit verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben von 30 Minuten Fahrzeit für die Leistungsgruppen Allge-meine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bzw. 40 Minuten für alle übrigen Leistungsgrup-pen.¹⁴ Nach der Gesetzesbegründung zum KHVG sollten die gesetzlichen Erreichbarkeitsvorgaben eine bundesweit einheitliche Anwendung der Ausnahmenvorschrift und eine hohe Strukturqualität

⁸ § 135e Absatz 3 SGB V. Der Ausschuss wird gemeinsam von Bund und Ländern geleitet: Er besteht in gleicher Zahl aus Vertreterinnen und Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Bundesärztekammer, der Hochschulmedi-zin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Patien-tenorganisationen und des Medizinischen Dienstes Bund können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Die Geschäftsstelle des Ausschusses wurde beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtet.

⁹ § 135e Absatz 1 SGB V.

¹⁰ § 135e Absatz 1 und 4 Satz 1 SGB V i. V. m. Anlage 1 (zu § 135e SGB V).

¹¹ § 135f Absatz 1 und 4 SGB V.

¹² Im Folgenden werden somatische – auf die Behandlung körperlicher Erkrankungen spezialisierte – Krankenhäuser be-trachtet.

¹³ § 6a KHG i. V. m. § 8 Absatz 4 Satz 5 KHEntgG.

¹⁴ § 6a Absatz 4 KHG i. V. m. § 109 Absatz 3a SGB V. Es ist die maßgebliche Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug angegeben.

in der stationären Versorgung garantieren.¹⁵ Über die Ausnahmen sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entscheiden. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen. Eine Leistungsgruppe kann unbefristet zugewiesen werden, wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe bereits in die Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG¹⁶ aufgenommen ist.¹⁷

Jetzt geplante Änderungen durch das KHAG-KabE

..... Mit dem KHAG-KabE soll die Krankenhausbehandlung künftig in 61 statt 65 Leistungsgruppen unterteilt werden.¹⁸ Bei den Qualitätskriterien, insbesondere den Struktur- und Prozessvoraussetzungen, sollen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)¹⁹ gestrichen werden. Damit soll der Prüfaufwand des MD reduziert werden.²⁰

Darüber hinaus sollen Ausnahme- und Kooperationsregelungen bei der Leistungsgruppenzuweisung geschaffen werden. Dies soll den Ländern mehr Flexibilität bei der Krankenhausplanung verschaffen. Zur Sicherstellung der stationären Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sollen die Länder eigenständig darüber entscheiden können, ob eine Ausnahme von den Anforderungen der Leistungsgruppen erforderlich ist. Trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien soll eine Zuweisung auch dann zulässig sein, wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes künftig vollständig oder teilweise eingestellt werden soll und bis dahin die Zuweisung der Leistungsgruppen zwingend erforderlich ist. Dies soll auch dann gelten, wenn der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Über die genannten Ausnahmen sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen – und nicht mehr im Benehmen – mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entscheiden.

¹⁵ Bundestagsdrucksache 20/11854 vom 17. Juni 2024, Seite 184.

¹⁶ Die Liste enthält Krankenhäuser, die nach den Vorgaben des G-BA Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung haben (sog. Sicherstellungszuschläge-Regelungen).

¹⁷ § 6a Absatz 4 KHG.

¹⁸ Dazu auch Beschluss des Leistungsgruppen-Ausschusses vom 4. August 2025. Vgl. auch Anlage 1 (zu § 135e SGB V) i. d. F. KHAG-KabE. Die Streichung betreffe die Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin. Die verbliebenen 61 Leistungsgruppen orientieren sich an den in Nordrhein-Westfalen eingeführten 60 Leistungsgruppen zuzüglich der Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie.

¹⁹ § 6 der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV).

²⁰ Gesetzesbegründung des KHAG-KabE, Seite 107.

