



Gesundheitspolitischer Impuls – Wie bringen wir die Reform praxistauglich voran?

Dr. Gerald Gaß

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

11. Thüringer Krankenhausforum
Erfurt 13. September 2025

Koalitionsvertrag kündigt „Reform der Reform“ an

Botschaften für die Krankenhäuser

- Wirtschaftliche Soforthilfe 4 Milliarden €
- Einbindung der Krankenhäuser in Sondervermögen – für Sanierung, Digitalisierung, Klimaschutz, Resilienz
- Transformationsfonds: GKV-Anteil entfällt
- Überarbeitung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien
- Ausweitung von Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten
- Vorhaltevergütung Fristverschiebung, Beobachtung der Auswirkungen
- Hybrid-Versorgung weiterentwickeln



Verantwortung für Deutschland

Koalitionsvertrag zwischen
CDU, CSU und SPD

21. Legislaturperiode

HH-Begleitgesetz: 4 Milliarden € wirtschaftliche Hilfen



4 Mrd.€ Sofort-Transformationskosten

Intensive politische Debatten über wie und wer?

Jetzt geregelt im **Haushaltsbegleitgesetz 2025**:

- befristeter Rechnungszuschlag in Höhe von 3,25 %
- Nur für GKV-Versicherte stationäre Fälle vom 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026

4 Mrd.€: Rechnungsaufschlag ab 1. November 2025

Rechnungsaufschlag konkret (Aufnahmen 1.11.25 bis 31.10.26)

- DRG-Fallpauschalen
- Bewertete Zusatzentgelte
- Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte
- Sonstige krankenhausesindividuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG/BPflV, auch für besondere Einrichtungen
- Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG/§ 6 Abs. 4 BPflV)
- Tagesbezogene Pflegeentgelte
- Nahezu alle Zu- und Abschläge (Sicherstellung, FDA, Notfall, Erlösausgleiche, Begleitpersonen, Förderung Pädiatrie und Geburtshilfe, ...)
- Modellvorhaben Psychiatrie



Spardiktat für die Krankenhäuser (-1,8 Milliarden Euro)



Das Spardiktat ist ein Wortbruch – es beschädigt nachhaltig das Vertrauen in die Politik.

KHAG: (antizipierter) Zeitplan

Komplexe Lage, das Gesetz ändert Sachverhalte, die aktuell relevant sind, aber erst am 1. März 2026 in Kraft treten



KHAG: Zukünftige Krankenhausplanung

(Stand: Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG))



Hauptstreitpunkte :

- Vorgaben zu den Leistungsgruppen
- **Ausnahmemöglichkeiten für Länder**
- Kooperationsmöglichkeiten
- Berücksichtigung der Fachkliniken
- Belegabteilungen
- Fristen
- Mindestfallzahlen
- Onko-Liste
- Vorhaltefinanzierung
- Hybrid-DRG

Die „toten Pferde“ der Reform

1. Vorhaltefinanzierung
2. Mindestvorhaltezahlen
3. Onkverbotsliste
4. Standortdefinition

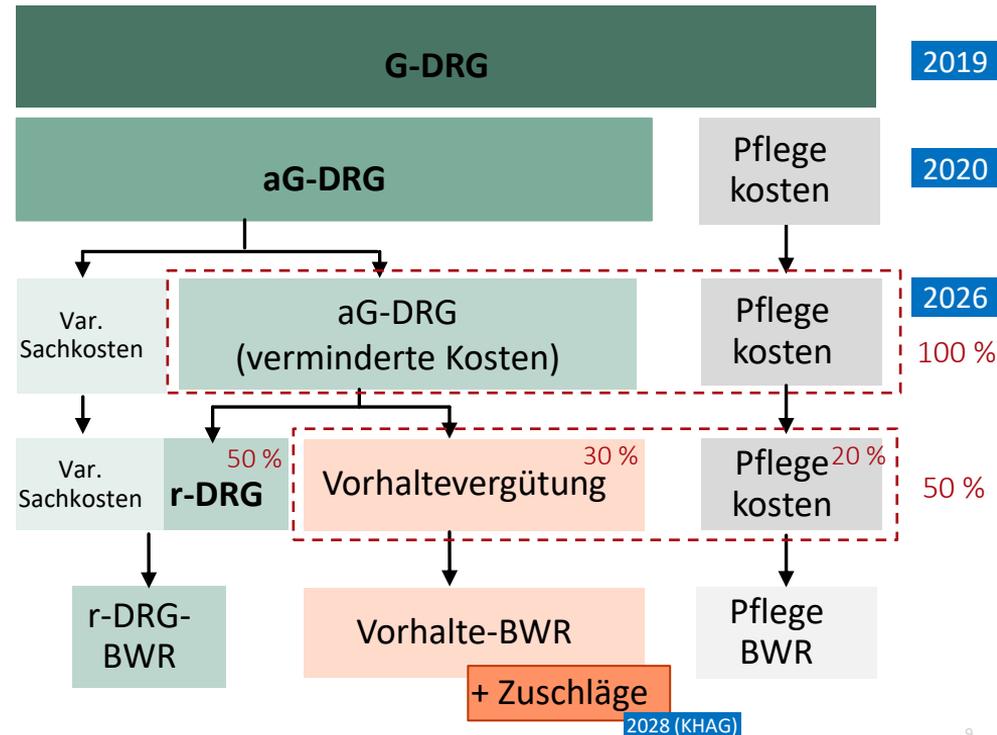
Wenn du merkst, dass
du ein totes Pferd reitest,
solltest du absteigen.



