



# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern  
Deutscher Ärztetag  
PRÄSIDENT

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

## **Änderungsanträge zum Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)**

*Fachliche Hinweise und Änderungsbedarf zu ausgewählten Regelungsbereichen*

die uns aktuell vorliegenden Änderungsanträge zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) mit Stand vom 10.02.2026 betreffen zentrale Regelungsbereiche der Krankenhausreform.

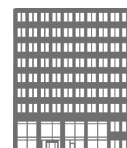
Gerne möchten wir auf aus unserer Sicht besonders relevante Punkte aufmerksam machen und konzentrieren uns daher im Folgenden bewusst auf ausgewählte Aspekte, bei denen aus unserer Sicht noch weiterhin Anpassungsbedarf besteht, und bitten um Berücksichtigung im weiteren parlamentarischen Verfahren.

### **Änderungsanträge 9, 25, 27, 40 - Leistungsgruppen-Tabelle (Anlage 1 zu § 135e Abs. 4 SGB V)**

Die Leistungsgruppen-Tabelle (Anlage 1 zu § 135e Abs. 4 SGB V) stellt das zentrale fachliche Steuerungsinstrument der Reform dar. Sie listet die Qualitätsanforderungen für die einzelnen Leistungsgruppen auf. Wir begrüßen, dass einige der fachlichen Empfehlungen zur Überarbeitung der Tabelle, die der Leistungsgruppen-Ausschuss in seiner letzten Sitzung konsentiert hat, Eingang in die vorliegenden Änderungsanträge gefunden haben.

Gleichwohl ist festzustellen, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses teils unvollständig und teils auch sachlich unzutreffend umgesetzt wurden. Dabei geht es auch um Empfehlungen, die in einer Arbeitsgruppensitzung des Leistungsgruppenausschusses vom 03.02.2026 konsentiert wurden.

Gerade da die Leistungsgruppen-Tabelle nach Inkrafttreten des KHAG verbindlich sein wird und spätere Korrekturen voraussichtlich nur mit erheblichem zeitlichem Vorlauf verbunden und auf dem Weg einer erneuten Gesetzesänderung oder einer



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin

zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung möglich sein werden, halten wir es für dringend geboten, die vorliegenden fachlich erarbeiteten Empfehlungen vollständig und zutreffend in das laufende Gesetzgebungsverfahren einzubeziehen. Dies ist für eine bundesweit einheitliche Prüfbarkeit sowie eine sachgerechte Umsetzung der Reform von zentraler Bedeutung.

Gerne stehen wir kurzfristig, auch gemeinsam mit weiteren Mitgliedern des Leistungsgruppenausschusses für einen Abgleich der Änderungsanträge mit den konsentierten Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses zur Verfügung, damit das Gesetz mit einer möglichst sachgerechten Anlage 1 in Kraft treten kann.

**Besonders gravierend ist eine Änderung, die mit Regelungsvorschlag 25 in § 135e SGB V vorgesehen ist. Dabei geht es um die Anforderungen an die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten.**

Bisher ist geregelt, dass mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss. Dies ist mit der geforderten Mindestanzahl von in der Regel drei Fachärzten realisierbar. Der Änderungsantrag sieht nun vor, dass auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten jederzeit ein Facharzt im Schicht- oder Bereitschaftsdienst verfügbar sein muss.

Im Ergebnis resultiert daraus die Anforderung nach einer fachärztlichen 24/7-Präsenz in allen Leistungsgruppen. **Dies bedeutet eine erhebliche Verschärfung der ärztlichen Personalanforderungen, die nicht sachgerecht ist und zu erheblichen Problemen in der flächendeckenden Versorgung führen kann.**

Zum Verständnis: Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird in Anwesenheit am Krankenhausstandort wahrgenommen: Der Bereitschaftsarzt kann sich zwar – wenn sein Tätigwerden z. B. während der Nachstunden nicht erforderlich ist – in einen Ruheraum zurückziehen, ist aber gleichwohl am Standort anwesend und jederzeit dienstbereit. In vielen Krankenhausabteilungen wird dieser Bereitschaftsdienst nachts von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen, die sich noch in der Facharztweiterbildung befinden. Eine Fachärztin oder ein Facharzt steht in diesen Fällen in der Rufbereitschaft zur Verfügung, um Fragen zu beantworten oder im Bedarfsfall persönlich zur Behandlung hinzuzukommen. Diese Fachärztin / dieser Facharzt ist jedoch nicht regulär vor Ort, sondern befindet sich in Rufbereitschaft, in der Regel in der eigenen Häuslichkeit.