Die bislang geltenden Erreichbarkeitsvorgaben von 30 Minuten Fahrzeit für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bzw. 40 Minuten für alle übrigen Leistungsgruppen müssen dabei nicht mehr beachtet werden. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe in den genannten Fällen soll weiterhin auf höchstens drei Jahre befristet werden.²¹

Nach dem KHAG-KabE soll die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen nicht vor dem 1. Januar 2029 in Kraft treten, also mindestens zwei Jahre später als bisher vorgesehen.²² Auch ist eine Verschiebung der Frist zum Erlass der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen um ein Jahr auf den 12. Dezember 2026 geplant.²³

..... Bewertung durch den BWV

Der BWV sieht in der Aufweichung der Qualitätskriterien und in der Streichung von Erreichbarkeitsvorgaben gravierende Risiken im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Bevölkerung in der Fläche. Zwar erhalten die Krankenkassen mit Blick auf das notwendige Einvernehmen maßgebliche Mitbestimmungsbefugnisse. Dies mag sicherstellen, dass (Planungs-)Entscheidungen, die etwa zu unvermeidbaren Kostensteigerungen für die GKV führen würden, von diesen abgewandt werden können. Auch kann es im Einzelfall sachgerecht sein, die Zuweisung von Leistungsgruppen für eine geregelte Umstrukturierung oder Betriebseinstellung zu gewährleisten.²⁴ Allerdings führen Abweichungen von Qualitätskriterien und Streichungen der Erreichbarkeitsvorgaben für die davon betroffenen Teile der Bevölkerung zu massiven Versorgungsnachteilen. Die nun ermöglichten Kooperationen von Krankenhäusern mit unterschiedlichen Standorten stellen naturgemäß keine physische Präsenz von Personal oder Ausstattung am jeweiligen Behandlungsstandort sicher. Im Notfall ist deren unmittelbare Verfügbarkeit aber erforderlich. Damit bleiben Krankenhäuser erhalten, die im Ernstfall notwendige Behandlungen nicht ad hoc mit den geforderten Qualitätsmerkmalen durchführen können. Zudem können Krankenhäuser aufgrund der unterschiedlichen Ausnahmetatbestände auch künftig Leistungen anbieten, für die sie die notwendige personelle und technische Ausstattung oder eine ausreichende Erfahrung **nicht** vorhalten. Intention des KHVG war es noch, durch verbindliche Leistungsgruppen und gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben eine bundesweit einheitlich hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung – auch im ländlichen Raum – zu garantieren und die dazu erforderlichen Steuerungsinstrumente bereitzustellen. Das Erreichen dieses Ziels sieht der BWV gefährdet. Die Qualität der Versorgung in Ausnahmebereichen muss mit der Leistungserbringung ohne Ausnahmen vergleichbar sein. Das Paradigma der flächendeckenden Versorgung darf nicht landesspezifisch unterschiedlich interpretiert werden, andernfalls drohen qualitätseinschränkende Ausnahmen.

²¹ §§ 6a Absatz 4 KHG und 109 Absatz 3a SGB V jeweils i. d. F. KHAG-KabE.

²² Gesetzesbegründung des KHAG-KabE, Seite 110.

²³ § 135f Absatz 4 Satz 3 SGB V i. d. F. KHAG-KabE.

²⁴ Siehe auch Gesetzesbegründung des KHAG-KabE, Seite 131.

Im Hinblick auf das geplante Aussetzen der PpUG erkennt der BWV an, dass Krankenhäuser zwar im pflegesensitiven Bereich gesetzlich verpflichtet sind, die PpUG einzuhalten.²⁵ Allerdings muss weiterhin sichergestellt werden, dass die Länder die PpUG auch als ein planungsrelevantes Auswahlkriterium im Interesse der Qualitätssicherung bei der Patientenversorgung ausreichend berücksichtigen. Diese Verpflichtung sollte in § 135i SGB V und § 6a KHG entsprechend ergänzt werden.

Der BWV regt im Übrigen an, eine zeitliche Verkürzung der Leistungsgruppenzuweisung in den genannten Ausnahmefällen auf höchstens zwei statt drei Jahre zu prüfen. Diese verkürzte Frist war bereits in einem unveröffentlichten Referentenentwurf²⁶ des KHAG enthalten. Sie sollte dazu beitragen, eine erforderliche Mindeststrukturqualität zu gewährleisten. Im KHAG-KabE wurde der Vorschlag ohne Begründung wieder verworfen.