Streitpunkt Vorhaltefinanzierung

Ausgliederung von etwa 40 % der Kosten aus dem A-DRG-System (9% – 49%)

- Vorhaltekosten aus InEK Kostenmatrix der DRGs herausgerechnet
- Ausgangspunkt bilden die von den Ländern zuvor zugewiesenen LG
- Vor Beginn der Ausgliederung sind die Kosten um die **variablen Sachkosten zu mindern**.
- Die **Pflegepersonalkosten sind Teil der Vorhaltekosten**, ihre Vergütung bleibt unberührt.
- erstmalige Berücksichtigung von Vorhalte-BWR im **Fallpauschalenkatalog 2026**



Verschiebung der Vorhaltefinanzierung löst die Probleme nicht

Neue Logik – alte Probleme



Streitpunkt: Mindestvorhaltezahlen

Die grundsätzliche Kritik bleibt bestehen

Bundesweit einheitliche Mindestvorhaltezahlen, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen (für einen gesamten Behandlungsbereich) dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird.

- eine belastbare Evidenz für einen Zusammenhang mit der Ergebnisqualität kann unmöglich gefunden werden
- Als Kennziffer für die wirtschaftliche Tragfähigkeit einer LG absolut ungeeignet



Onkochirurgische Verbotsliste führt zu Versorgungsunsicherheiten

Verbotsliste basiert auf fragwürdigen Annahmen:

- 15 %-Grenze methodisch fragwürdig
 - Forderung: Ersatzlose Streichung!
- Stattdessen etabliertes System der evidenzbasierten Mindestmengen des G-BA im Zusammenspiel mit der geplanten Zuweisung von Leistungsgruppen



Hybrid-DRG aktuelle Umsetzung

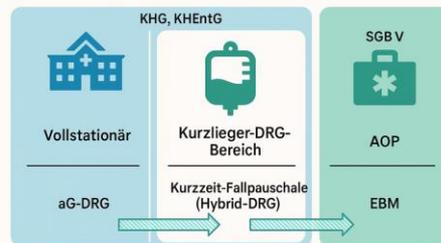
Finale Beschlussfassung am 11. November

- Rund 750.000 Fälle neu
- Fälle bis zu drei Kalendertage
- 69 neue Hybrid-DRGs
- Fälle mit ZE bleiben im A-DRG System



Neuausrichtung der Hybrid-DRGs notwendig

- Ziel: Ambulantisierung bisher vollstationärer Fälle am Krankenhaus
- Aufwandsgerechte DRG-Vergütung
- Keine Rosinenpickerei in einem unechten Wettbewerb mit niedergelassenen Leistungserbringern
- Mit steigendem Ambulantisierungsgrad und sinkendem Aufwand (Verweildauer) entstehen Vorteile für die Solidargemeinschaft



