

**Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
zum Kabinettsentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes
(KHAG, Drucksache 21/2512)**

12.12.2025

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im parlamentarischen Verfahren der Krankenhausreformgesetzgebung Stellung zu beziehen und fokussieren uns hier lediglich auf den Entwurf der Bundesregierung mit der Drucksache 21/2512, Anlage 1a).

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem nun vorgelegten Entwurf für das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) plant die Bundesregierung, die Anzahl der Krankenhausbetten zu verringern und die spezialisierte Versorgung zu bündeln.

Für die Kinder- und Jugendmedizin ist dieser Abbau nichts Neues. Aufgrund anhaltender Unterfinanzierung wurden in den letzten Jahren viele Kinderabteilungen geschlossen. Deutschlandweit gab es 2023 nur noch 323 pädiatrische Standorte mit abnehmender Tendenz. Anders als in der Erwachsenenmedizin besteht somit kein weiterer Konzentrationsbedarf.

Im KHVVG war neben der Leistungsgruppe (LG) 46 „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ die LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ vorgesehen. Das ersatzlose Streichen der LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ im KHAG-Entwurf hat unsere Fachgesellschaft irritiert. Während nahezu alle wichtigen Fachbereiche der Erwachsenenmedizin berücksichtigt werden, werden die analogen Fachbereiche der speziellen Kinder- und Jugendmedizin nicht einmal benannt, sondern „ersatzlos gestrichen“.

Diese Stellungnahme bezieht das Ergebnis eines von der DGKJ (und anderen) beauftragten unabhängigen IGES-Gutachtens ein. Dieses plädiert für die Erhaltung der LG 47, um mittel- und langfristig die spezialfachärztliche Versorgung schwer und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher sicherzustellen.

Die nachfolgenden Forderungen werden von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und dem Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) mitgetragen:

1. Das seit 2023 laufende Sondererlösvolumen für Kinder und Jugendliche von 288 Mio. Euro (§39 KHVVG/KHAG Förderbeträge) muss über das Jahr 2028 hinaus Bestand haben und dynamisiert werden, am ehesten als Zuschlag zu den r-DRGs mit ausschließlicher Bindung an die Leistungsgruppen (LG) der Pädiatrie, da nur dort die kindgerechte Versorgung vorgehalten wird.
2. Für die nicht-chirurgischen Erwachsenen-LG muss gelten, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss des 16. Lebensjahres den Leistungsgruppen der Pädiatrie zuzuordnen ist.
3. Die Nichtberücksichtigung der LG „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ schwächt die Versorgung von schwer und chronisch kranken Kinder und Jugendlichen. Sie muss in der gesundheitspolitischen Diskussion als Qualitätsmerkmal benannt werden, auch wenn sie aktuell nicht belegt wird (für den Fall der Sofortbelegung siehe Anlage 2).
4. Es muss eine Evaluation der Gesetzesfolgen erfolgen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die LG „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ in der Gesetzgebung weiterhin benannt wird.
5. In der LG 49 muss die Einschränkung „Leukämie und Lymphome“ gestrichen werden, damit die Kinderonkologie inklusive der soliden Tumoren, die mehr als die Hälfte der kideronkologischen Erkrankungen ausmachen, benannt wird.
6. Der obere 20 %-Korridor der Fallzahlausweitung, innerhalb dessen das Vorhaltekostenbudget unverändert bleibt, muss für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf 5 % reduziert werden.

Kontakt:

DGKJ-Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
www.dgkj.de | Tel. +49 30 308 7779-0 | politik@dgkj.de
 Präsidentin: Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
 Generalsekretär: PD Dr. Burkhard Rodeck

Anlage 1:

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge im Gesetz:

[Die Seitenzahlen unter „Bezug“ beziehen sich auf den KHAG-Entwurf wie er als Anlage 1a der Einladung zur Stellungnahme/Anhörung beigefügt war. Die aus unserer Sicht notwendigen Ergänzungen sind in roter Schrift und zusätzlich unterstrichen gekennzeichnet.]

