Stellungnahme

Stellungnahme der AWMF Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen zum aktuellen Gesetzgebungsverfahren des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG)

Berlin, 11. Dezember 2025 · Die aktuelle Diskussion im Gesetzgebungsverfahren macht es unseres Erachtens erforderlich, neuerlich zu den Inhalten des Gesetzes und der Reform Stellung zu nehmen. Die Ad-hoc-Kommission begrüßt grundsätzlich die Reformbemühungen, stellt aber weiterhin fest, dass im Detail viele Dinge ungenügend geregelt sind.

1. Die AWMF muss im Leistungsgruppenausschuss verpflichtend für die Ausgestaltung der Qualitätskriterien und die Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems gehört werden und diese Verpflichtung muss gesetzlich geregelt werden.

   Rationale: Bei 90% der Leistungsgruppen hat die Ad-hoc-Kommission zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften konsentierte Anpassungen der Qualitätskriterien gefordert, die weitgehend bisher nicht berücksichtigt wurden und so die Qualität und die Versorgung in der Breite gefährden. Die Kriterien sind die Basis für eine Mindestqualität und darf mit wenigen Ausnahmen nicht unterschritten werden (s.a. Ziffer 2 und 3).

2. Für die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser entsprechend der Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschuss sollen Fachärzt*innen, die für die LG 1 Allgemeine Innere Medizin und LG 14 Allgemeine Chirurgie berücksichtigt werden, auch für die LG 64 Intensivmedizin und LG 65 Notfallmedizin Berücksichtigung finden können, soweit sie die spezifischen Anforderungen dieser Leistungsgruppen erfüllen.

   Rationale: Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in der Fläche können aufgrund der Größe und der vorhandenen sächlichen und personellen Ressourcen die Anforderungen der LG 64 und 65 nur dann adäquat erfüllen, wenn sie mit weiteren Mitteln ausgestattet werden.

3. Die jetzigen Formulierungen zu den einzelnen Leistungsgruppen sind teils zu einengend (siehe Beispiel LG 1 Allgemeine Innere Medizin und LG 14 Allgemeine Chirurgie), teils zu beliebig (siehe Beispiel 2 Endokrinologie und Diabetologie, LG 4 Komplexe Gastroenterologie). Eine Anhörung der AWMF zu diesen Inhalten im Leistungsgruppenausschuss ist deshalb dringend geboten.

Rationale: In der LG 1 AIM werden ohne Berücksichtigung des Charakters des Krankenhauses (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunkt-, Maximalversorgung, Universitätsklinik) wird die Computertomographie jederzeit auch in Kooperation gefordert, obwohl die Rufbereitschaft auch in Kooperation in der Basisversorgung ausreichend ist. Die Vorhaltung einer Endoskopie wird täglich für 8 Stunden gefordert, obwohl eine werktägliche Vorhaltung ohne zeitliche Vorgabe ausreichend wäre.
In der LG14 ACH wird angeführt, dass bei den vorzuhaltenden Fachärzt*innen für Allgemeinchirurgie diese durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen Facharzt für Allgemeinchirurgie ersetzt werden können. Dies führt durch die Verwendung des Wortes und anstelle von oder dazu, dass ein Facharzt für Allgemeinchirurgie durch zwei Fachärzt*innen anderer Fachrichtungen ersetzt werden können. Da nur ca. 1.000 Fach*ärztinnen für Allgemeinchirurgie in Deutschland vorhanden sind, werden in dieser Leistungsgruppe dann mehr als der Standard von 3 Fach*ärztinnen für den Rufbereitschaftsdienst vorgehalten werden müssen.
In der LG 2 Endokrinologie und Diabetologie hat die Qualifikationsanforderung an den Facharzt zur Folge, dass auch Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie den gesamten Schwerpunkt verantworten dürfen.
In der LG 4 Komplexe Gastroenterologie fehlt weiter die Ausstattungsvorgabe der ERCP, die gerade für komplexe Interventionen des Schwerpunktes charakteristisch sind.
Die hier genannten Leistungsgruppen sind Beispiele für vielfältige Unzulänglichkeiten in der Festlegung von Qualitätskriterien.