Das Verschieben der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen um ein Jahr verzögert aus Sicht des BWV die mit der Krankenhausreform angestrebte Qualitätssicherung und Leistungskonzentration. Durch Mindestvorhaltezahlen sollen eine stationäre Gelegenheitsversorgung ausgeschlossen und komplexe Eingriffe auf spezialisierte Zentren konzentriert werden. Eine spätere Festlegung bedeutet zwangsläufig, dass der qualitativ unbefriedigende Status quo länger fortbesteht. Welche Wirkung die geplante Reduzierung der Leistungsgruppen entfaltet, kann der BWV nicht abschätzen. Die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen liegt bisher nicht vor. Der BWV fordert daher erneut²⁷ eine zügige Ausarbeitung, damit wesentliche Vorgaben zeitnah umgesetzt und bewertet werden können.

2 Vorhaltevergütung bleibt mengengetrieben

Mit dem derzeit geltenden Diagnosis Related Groups (DRG)-System²⁸ werden voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen für jeweils einen Behandlungsfall vergütet. Das Vergütungssystem bestimmt pauschale Zahlungen abhängig von den Diagnosen der Behandelten.²⁹ Die Fallpauschalenvergütung nach DRG sorgt u. a. für ökonomische Fehlanreize. Sie hält Krankenhäuser dazu an, möglichst hohe Fallzahlen zu generieren, damit ihre Einnahmen (kostendeckend und

²⁵ § 137i SGB V. Siehe auch Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) vom 4. Dezember 2024 des GKV-Spitzenverbandes und der DKG.

²⁶ Bearbeitungsstand des Referentenentwurfes vom 17. September 2025.

²⁷ Vgl. Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024).

²⁸ Das DRG-System sieht bundeseinheitliche Regeln für Fallgruppen, Bewertungsrelationen und Zu- und Abschläge vor. Ein solches System gilt nicht für Einrichtungen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

²⁹ § 17b KHG.

gegebenenfalls gewinnerhöhend) zu steigern und die Ausgaben für die GKV zu erhöhen. Der (medizinische) Nutzen solcher Mengenausweitungen ist wenigstens zum Teil fraglich.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung soll diesen ökonomischen Fehlanreiz reduzieren. Krankenhäuser sollen künftig für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung erhalten, mit der sie die notwendigen Strukturen unabhängig von erbrachten Leistungen finanzieren können. Diese soll 60 % der Kosten eines Krankenhauses abdecken. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus soll erstmals für das Kalenderjahr 2026 jährlich die bestehenden Fallpauschalen absenken und eine Vorhaltevergütung für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort ermitteln.³⁰ Die Länder übermitteln dazu insbesondere Informationen zu den zugewiesenen Leistungsgruppen, zu (Plan-)Fallzahlen je Leistungsgruppe und zu strukturellen Änderungen. Die Krankenhäuser stellen die entsprechenden Daten nach § 21 KHEntgG des vorangegangenen Kalenderjahres zur Verfügung.³¹

Nach dem KHAG-KabE soll die voll finanzwirksame Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr auf das Jahr 2030 verschoben werden.³² Die Jahre 2026 und 2027 wären budgetneutral. In den Jahren 2028 und 2029 soll die Vorhaltevergütung schrittweise als Konvergenzphase umgesetzt werden.

Der BWV wiederholt seine Bedenken aus dem Jahr 2024 zu den konzeptionellen Schwächen der geplanten Vorhaltevergütung:³³ Zwar verringert sich für Krankenhäuser der ökonomische Druck, möglichst viele DRG abzurechnen und dafür möglichst auch ihre Fallzahlen zu erhöhen. Krankenhäuser wären zur Kostendeckung nicht mehr in gleicher Weise auf DRG-Maximierung angewiesen wie bisher. Als Anreiz zur Einnahmeloosung könnte die Fallzahl aber auch künftig im Hinblick auf die weiterhin geltenden – nur geringer vergüteten – Fallpauschalen dienen. Denn die Vorhaltevergütung orientiert sich an zurückliegenden Leistungsdaten und damit wieder an Fallzahlen.