Nr.	Bezug	Bisheriger/Vorgesehener Gesetzestext	DGKJ-Positionierung bzw. Änderungsvorschlag	Begründung
1	KHAG-Entwurf, Artikel 2, Nr. 10, § 39 KHG (S. 25f.)	[Einführung der Förderbeträge u.a. für die Pädiatrie um ein Jahr später infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.]	Wir fordern die Dynamisierung der Förderbeträge für den Bereich Pädiatrie. Zusätzlich müssen diese an die Leistungserbringung ausschließlich in pädiatrischen Abteilungen gekoppelt werden.	Die Kalkulationsbasis der Förderbeträge war das Jahr 2019. Sie wurden 2023 erstmals in Höhe von 288 Mio Euro/Jahr als Unterstützung zur Vorhaltung kindgerechter Strukturen gewährt. Kostenerhöhungen und Inflation müssen in die Kalkulation einfließen und regelmäßig angepasst werden.
2	KHAG-Entwurf, Anhang zu Art. 1, Nr. 15 (Anlage 1 zu § 135e (S. 64) und B. Besonderer Teil (S. 101)	„Zu Leistungsgruppe Nummer 47: Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 47 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als ‘nicht belegt’ bezeichnet.“	Notwendig ist folgende Ergänzung in rot: „Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin <u>und Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie</u> werden <u>aktuell nicht belegt. Das InEK ist zu verpflichten, im LG-Grouper bei allen DRGs das Patientenalter zu berücksichtigen, um die Zuordnung in die Pädiatrischen Leistungsgruppen zu gewährleisten. Leistungen aus der konservativen (nicht operativen Kinder- und Jugendmedizin) müssen der Leistungsgruppe 46</u>	Ohne Umsetzung dieses Vorschlages würde es in der Zukunft keine Verpflichtung zur Weiterführung und Neubewertung der „Speziellen Kinder- und Jugendmedizin“ geben. Ohne formales Fortführen der LG 47 und LG 16 gibt es für die Bundesländer keine Verpflichtung, den Bereich zu beplanen. Ohne ein Verbleiben der LG 47 und LG 16 im KHAG ist es denkbar, dass aus ökonomischen Gründen Kinder und Jugendliche in Erwachsenenleistungsgruppen gesteuert werden, da es in diesen keine untere Altersbegrenzung gibt. Eine Behandlung ohne kinder- und jugendärztliche bzw. kinderchirurgische

			<p><u>zugeordnet werden (in Ausnahmefällen ab 16 Jahren auch in Erwachsenenabteilungen).</u> <u>Das InEK ist zu verpflichten, Leistungen von den in den Krankenhausdatensatz meldenden Kliniken mit einem bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssel / Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie zu kennzeichnen, wenn die Behandlung überwiegend in einer Abteilung/Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie erfolgt ist. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist das InEK zu beauftragen, eine Kalkulation und Zuordnung zu den Leistungsbereichen der Leistungsgruppe 47 bzw. Leistungsgruppe 16 (KHVVG) vorzunehmen.“</u></p>	<p>Kompetenz würde so möglich gemacht. Damit würde man eine der Intentionen der Krankenhausreform – die Steigerung der Behandlungsqualität – konterkarieren.</p> <p>Die gesetzliche Ergänzung der Verpflichtung des InEK sollte durch eine Ergänzung des KHVVG, Art. 2, Nr. 13, § 37 KHG Aufgaben des InEK, erfolgen.</p>
3	<p>KHAG-Entwurf: Anhang zu Art. 1, Nr. 15 (Anlage 1 zu § 135e) (S. 65)</p>	<p>„Leistungsgruppe 49, Kinder-Hämatologie und Onkologie - Leukämie und Lymphome.“</p>	<p>„Leistungsgruppe 49, Kinder-Hämatologie und Onkologie.“</p> <p>[„Leukämie und Lymphome“ soll gestrichen werden]</p>	<p>Alle soliden Tumoren und Hirntumoren in der Kinder- und Jugendmedizin werden in der Kinder-Hämatologie und Onkologie behandelt und machen mehr als die Hälfte aller kideronkologischen Neuerkrankungen aus Die Einschränkung „Leukämie und Lymphome“ muss folgerichtig wegfallen.</p>
4	<p>KHAG-Entwurf, Art. 3, Nr. 8b (S. 32)</p>	<p>[Verschiebung der Abschaffung der Abschlüge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer von 2027 auf 2028.]</p>	<p>Wir plädieren für die Streichung von Art. 3, Nr. 8b.</p>	<p>Die Abschaffung der unteren Grenzverweildauer hat sich bereits in zwei Wintern als unkompliziert kurzfristig realisierbar, erfolgreich und vorteilhaft erwiesen. Sie entspannt die</p>

