

Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

25. November 2025

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Tel. 030 3229329-0
Fax. 030 3229329-55
E-Mail: politik@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Vorbemerkungen

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft im deutschsprachigen Raum und engagiert sich seit Jahrzehnten für eine qualitativ hochwertige, interdisziplinäre und wirtschaftlich tragfähige onkologische Versorgung. Die WiZen-Studie konnte belegen, dass Patient*innen, die in zertifizierten onkologischen Zentren behandelt werden, signifikant bessere Behandlungsergebnisse erzielen¹. Zudem zeigt sich am Beispiel des Darmkrebses, dass die Versorgung in zertifizierten Einrichtungen nicht nur medizinisch überlegen, sondern auch kostengünstiger ist². Da Krebs zu den größten Kostentreibern im Gesundheitswesen zählt, ist die konsequente Berücksichtigung evidenzbasierter, qualitätssteigernder und patient*innenorientierter Einsparmaßnahmen unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund begleitet sie das Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform intensiv und konstruktiv. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft als notwendiger Reformschritt zur Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung bewertet. Das nun im parlamentarischen Prozess eingebrachte Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) enthält jedoch Änderungen, die aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft wesentliche Aufweichungen der im KHVVG angelegten Qualitätsorientierung zur Folge haben. Insbesondere im Bereich der onkologischen Versorgung drohen Rückschritte, die die angestrebte Konzentration und Spezialisierung gefährden.

Stellungnahme

1. Ausnahmeregelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen (Art. 1, § 109 Abs. 3a SGB V; Art. 2, § 6a KHG)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz sieht weiterhin vor, dass Landesbehörden Leistungsgruppen auch dann zuweisen können, wenn die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, sofern dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich erscheint. Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde klargestellt, dass diese Ausnahmeregelung nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen zulässig ist. Eine Verlängerung über den dreijährigen Ausnahmezeitraum hinaus ist nicht vorgesehen. Zugleich entfällt die bisher im KHVVG enthaltene Fahrzeitregelung als objektifizierbares Kriterium.

Stellungnahme

Wir lehnen diese Neuregelung ab. Die Deutsche Krebsgesellschaft erkennt die Notwendigkeit an, Versorgungsrealitäten flexibel zu berücksichtigen. Gleichwohl stellt die vorgesehene Regelung eine erhebliche Aufweichung zentraler Steuerungsinstrumente dar. Ohne differenzierte Fahrzeitregelung und mit einer nur auf das Einvernehmen mit den Krankenkassen gestützten Ausnahmeprüfung besteht das Risiko einer flächendeckenden Ausdehnung von Sonderregelungen, die die im KHVVG intendierte Spezialisierung zersetzen. Die Versorgung komplexer Erkrankungen wie Krebs erfordert ein hohes Maß an interdisziplinärer Kooperation, technologischer Ausstattung und Erfahrung – Kriterien, die nicht

beliebig dezentral abbildbar sind. Die vorgesehene Regelung droht, Gelegenheitsversorgung strukturell zu verfestigen.

Änderungsvorschlag

Wir plädieren dafür, die engen Ausnahmeregelungen des KHVVG beizubehalten und den Erhalt einer differenzierten, qualitätsorientierten Krankenhausplanung durch verbindliche Vorgaben zu sichern. Eine objektivierte Fahrzeitregelung ist – differenziert nach Indikationsgruppen – als unverzichtbares Steuerungsinstrument wieder einzuführen. Für planbare, komplexe onkologische Eingriffe sind längere Anfahrtszeiten aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft zumutbar und im Sinne besserer Behandlungsergebnisse auch angezeigt³.

2. Onkochirurgische Mindestvorgaben (§ 136c SGB V, § 40 KHG)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf behält die Möglichkeit bei, onkochirurgische Leistungen auf der Grundlage relativer Mindestmengen zu regulieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann dabei künftig auch unterhalb der bisherigen Schwelle von 15 % eine Abrechnungsbeschränkung vorsehen, sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.