Verankerung im
DRG-Katalog



Eindeutige
Zuständigkeit



Anreiz für
Effizienzsteigerung



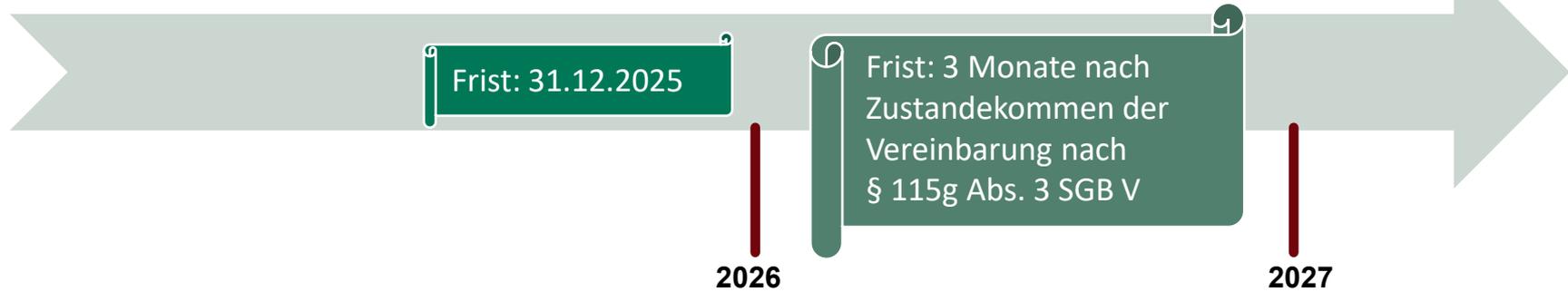
Systematische
Ambulantisierung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene

Vereinbarung über den Leistungsumfang und die Qualitätsanforderungen (§ 115g Abs. 3 SGB V)

Vereinbarung über nähere Einzelheiten zur Budgetverhandlung, Vergütung und Abrechnung (§ 9 Abs. 1 Nr. 10 KHEntgG)



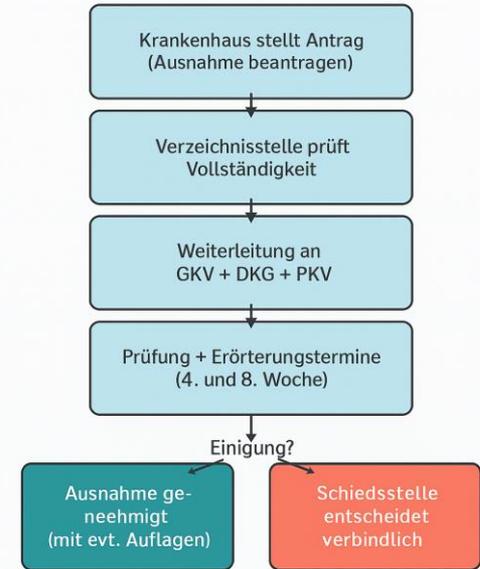
- ➔ Die maßgeblichen Vereinbarungen betreffen die **stationären Leistungen** von süV und werden voraussichtlich **frühestens zum Ende des 1. Quartals 2026** vorliegen.
- ➔ Vor dem Jahr 2027 ist nicht mit einer Umsetzung von SüV in der Praxis zu rechnen!

Standortvereinbarung (Neu) seit 1. Juni 2025 in Kraft

2.000 m sind die Regel nach §2a KHG

Ausnahmen möglich, aber ...

- **Darstellung zur Qualität:** Nachweis, dass alle Qualitätsvorgaben des G-BA eingehalten werden, insbesondere zur Verfügbarkeit von Personal.
- **Patientensicherheit:** Es muss gezeigt werden, dass für die Patienten keine Nachteile oder Risiken entstehen.
- **Mindestmengen:** Nachweis, dass Leistungen, die Mindestmengen-Regeln haben (z. B. bestimmte Operationen), weiter regelkonform erbracht werden.
- **OPS-Kodes:** Darstellung, ob sich durch die Erweiterung Auswirkungen auf abrechenbare Leistungen (OPS-Kodes) ergeben.