4. Soweit Kriterien für Leistungsgruppen von einem Krankenhaus nicht erfüllt werden und die aufsichtführende Behörde trotzdem die Notwendigkeit erkennt, und die Leistungsgruppe zuteilt, darf eine solche Ausnahme nur befristet für3 Jahre erfolgen.

Rationale: Die medizinische Behandlungsqualität muss an erster Stelle stehen. Sollten die Kriterien nicht vorliegen, darf eine Leistungsgruppenzuteilung nur erfolgen, wenn ein Entwicklungskonzept das perspektivische Erreichen der Mindestkriterien der Leistungsgruppe wahrscheinlich macht. Im Gesetz sollte die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung, um erneut drei Jahre in begründeten Fällen vorzusehen. Eine Evaluation von Behandlungsfällen in Leistungsgruppen mit temporärer Unterschreitung von Qualitätskriterien muss erfolgen.

5. Die Sicherstellung einer hochqualitativen Gesundheitsversorgung muss regional gedacht und umgesetzt werden unter Einbeziehung von teil- und nichtstationären Sektoren.

Rationale: Eine Planung muss über Grenzen von Kreis, Stadt und Land hinaus erfolgen, um die Mehrfachvorhaltung von Krankenhäusern zu reduzieren. Des Weiteren muss sie die zunehmende Ambulantisierung in der Gesundheitsversorgung berücksichtigen und den stationären und ambulanten Sektor zunehmend verzahnen.

6. Soweit der Primärdienst in einer Leistungsgruppe durch einen Facharzt des Gebietes, des Schwerpunktes oder mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung erfolgt, sollte die zeitgleiche Vorhaltung eines Facharztes im Rufbereitschaftsdienst entfallen.

   Rationale: Es ist heute eine nicht seltene Praxis, dass Fachärzte eines Gebietes, eines Schwerpunktes oder mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung den Primärdienst im Krankenhaus versehen. Die weitere Vorhaltung eines Facharztes im Rufbereitschaftsdienst ist dann nicht sachlich geboten und im Weiteren unwirtschaftlich.

7. Als Erfüllungsgrad für die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sind für die Personalverhaltung ≥ 85% und für die sachliche Ausstattung ≥ 90 % vorzusehen.

   Rationale: Eine 100%ige Erfüllung von Qualitätskriterien sowohl im Bereich der Personalvorhaltung wie in der sachlichen Ausstattung ist unrealistisch, da planerisch von einer Ausfallquote ausgegangen werden muss. Dafür sind vorgenannte Untergrenzen empirisch zu empfehlen. Eine Forderung zur Mindesterfüllung von 100% führt des Weiteren zu erheblichen Mehrkosten für die Krankenhäuser, um eventuelle Ausfälle zu berücksichtigen.
   Eine Festlegung in vorgeschlagener Weise würde gleichfalls im Gesamtkontext eine ausreichende Flexibilität realisieren und weitere Ausnahmebestimmungen oder von Land zu Land unterschiedliche Ausnahmeregelungen obsolet machen.

8. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat entsprechend des gesetzlichen Auftrages einen Grouper gestaltet, der jeden stationären Fall einer spezifischen Leistungsgruppe zuordnen soll. Da die vorhandenen Codes des ICD-10-GM- und OPS-Kataloges nicht für diese Fragestellung entwickelt wurden und viele Leistungsgruppen eine inhaltliche Überlappung aufweisen, kommt es notwendigerweise zu großen Resteklassen, insbesondere in der LG 1 Allgemeine Innere Medizin und in der LG 14 Allgemeinchirurgie sowie analog in der LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie und LG 46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin. Die eindeutige Fallzuordnung zu einer Leistungsgruppe würde sich ohne Beeinflussung der sonstigen Entgeltberechnungen dadurch lösen lassen, dass im OPS-Katalog eine Schlüsselnummer für jede Leistungsgruppe vorgesehen wird.