Der BWV rät dazu, das Modell der Vorhaltevergütung zu modifizieren. Vergütungsrelevant sollten nur Strukturen sein, für die ein populationsbezogener Versorgungsbedarf besteht. Die zeitliche Verschiebung könnte dazu genutzt werden, dafür ein belastbares und in der Fläche taugliches Messungsinstrument zu entwickeln.

³⁰ §§ 17b Absatz 4b und 37 KHG i. V. m. § 6b KHEntgG; siehe auch Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort gemäß § 37 Absatz 1 Satz 5 KHG vom 30. September 2025.

³¹ §§ 37 Absatz 1 KHG und 6a Absatz 6 KHG i. V. m. § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG.

³² § 37 KHG i. d. F. KHAG-KabE; Die Verschiebung der Vorhaltevergütung impliziert auch eine Verschiebung der Fristen der Förderbeträge nach §§ 38 und 39 KHG; vgl. Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024).

³³ Vgl. Gutachten des BWV über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024 (Gz.: IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024), Tnr. 4.4.

3 Länderbeitrag nicht ausreichend

Nach dem KHVVG war vorgesehen, den Transformationsfonds mit bis zu 25 Mrd. Euro aus Mitteln der GKV zu finanzieren. Die Länder sollten (gemeinsam mit den jeweiligen Krankenhausträgern) Fördermittel in zumindest gleicher Höhe einsetzen. Damit sollten Vorhaben für bessere Strukturen in der Krankenhausversorgung gefördert werden.³⁴

Bislang haben die Länder dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im Antragsverfahren für Fördermittel aus dem Transformationsfonds den Nachweis zu erbringen, dass sie das Insolvenzrisiko der beteiligten Krankenhäuser mittels eines vom Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüfung untersucht haben.³⁵

Mit dem KHAG-KabE ist vorgesehen, dass anstelle der GKV nun der Bund bis zu 25 Mrd. Euro bereitstellt. Hierfür nutzt er das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität.³⁶ Zugleich soll der zur Finanzierung von Vorhaben aus dem Transformationsfonds notwendige Länderanteil verringert werden. In den Jahren 2026 bis 2029 soll er auf (mindestens) 30 % reduziert werden. Zur Kompensation soll wiederum der Bund statt 2,5 Mrd. Euro nun 3,5 Mrd. Euro jährlich in den Transformationsfonds einzahlen.³⁷

Des Weiteren soll nach dem KHAG-KabE das Antragsverfahren für Fördermittel aus dem Transformationsfonds für die Länder vereinfacht werden: Der Nachweis zur Insolvenzrisikoprüfung soll entfallen. Vielmehr soll es genügen, wenn das jeweilige Land das BAS fortlaufend und auf Nachfrage über den Stand eines Insolvenzverfahrens informiert.³⁸

Der BWV begrüßt die finanzielle Entbindung der GKV von der Mittelbereitstellung für den Transformationsfonds. Rechtlich spricht vieles dafür, dass es sich bei der Finanzierung von Krankenhausstrukturen um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die nicht in die Verantwortung der GKV fällt.³⁹ Die neue Finanzierungs konstruktion des Transformationsfonds greift diesen Einwand auf.

³⁴ §§ 4 und 12b KHG.

³⁵ § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG; § 4 Absatz 2 Nummer 7 der Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung – KHTFV) vom 15. April 2025.

³⁶ Artikel 143h Grundgesetz.

³⁷ § 12b Absatz 3 Nummer 3 KHG i. d. F. KHAG-KabE; siehe auch KHAG-KabE, Seite 2.

³⁸ § 12b KHG i. d. F. KHAG-KabE; § 4 KHTFV i. d. F. KHAG-KabE.