Schiedsstelle nach § 18a KHG entscheidet final

Kritik bleibt - Standortdefinition ungeeignet

Gesetzliche Abstandsregelung auf 5.000 Metern erhöhen

- Grenzwert von 2.000 Metern steht hochqualitativen Versorgung entgegen (z. B. durch Blockade der räumlich übergreifenden Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin)
- Grenzwert in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG auf **5.000 Meter** festlegen
- **Grundsätzliche Ausnahmemöglichkeiten** für die Krankenhausplanungsbehörden, sofern keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind



Standortdenken überwinden - Digitalisierung zur effizienten Versorgung in der Fläche



TELEMEDIZIN UND TELEKOOPERATION

die passende Ergänzung zu Präsenzmedizin und
Standortvorhaltung

Positionspapier
der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e. V. (DGTelemed)
und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



Unsere Vorschläge für ein Gelingen der Reform



Die Vorhaltefinanzierung muss unabhängig von der Fallzahl die wesentlichen Strukturkosten insbesondere der Basisversorger abdecken.



Zur Sicherstellung der Versorgung müssen die Länder die Letztentscheidung über Ausnahmen treffen.



Die Standortdefinition muss deutlich ausgeweitet werden (5.000 m)
Das Hybrid-Konzept sollte durch einen Kurzlieger-Katalog ersetzt werden



SÜV brauchen ein individuell kostendeckendes Budget



Der Personaleinsatz muss wieder in den Kliniken vor Ort verantwortet werden

Die auskömmliche Finanzierung der Kliniken muss verlässlich sichergestellt werden



Ist der Sozialstaat noch bezahlbar?

Die Debatte hat das Gesundheitswesen längst erreicht. Diskutiert werden:

- Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen
- Strukturreformen
- Leistungseinschränkungen



Modernisierung des Sozialstaats

*Hintergründe und Informationen über die
Kommission zur Sozialstaatsreform (KSR)*

Teure Standards – was nutzt den Patienten?

PPP-Richtlinie (Psychiatrie)