   Rationale: Die Verwendung eines Leistungsgruppenschlüssel im OPS-Katalog würde eine eindeutige Fallzuordnung erlauben, die die Abrechnungssystematik des InEK nicht beeinflusst. Es ist zugleich präziser als die Verwendung von Fachabteilungsschlüsseln, die zudem unverändert bundeseinheitlich nicht existent sind. Es begegnet auch der vorgesehenen Möglichkeit im jetzigen Leistungsgruppen-Grouper, eine Fallzuordnung durch die Länge der stationären Behandlung vorzunehmen. Ein solches Verfahren wird zu entsprechenden Fehlanreizen führen, wie es im jetzigen DRG-System immanent ist bei den Prozeduren, die u.a. über die Länge der Verweildauer definiert werden.

9. Der Gesetzgeber muss aktiv und vorausschauend die weitere Leistungsplanung planen, da im jetzigen Leistungsgruppensystem vielfältige Gebiete, Schwerpunkte und weitere Spezialbereiche nicht berücksichtigt wurden.

Dazu ist es notwendig im Koalitionsausschuss eine Revision der Streichung der Leistungsgruppen 3 Infektiologie, Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin. Wir empfehlen dringend die Umsetzung dieser Leistungsgruppen binnen 12 Monaten nach Umsetzung der Leistungsgruppen nach Anlage 1 KHAG vorzusehen.

Rationale: Infektionen sind häufiger Anlass und zugleich eine häufige Komplikation der Krankenhausbehandlung. Deshalb lässt sich der Antibiotikagebrauch nur teilweise begrenzen und weltweit besteht die Problematik der zunehmenden Resistenzentwicklung und der immer häufigere Rückgriff auf Reservesubstanzen. Eine entsprechende Leistungsgruppe ist deshalb medizinisch mindestens an Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung geboten.

Die Nichtumsetzung der Leistungsgruppen 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin hat zu Folge, dass jede operative oder konservative Abteilung in der Kinder- und Jugendmedizin entsprechend dem Leistungsgruppen-Grouper alles machen (und abrechnen) kann. Das Prinzip der Unterscheidung zwischen Gebiet und Schwerpunkten, dem in der Erwachsenenmedizin gefolgt wurde, wird hier ohne sachlichen Grund verlassen. Dies ist mit der primären Zielsetzung der Qualität der stationären Leistungserbringung nicht vereinbar.

Die Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin ist die zentrale Verbindungsstelle zwischen ambulanten Sektor einschließlich Rettungsdienst und stationären Bereich. Die hochqualitative Leistungserbingung an dieser Stelle ist wesentlich für die richtige Positionierung von erkrankten Bürgern im Gesundheitssystem. Deshalb muss diese Leistungsgruppe auch in Verbindung mit der jetzigen Gesetzgebung zur Notfallreform betrachtet werden.

10. Die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF hat beim Leistungsgruppenausschuss folgende neue Leistungsgruppen beantragt:

- Muskuloskelettale Tumorchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Schmerzmedizin
- Handchirurgie
- Komplexe Angiologie
- Komplexe minimalinvasive Gefäße
- Radiologie und
- Strahlentherapie

Es ist sachlich geboten diese zeitnah zu realisieren. Analog zu Ziffer 3 schlagen wir die Umsetzung binnen 12 bis 24 Monaten nach Umsetzung der Leistungsgruppen gemäß Anlage 1 KHAG vor.

Rationale: Diese Leistungsbereiche stellen relevante Anteile der heutigen und auch der zukünftigen stationären Krankenhausversorgung dar. Eine entsprechende Festlegung von Qualitätskriterien ist deshalb geboten. Des Weiteren ist eine zeitnahe Umsetzung vorzusehen, damit die heutigen Leistungserbringer dieser Leistungen eine entsprechende

Planungssicherheit erhalten und die Aufsichtsbehörden entsprechende Vorbereitungen treffen können.