³⁹ Vgl. Berichte nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über den Corona-Versorgungsaufschlag in Konkurrenz mit weiteren Unterstützungsleistungen für Krankenhäuser vom 23. Mai 2025 (Gz.: IX 1 - 0001738), Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (BMG) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025 vom 3. Juli 2025 (Gz.: IX 1 - 0002661) und Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (BMG) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026 vom 3. September 2025 (Gz.: IX 1 - 0003248).

Die Übernahme zusätzlicher Finanzverantwortung durch den Bund aus Mitteln des Sondervermögens sieht der BWV dagegen mehr als kritisch. Der Bund hat keine originäre Zuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Diese gestaltet sich grundsätzlich dual: Die Länder haben (gemeinsam mit den Krankenhausträgern) die Investitionskosten zu tragen. Die Betriebskosten sind aus den Behandlungserlösen zu erwirtschaften. Kostenträger der Krankenhausbehandlung sind überwiegend die Krankenkassen. Mit der Finanzierungssystematik nach dem KHAG-KabE wird diese Finanzierungssystematik durchbrochen.

Die Krankenhausversorgung unterliegt im Übrigen der Planungshoheit der Länder. Sie tragen damit Verantwortung für – seit Jahren bekannte – unwirtschaftliche Strukturen und fehlende Spezialisierung. Viele Krankenhäuser schreiben Verluste und kämpfen mit personellen Engpässen, während die Länder notwendige Investitionen nur unzureichend finanzieren. Die jährliche Finanzierungslücke liegt nach wie vor bei mindestens 3 bis 4 Mrd. Euro.⁴⁰ Nach dem aktuellen Krankenhaus Rating Report stellten die Länder im Jahr 2023 zwar Investitionsfördermittel von 3,9 Mrd. Euro zur Verfügung. Dies reicht aber bei Weitem nicht aus, um die Finanzierungslücke zu decken und die Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser zu erhalten oder gar weiterzuentwickeln.⁴¹ Solange die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung nicht annähernd nachkommen, sieht der BWV keinerlei Raum für deren finanzielle Entlastung. Vielmehr regt der BWV erneut an, nach einem geeigneten Hebel zu suchen, der eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser durch die Länder gewährleistet.

Der BWV wiederholt im Übrigen seine Kritik an den unzureichend bemessenen Finanzierungsanteilen der Länder. Nach den geltenden Bestimmungen⁴² sind sie nur gehalten, ihre seit Jahren unstrittige Unterfinanzierung fortzuführen, um Mittel aus dem Transformationsfonds zu erhalten. Sinnvoller wäre es z. B., als Fördervoraussetzung von den Ländern einen kontinuierlichen Aufwuchs ihrer Investitionsmittel zu verlangen.

Die Krankenhausreform soll langfristig patienten- und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen schaffen und sichern. Aus dieser übergeordneten Zielsetzung erwächst denklogisch die Verpflichtung der Länder, die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses bei Planungsentscheidungen zu berücksichtigen. Dies schließt die Prüfung eines Insolvenzrisikos ein. Die beabsichtigte Streichung lehnt der BWV daher ab. Fördermittel dürfen nicht an wirtschaftlich nicht überlebensfähige Krankenhäuser fließen. Sachgerechten alternativen Transformationsmaßnahmen würden damit die Mittel entzogen.

⁴⁰ Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO über den Corona-Versorgungsaufschlag in Konkurrenz mit weiteren Unterstützungsleistungen für Krankenhäuser (Gz.: IX 1 - 0001738); Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, WD 9 - 3000 - 078/23 vom 8. November 2023, S. 19 f. unter Verweis auf die DKG und den GKV-Spitzenverband.

⁴¹ Krankenhaus Rating Report 2025 vom 26. Juni 2025, Seite 79.

⁴² § 12b Absatz 3 KHG.