Stellungnahme

Wir lehnen diese Regelung weiterhin entschieden ab. Relative Mindestmengen, gleich welcher Höhe, verkennen die unterschiedliche Leistungsdichte in den Regionen und sind anfällig für politische und wirtschaftliche Einflussnahme. Die angestrebte Qualitätssteigerung kann durch eine rein fallzahlbezogene Steuerung nicht erreicht werden. Im Gegenteil: Die Reduktion auf chirurgische Indikationen greift zu kurz, da moderne onkologische Versorgung eine Verzahnung operativer, medikamentöser und unterstützender Therapien voraussetzt. Strukturelle und prozessuale Qualitätsanforderungen, wie sie im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft enthalten sind, bieten eine robuste, evidenzbasierte und funktionierende Grundlage zur Qualitätssteuerung.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen die Ablösung des relativen Mindestmengensystems zugunsten absoluter, indikationsspezifischer Mindestmengen, wie sie der G-BA bereits in anderen Kontexten festgelegt hat, vor. Ergänzend sind strukturbezogene Kriterien zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Versorgungsinfrastruktur zu verankern. Der Begriff „flächendeckend“ sollte aus § 136c SGB V gestrichen werden, da er bei hochspezialisierten Leistungen wie onkochirurgischen Eingriffen eine irreführende Zielsetzung suggeriert.

3. Anforderungen an onkologisch geprägte Leistungsgruppen (Anlage 1 SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Das KHAG streicht für bestimmte onkologische Leistungsgruppen (z. B. Ovarialkarzinom, Pankreas-, Leber-, Ösophagus- und Rektumeingriffe) die verpflichtende Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen wie „Leukämie und Lymphome“ oder „Stammzelltransplantation“ – entweder am Standort oder in qualifizierter Kooperation.

Stellungnahme

Die Deutsche Krebsgesellschaft bewertet diese Änderungen in dieser Form als fachlich nicht nachvollziehbar. Die aufgeführten Verbindungen spiegeln die Realität der komplexen, multimodalen Krebstherapie wider und sichern durch die Kombination chirurgischer und systemischer Behandlungskompetenz eine qualitätsgerechte Versorgung. Die Streichung entsprechender Kopplungen konterkariert den Anspruch interdisziplinärer Versorgungspflicht und erschwert den Zugang zu strukturell voll ausgestatteten Versorgungseinheiten. Für Patient*innen birgt dies ein erhöhtes Risiko suboptimal koordinierter Therapiepfade.

Änderungsvorschlag

Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert die Anpassung der vorgesehenen Änderung. Die Verknüpfung bestimmter Leistungsgruppen mit einer qualifizierten Abteilung für internistische Onkologie ist zu gewährleisten. Bei reiner Einbindung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ sollte eine internistisch-onkologische Spezialisierung aufgenommen werden. Bei den notwendigen Anpassungen sollten die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, insbesondere die Deutsche Krebsgesellschaft und die AWMF, systematisch einbezogen werden.

Die Deutsche Krebsgesellschaft begrüßt die Intention der Bundesregierung, die Qualität in der stationären Versorgung zu stärken. Das KHAG schwächt jedoch zentrale Instrumente der ursprünglichen Reform, insbesondere im Bereich der onkologischen Versorgung. Statt Qualitätsverbesserungen droht eine Rückkehr zu heterogenen, nicht leitlinienkonformen Versorgungsstrukturen. Wir appellieren an den Gesetzgeber, auf die bewährten Qualitätsinstrumente wie Mindestmengen, Leistungsgruppenkopplungen und Zertifizierungsanforderungen zurückzugreifen – nicht zuletzt im Sinne der Patientensicherheit und der wirtschaftlichen Nachhaltigkeit.

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Mirjam Einecke-Renz

Abteilungsleiterin Politik, Kommunikation & Netzwerk

Berlin, den 25. November 2025

Anlage

4. Referenzen

[1] Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M, Bierbaum V, Gerken M, Bobeth C, Rössler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Schoffer O, on behalf of the WiZen Study Group: Initial cancer treatment in certified versus non-certified hospitals: results of the WiZen comparative cohort study. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169.

[2] Cheng, X., Wehrle, C. J., Yu, J., Herr, I., Sander, J., Schmitt, J., & Jansen, L. (2021). Survival and costs of colorectal cancer treatment in certified cancer centers in Germany: A population-based, retrospective cohort study. *International Journal of Cancer*, 149(5), 1014–1024. <https://doi.org/10.1002/ijc.33728>

[3] Roessler, M., Korthauer, L., Petrautzki, I., Bobeth, C., Schulte, C., Hertle, D., Deckert, S., Augurzky, B., Karagiannidis, C., Schmitt, J., Repschlaeger, U., Straub, C., Wende, D. (2025). Welfare-based healthcare planning: methodology and application to thoracic surgical treatment of lung cancer in Germany. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6169339/v1>