11. In die Anlage 1 KHAG ist die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium vorzusehen.

Rationale: Die PpUGV stellt als Qualitätskriterium sicher, dass eine Leistungserbringung in den betreffenden Leistungsgruppen nur erfolgen darf, wenn diese Voraussetzung erfüllt ist. Es ist somit ein besseres Kontroll- und Sanktionsinstrument. Ziffer 7 ist analog anzuwenden.

12. Im KHAG wurde von der Definition von Fachkliniken Abstand genommen und diese den Bundesländern überantwortet. Perspektivisch soll eine bundeseinheitliche Definition realisiert werden, um bundeseinheitlich und rechtssicher zu verfahren.

Rationale: Das Fehlen einer bundeseinheitlichen Definition von Fachkliniken birgt die Gefahr, dass landesspezifische und damit divergierende Definitionen erfolgen werden. Dies birgt das Problem von gleichfalls divergierenden Qualitätskriterien in sich und konterkariert die das Ziel der Qualität in der stationären Leistungserbringung. Die Fachgesellschaften in der ad hoc Kommission haben dazu einen Vorschlag publiziert[1].

13. Der Gesetzgeber muss perspektivisch den Leistungsgruppenausschuss mit der Aufgabe beauftragen, die Qualitätskriterien entsprechend der Versorgungsstufe eines Krankenhauses auszudifferenzieren.

Rationale: Die jetzigen Qualitätskriterien gelten uniform für eine Leistungsgruppe unabhängig von der Versorgungsstufe. Es ist offensichtlich, dass sich die Anforderungen zwischen einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in der Vorhaltung von Disziplinen, Geräten und Personal unterscheiden müssen.

14. Die Sektorengrenzen für Leistungen am Krankenhaus müssen überwunden werden. Ambulant erbrachte Leistungen an einem Standort müssen für die Anerkennung von Leistungsgruppen berücksichtigt werden

Rationale: Die jetzigen Regelungen, insbesondere zur Mindestvorhaltung, konterkarieren die Bestrebungen, den ambulanten Versorgungsbereich auszubauen u.a. durch eine Vergütung mit Hybrid-DRG und setzen einen Fehlanreiz.

15. Der Bürokratieaufwand, der mit der Einführung des Leistungsgruppensystems erfolgt, muss zeitnah reduziert werden.

---

[1] Randerath WJ, Kriegmair M, Markewitz A, Rodeck B, Schmitz-Rixen T, Scharl A, Nothacker M. Fachkliniken – Definition: Vorschlag zur Diskussion aus der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Reform der Krankenhausversorgung [Specialist clinics - definition: proposal for the discussion from the ad hoc committee on care structures by the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) for the reform of hospital care]. Ger Med Sci. 2023 Jul 5;21:Doc11. German. doi: 10.3205/000325. PMID: 37599858; PMCID: PMC10436733.

Rationale: Der Bürokratieaufwand für Krankenhäuser wächst kontinuierlich. Die Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes muss auf das Notwendige reduziert und die Prüfungsintervalle verlängert werden.

16. Die Einführung des Leistungsgruppensystems in Deutschland wird sukzessive zu Änderungen der Krankenversorgung führen. Eine Evaluation ist zwingend geboten um positive und negative Effekte zeitnah zu erfassen und bei Bedarf weitere Maßnahmen treffen zu können.

Rationale: Ein Veränderungsprozess führt zwangsläufig zu Effekten, die erwünscht, aber auch nicht erwünscht sein können. Die Einführung des LG-Systems in der Schweiz ist mit der deutschen Situation nicht zu vergleichen.
Eine kriteriengestützte Evaluation für das deutsche Versorgungssystem ist zwingend geboten und muss longitudinal sowohl die Daten des stationären und des ambulanten Sektors zusammenführen.

Die AWMF steht als Vertretung von 185 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften mit mehr als 300.000 Mitgliedern für die konstruktive Diskussion der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und wird diesen Prozess mit ihrer Fachexpertise sowie die politisch Entscheidenden dabei unterstützen.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: *office@awmf.org*

Für die Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der AWMF

Dr. Manfred Gogol
Dr. Monika Nothacker