Mindestvorhaltezahlen

Vorgaben zu den Leistungsgruppen

OPS-Strukturvorgaben

Struktur-RL des GBA

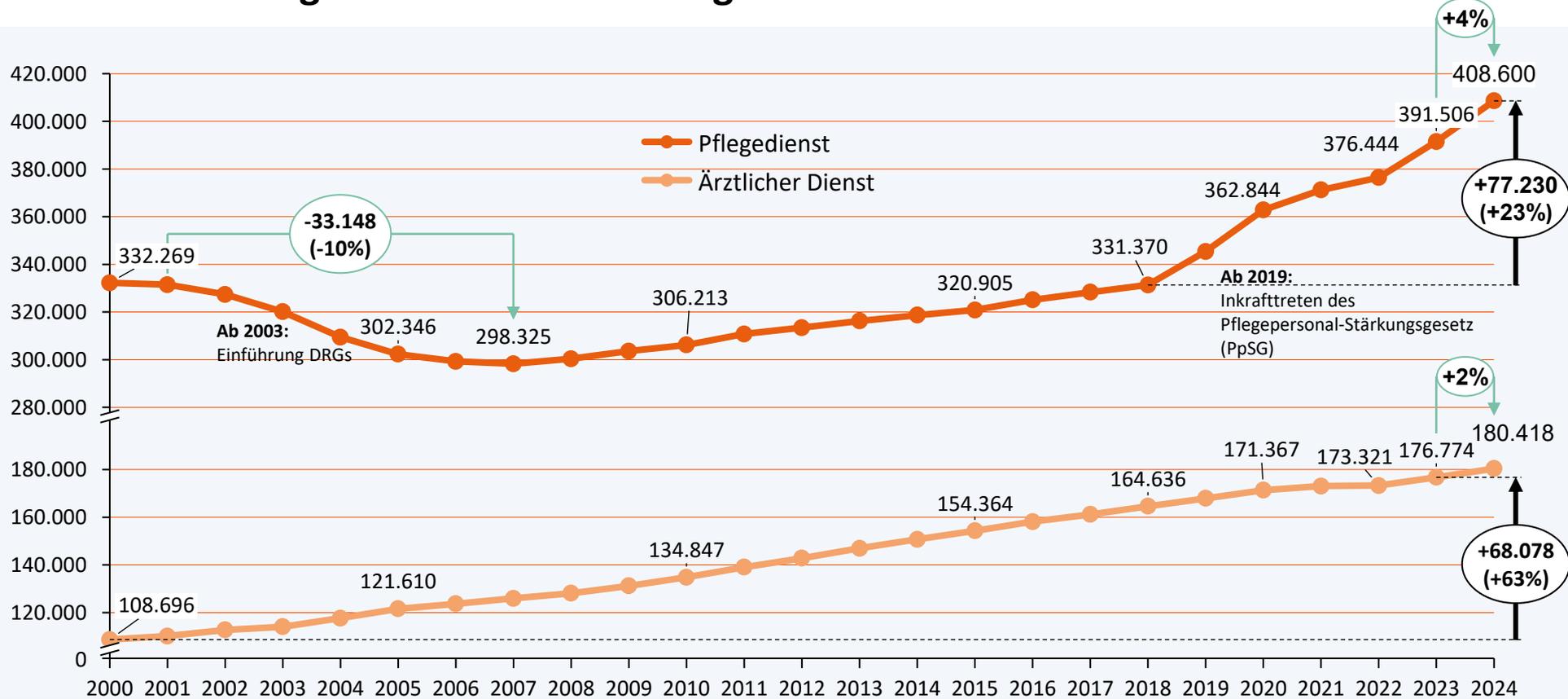
Standortdefinition 2.000 m

Pflegepersonaluntergrenzen

Ärztli. Personalbemessung

Und vieles mehr...

Entwicklung der Vollkräfte im Pflege- und Ärztlichen Dienst von 2000 bis 2024



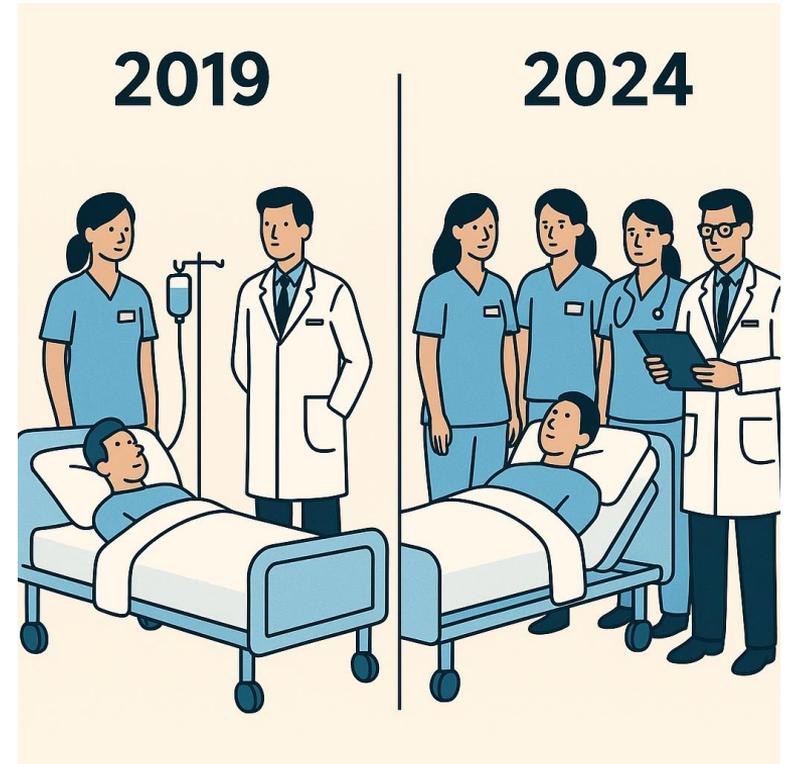
Hinweise: Hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und -ärzte. Ab 2004 inkl. Ärztinnen und Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte. Nichtärztliches Krankenhauspersonal **ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler/Schülerinnen bzw. Auszubildende.**
 Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.).

Die Produktivität des Personaleinsatzes hat sich drastisch verschlechtert

Das Leistungsvolumen gegenüber 2019 um etwa 10 Prozent gesunken

Das eingesetzte Personal ist im gleichen Zeitraum in der Pflege um 23% und bei den Ärzten um 9% angestiegen.

Die Produktivität des eingesetzten Personals war im Jahr 2019 in der Pflege um 36% höher, bei den Ärzten um 21%.



Zeitenwende – Vertrauen statt Dirigismus

Vertrauen und Innovationskultur

Ziele formulieren
Verantwortung der Akteure vor Ort respektieren und stärken
Gestaltungsspielräume schaffen
Innovationen fördern
Ergebnisse beurteilen

Misstrauen und Dirigismus

- Problemlösung durch kleinteilige Regulierung
- Dirigistische Eingriffe
- Struktur- und Prozessvorgaben
- Kontrolle und Sanktion
- „One Size fits all“-Denken



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!