4 Evaluation engmaschiger gestalten

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. haben dem BMG und den Ländern nach den mit dem KHVG getroffenen Bestimmungen fünf gemeinsame Evaluationsberichte – jeweils zum Jahresende 2028, 2030, 2033, 2036 und 2039 – zu den Auswirkungen der Krankenhausreform vorzulegen.⁴³

Aufgrund der geplanten Verschiebung bei der Vorhaltevergütung soll nach dem KHAG-KabE der erste Evaluationsbericht um eineinhalb Jahre auf den 31. Juli 2027 vorverlegt werden. Dies soll – trotz voraussichtlich eingeschränkter Aussagekraft – eine frühe erste Bewertung der Leistungsgruppeneinteilung und der im Zuge der Umsetzung der Krankenhausreform gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen. Neben der zeitlichen Anpassung soll nunmehr berücksichtigt werden, welche Auswirkungen die Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien auf die Konzentration der Krankenhausleistungen und die bezweckte Qualitätssteigerung hat. Die weiteren Berichtstermine sollen Bestand haben.⁴⁴

Der BWV begrüßt ein frühzeitiges Monitoring. Dies ist grundsätzlich notwendig, um Fehlentwicklungen und unerwünschte Begleiterscheinungen aufzudecken und (gesetzlich) umsteuern zu können. Er gibt aber zu bedenken, dass eine vorgezogene, nicht vollumfassende Datengrundlage zu falschen Schlüssen führen kann. Neben der Vorhaltefinanzierung fehlen zu diesem vorgezogenen ersten Evaluationstermin weitere Elemente der Krankenhausreform wie die verbindliche Geltung von Mindestvorhaltezahlen. Mit Blick auf die weitreichende Bedeutung dieser mit Abstand größten gesundheitspolitischen Strukturreform der Bundesrepublik muss die Evaluation möglichst engmaschig gestaltet werden. Ein zeitlicher Abstand von dreieinhalb Jahren zwischen Erst- und Folgebericht verbietet sich vor diesem Hintergrund. Der BWV empfiehlt, die Umsetzung der Krankenhausreform ab dem Jahr 2027 *jährlich* zu evaluieren, damit für eine systematische Kontrolle und etwaige Kurskorrekturen solide Erkenntnisgrundlagen geschaffen werden.

⁴³ § 427 Satz 1 SGB V.

⁴⁴ § 427 Satz 1 SGB V i. d. F. KHAG-KabE; siehe auch Gesetzesbegründung des KHAG-KabE, Seite 120.

5 Fazit: BWV sieht Zielerreichung gefährdet

Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist teuer und wenig effizient, ihre grundlegende Reform ist darum unumgänglich. Anderenfalls drohen ein kalter Strukturwandel durch ungesteuerte Krankenhausschließungen bzw. -insolvenzen und entsprechende Versorgungslücken. Auch lassen sich einzelne Krankenhausstandorte oder Abteilungen angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels nicht dauerhaft halten. Vor diesem Hintergrund mahnt der BWV dazu, die mit dem KHVVG angestoßene Reform nicht zu verwässern, sondern konsequent voranzutreiben. Das Verschieben von Reformschritten und die Finanzierung von Alt-Strukturen konservieren unnötig einen dysfunktionalen Status quo. Die Rücknahme oder Einschränkung von Qualitätskriterien und Erreichbarkeitsvorgaben stellen eine hochwertige Versorgung in den Ausnahmeregionen in Frage und gefährden das Patientenwohl. Die wesentlichen Ziele des KHVVG – die Bekämpfung qualitativ fragwürdiger Gelegenheitsversorgung, die Konzentration und Reduzierung von Krankenhausstandorten sowie eine zunehmende Spezialisierung – sieht der BWV vor diesem Hintergrund durch das KHAG-KabE geschwächt.

Einen wesentlichen Aspekt vermisst der BWV in der Diskussion um die Krankenhausreform: Die Finanzlage der GKV als Kostenträger in der überwiegenden Zahl der Behandlungsfälle ist seit Jahren mehr als angespannt.⁴⁵ Die Krankenhausaufgaben stellen mit inzwischen deutlich über 100 Mrd. Euro jährlich den dominierenden Treiber der hohen Ausgabendynamik in der GKV dar. Im ersten Halbjahr 2025 stiegen diese im Vergleich zum Vorjahr – erneut überproportional – um 9,6 %.⁴⁶ Mit ursächlich dafür sind etwa gesetzliche Maßnahmen wie der IST-Kosten-Ausgleich bei den Pflegepersonalkosten. So ist das Pflegebudget der Krankenhäuser seit ihrer Einführung im Jahr 2020 um über 50 % gestiegen.⁴⁷