Der Änderungsantrag würde nun dazu führen, dass schon der Bereitschaftsdienst durchgängig fachärztlich zu besetzen ist, mithin mit einer Fachärztin/einem Facharzt, die/der sich permanent am Krankenhausstandort aufhält. Dies erfordert eine deutliche höhere Zahl an Fachärztinnen und Fachärzten je Krankenhausstandort, **in der Regel dürften mindestens 5-6 Vollzeitäquivalente erforderlich sein.**

**Im Ergebnis würde die Regelung also einer Verdopplung der bisher vorgesehenen Facharztmindestzahlen führen.**

Vermutlich ist diese Verschärfung nicht beabsichtigt. Die Begründung zu diesem Änderungsantrag nimmt Bezug auf die Beratungen im Leistungsgruppenausschuss. Dort hatte man sich auf folgendes Verständnis des Adjektivs „jederzeit“ verständigt:

*„Die Verfügbarkeit „jederzeit“ muss außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft gewährleistet werden, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst gewährleistet wird.“*

Diese Formulierung macht deutlich, dass außerhalb des Regeldienstes die Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft ausreicht und durch die Verfügbarkeit im Anwesenheitsdienst lediglich ersetzt werden kann.

Die Formulierung im Änderungsantrag fordert die Verfügbarkeit im Anwesenheitsdienst hingegen neben der Verfügbarkeit in der Rufbereitschaft. Sie fordert eine Verfügbarkeit im Schicht- oder Bereitschaftsdienst also letztlich zusätzlich zur Verfügbarkeit in der Rufbereitschaft. Der weitere Wortlaut der Begründung stützt diese Interpretation, denn dort ist davon die Rede, dass bei Regel- und Anwesenheitsdiensten „eine tatsächliche Verfügbarkeit eines Facharztes vor Ort jederzeit gewährleistet sein muss“. Da der Änderungsantrag die Bereitschaftsdienste (zutreffend) zu den Anwesenheitsdiensten zählt, ergibt sich daraus die Forderung nach einer fachärztlichen Vor-Ort-Präsenz im Bereitschaftsdienst, mithin für das normale Krankenhaus auch während der Nachstunden und am Wochenende.

**Wir bitten deswegen dringend darum, die Änderung in § 135e Nummer 6 b und c SGB V nicht umzusetzen.** Die Formulierung der KHAG-Kabinettsfassung ist eindeutig und bedarf keiner Änderung.

### **Änderungsantrag 35 – Definition von Fachkrankenhäusern**

Die bestehenden Regelungen werden zu erheblichen Problemen für etablierte, versorgungsnotwendige Fachkrankenhäuser und Krankenhausstandorte mit fachklinischer Versorgung führen.

Dies gilt zum Beispiel für Standorte auch großer Krankenhäuser, an denen im Bereich der Chirurgie ausschließlich eine unfallchirurgische und/oder orthopädische Versorgung stattfindet. Auch bei Maximalversorgern mit mehreren Standorten ist es nicht ungewöhnlich, dass an einem Standort die Orthopädie/Unfallchirurgie und an einem anderen Standort die viszeralchirurgische Versorgung angesiedelt ist. Diesen Standorten könnten nach den geltenden Regeln nur die jeweils spezifischen Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die Orthopädie/Unfallchirurgie also z. B. die Endoprothetik-Leistungsgruppen, die Wirbelsäulenchirurgie und ggf. die spezielle Traumatologie.