				Belegungssituation in Hochbelegungszeiten und reduziert Bürokratie in erheblichem Maß. Vor allem aber kommt sie dem Wunsch der Patienten und ihren Familien nach einem frühestmöglichen Entlassungszeitpunkt entgegen.
Dringend notwendige Ergänzungen des KHAG:				
5	KHVVG, Art. 1, Nr. 5b: § 118b SGB V	<p>„Pädiatrische Institutsambulanzen</p> <p>Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft</p> <p>1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,</p> <p>2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Kommt die Vereinbarung bis zum 1. Juni 2025 nicht</p>	<p>Wir halten ff. Änderung des §118b SGB V im KHAG für notwendig: [Ergänzung ist unterstrichen in roter Schrift]:</p> <p>„Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. <u>Der Zugang zu einer Pädiatrischen Institutsambulanz wird durch einen Überweisungsvorbehalt der Vertragsärzte (in der Regel Kinder- und Jugendärzte/innen) geregelt.</u>“</p>	<p>Eine Definition der Patientengruppen durch die Selbstverwaltungspartner, die Zugang zur Pädiatrischen Institutsambulanz haben sollen, würde als Voraussetzung eine bereits feststehende Diagnose verlangen, die bei einem Großteil der Patienten nicht vorliegt. Diese kommen zur differenzial-diagnostischen Abklärung in die Institutsambulanz, daher wird der Überweisungsvorbehalt durch die Vertragsärzte gefordert.</p>

		zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“		
6	KHVVG, Art. 1, Nr. 24 (§ 427 SGB V) und KHAG-Entwurf: Begründung, Allg. Teil: VIII. Befristung; Evaluierung (S. 85)	„Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes“ „Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde. Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen.“	Im KHAG muss eine Ergänzung des KHVVG § 427 erfolgen, in einem Punkt 5: „die Auswirkungen der nicht belegten Leistungsgruppe 47 auf die spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen.“ [Die aus unserer Sicht notwendige Ergänzung ist unterstrichen in roter Schrift:] „Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde. Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen. <u>Zusätzlich ist eine Evaluation der Auswirkungen des KHAG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der</u>	Eine verpflichtende Evaluation der Auswirkungen auf die Leitungsbereiche der „Speziellen Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. der „Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie“ muss gesetzlich explizit vorgeschrieben werden.

			<u>Spezialisierung bei der Erbringung von Leistungen in den Leistungsbereichen der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin und Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie (LG 47 und LG 16 KHVVG) vorzusehen.“</u>	
7	KHVVG, Art. 2, Nr. 13: § 37 KHG, Absatz 2 (S.31)	„die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist“	Der Korridor muss für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf maximal 5 % festgelegt werden.	Im KHVVG ist ein 20-Prozent-Korridor angedacht, der vorsieht, dass das Vorhaltebudget in einem Korridor von 20 Prozent mehr oder weniger Fallzahlen unverändert bleibt. Damit ist eine Anpassung der Vorhaltekostenfinanzierung für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin praktisch ausgeschlossen. Diese sind auf Grund der bereits stattgehabten Konzentration auf aktuell etwa 320 Standorte und der naturgemäß begrenzten Anzahl von pädiatrischen Patienten dazu nicht in der Lage.

Anlage 2:

Falls die Leistungsgruppe 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ im KHAG doch sofort belegt werden sollte, sind zwingend Änderungen gegenüber der KHVVG-Fassung notwendig. Der wichtigste Punkt betrifft die personelle Ausstattung:

- Von den fünf FÄ Kinder- und Jugendmedizin sollten jeweils zwei FÄ über eine pädiatrische Schwerpunktweiterbildung verfügen.

Begründung:

In der Pädiatrie gibt es im Vergleich zur Erwachsenenmedizin sehr viel kleinere Patientenzahlen, was sich notwendigerweise auch in weniger Personalbedarf niederschlägt. Daher dürfen hier nicht die personellen Vorgaben aus der Inneren Medizin auf die Kinder- und Jugendmedizin übertragen werden.