Daneben hat der Kostenanstieg bei den Krankenhausaufgaben aber vor allem strukturelle Gründe: Krankenhäuser sehen sich veranlasst, eine länderseitig defizitäre Investitionskostenfinanzierung durch Mengenausweitungen – insbesondere zu Lasten der GKV – zu kompensieren. Dadurch findet eine unzulässige, die Finanzierungssystematik unterlaufende Kostenverlagerung statt. Der BWV erwartet, dass die Krankenhausreform auf dieses seit vielen Jahren bekannte Problem Antworten findet. Die Bereitstellung von Bundesmitteln könnte dazu den notwendigen Hebel zur Verfügung stellen. Der BWV wiederholt deshalb seine Forderungen:

⁴⁵ Vgl. vertiefend zur strukturellen Unterfinanzierung der GKV: Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. August 2025 (Gz.: IX 1 - 0002760).

⁴⁶ BMG, Pressemitteilung zur GKV-Finanzentwicklung des 1. Halbjahres 2025 vom 5. September 2025.

⁴⁷ Krankenhaus Rating Report 2025 vom 26. Juni 2025, Seite 40.

Es ist künftig sicherzustellen, dass die Länder ihrer Investitionsverantwortung ausreichend nachkommen. Die Länder zahlen für Investitionen der Krankenhäuser deutlich weniger als erforderlich. Das veranlasst viele Krankenhäuser – entgegen der gesetzlichen Finanzierungssystematik – Investitionen aus den Erlösen für Behandlungsleistungen zu finanzieren. Die gegenwärtigen Fördervoraussetzungen des Transformationsfonds erscheinen vor diesem Hintergrund nicht ausreichend ambitioniert, denn sie führen die bislang nicht auskömmliche Investitionsfinanzierung durch die Länder fort oder bewirken sogar eine Aufweichung zugunsten der Länder. Ungelöst bleibt zudem das Problem einer Krankenhausplanung, die (weiterhin) keine länderübergreifenden Maßnahmen berücksichtigt. Nur eine angemessene Kofinanzierung kann die jahrelang vernachlässigten Investitionen in der Krankenhauslandschaft verbessern.

.....
Fehlanreize für medizinisch nicht begründete Mengenausweitungen – wie sie derzeit noch mit den Regelungen der Vorhaltevergütung bestehen – müssen beseitigt werden. Zwar soll sich für Krankenhäuser der ökonomische Druck, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln und darum die Fallzahlen zu erhöhen, mit dem neuen Vergütungssystem verringern. Trotzdem bleibt – wenn auch in abgeschwächter Form – ein Anreiz zur Einnahmeloopimierung bestehen. Nach wie vor bestimmen die Fallzahlen die Höhe der Vorhaltevergütung. Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen erhalten weiterhin einen höheren Anteil an den insgesamt zu verteilenden Vorhaltevergütungen. Neben der Vorhaltevergütung gilt weiter das DRG-System für die eigentliche Leistungsabrechnung, wenn auch in geringerem Maße. Insgesamt erreicht das KHAG-KabE damit keine wesentliche Änderung im Vergleich zum bestehenden System. Um die Vorhaltefinanzierung fallzahlunabhängig auszurichten, rät der BWV, den Ansatz eines populationsbezogenen Versorgungsbedarfs zu verfolgen.

Sollte es nicht gelingen, den Kostenanstieg der GKV bei den Krankenhausaussgaben zu bekämpfen, drohen weiter steigende (Zusatz-)Beiträge. Dabei liegt der Gesamtsozialversicherungsbeitrag bereits bei über 42 %. Dies belastet den Faktor Arbeit, gefährdet Beschäftigung und schwächt die Kaufkraft. Eine effektive Krankenhausreform ist ein entscheidender Schlüssel, um dies zu verhindern.

Im Auftrag

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Petra Schmid, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.