Weil an einem solchen orthopädisch-unfallchirurgischen Standort jedoch in der Regel keine Allgemeinchirurgen und keine Visceralchirurgen tätig sind (und dort auch nicht gebraucht werden), kann die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ dem Standort nicht zugewiesen werden. **Der Leistungsgruppen-Grouper ordnet jedoch breite Teile der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung nicht den speziellen Leistungsgruppen, sondern der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ zu.** Somit würde das **Leistungsspektrum solcher Standorte erheblich beschnitten**, was weder im Sinne der Qualität noch der Versorgung sein kann.

Dieses Problem ergibt sich nicht nur für orthopädisch-unfallchirurgische Krankenhausstandorte, sondern in gleicher Weise auch für viszeralchirurgische Standorte, aber auch für andere Fachklinik-Standorte, z. B. in der Geriatrie.

Eine geriatrische Fachklinik wird in vielen Fällen die Voraussetzungen für die Zuweisung der Leistungsgruppe "Allgemeine Innere Medizin" nicht erfüllen. Sie bleibt dann auf das extrem schmale Fallspektrum der Leistungsgruppe "Geriatric" beschränkt, könnte also nur noch Patienten versorgen, bei denen die entsprechenden geriatrischen OPS-Codes angesetzt werden können. Die Behandlung eines alten Menschen, der schon nach 5 Tagen wieder entlassen wird, wäre dann nicht mehr möglich.

Wir empfehlen daher folgenden ergänzenden Satz 4 in § 135d Absatz 4:

*"Fachkrankenhäuser dürfen für die Sicherstellung der Versorgung über die Leistungsgruppe, bzw. die Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen. Hierbei wird durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nur insoweit erfüllt werden, wie es für die Versorgung der spezifischen Patienten des Fachkrankenhauses notwendig ist; die Zuordnung ist zu begründen."*

### **Änderungsantrag 24 – Hybrid-DRG**

Wir begrüßen ausdrücklich die **Streichung des Ausschlusses von Kindern und Menschen mit Behinderung** von den Hybrid-DRG. Allerdings ist zu beachten, dass der Hybrid-DRG-Katalog für das Jahr 2026 bereits festgelegt wurde, sodass die **Wirkung der Streichung des Ausschlusses** **faktisch erst ab dem Jahr 2027** einsetzt.

**Für das Jahr 2026** ist daher **vorzusehen, dass Leistungen** bei Kindern und Menschen mit Behinderung, die bis zum 31. Dezember 2025 abrechnungsfähig erbracht wurden, **weiterhin abgerechnet werden können**. Wir schlagen daher folgende Anpassung in § 115f Abs. 2 SGB V vor:

*„Leistungen bei Kindern und Menschen mit Behinderung, die bis zum 31. Dezember 2025 abrechnungsfähig erbracht wurden, bleiben weiterhin abrechnungsfähig.“*

### **Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung**

Grundsätzlich möchten wir erneut darauf hinweisen, dass die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung frühzeitig und systematisch berücksichtigt werden müssen. Strukturveränderungen, Leistungsgruppenzuordnungen und Konzentrationsprozesse haben unmittelbare Konsequenzen für Weiterbildungsbefugnisse, Rotationsmöglichkeiten und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Facharztweiterbildung.

Mit Blick auf Problemfelder und Lösungsansätze zur ärztlichen Weiterbildung verweisen wir auf den beigefügten Vermerk (Anlage 1). Besonders wichtig ist, dass es kurzfristig zu einer Lösung für das Problem der Arbeitnehmerüberlassung im Zusammenhang mit Weiterbildungsverbänden kommt.

Abschließend möchten wir betonen, dass wir die Zielrichtung der Krankenhausreform – eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und nachhaltige stationäre Versorgung – ausdrücklich unterstützen. Gerade deshalb ist es aus unserer Sicht entscheidend, die nun vorliegenden Änderungsanträge fachlich konsistent und praktikabel auszugestalten.



Wir bitten Sie daher nachdrücklich, die genannten Punkte im weiteren parlamentarischen Verfahren zu berücksichtigen und stehen für einen vertieften fachlichen Austausch jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

**Anlagen**

Anlage 1 Vermerk zum Thema Weiterbildungsverbände und  
Arbeitnehmerüberlassung