

**Stellungnahme der Bayerischen Krankenhausgesellschaft
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)**

Stand: 28.11.2025

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft begrüßt die nun angestoßenen gesetzlichen Anpassungen der Krankenhausreform, um diese praxistauglicher zu gestalten. Gegenüber dem Referentenentwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) wurden in der Kabinettsfassung weitere für die Krankenhäuser relevante Anpassungen vorgenommen.

Die Reform soll in ihren Zielen bestehen bleiben. Damit die Reform praktisch umsetzbar und verlässlich zu gestalten ist, sind weitere Anpassungen erforderlich:

Die BKG hält an ihrer Forderung fest, das **System der Vorhaltefinanzierung grundsätzlich zu überarbeiten**. Mit der Verschiebung der Einführungsfrist werden die Probleme der Vorhaltefinanzierung nicht gelöst. Das System bleibt hochkomplex, enorm bürokratisch und setzt neue Fehlanreize in der Krankenhausversorgung. Änderungsbedarf ergibt sich ebenso für **Mindestvorhaltezahlen, onkochirurgische Abrechnungsverbote, Hybrid-DRG, Standortbegriff** sowie bei der **Budgetbeschleunigung**.

Ein Problem, dass der Kabinettsentwurf ebenfalls nicht adressiert, sind die **Unzulänglichkeiten des Leistungsgruppen-Groupers**. Hier sieht die BKG weiterhin dringenden Handlungsbedarf.

Auf die **Besonderen Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen** geht der Gesetzgeber bisher nur ungenügend ein.

Die im Kabinettsentwurf vollzogene **Überarbeitung der Definition von Fachkrankenhäusern** wird von Seiten der BKG begrüßt. Mit der Regelung gem. dem Referentenentwurf wären mehrere für die Versorgung relevante bayerische Krankenhäuser in ihrer Existenz bedroht gewesen. Mit der nun vorgesehenen Regelung können diese Krankenhäuser die notwendigen verwandten Leistungsgruppen sowie die sachliche Ausstattung in Kooperation erbringen, was der Versorgungsrealität Rechnung trägt.

Die inhaltlich erweiterten **Ausnahmeregelungen** für die Krankenhausplanungsbehörden begrüßen wir. Die zeitliche Begrenzung auf maximal drei Jahre, ohne Möglichkeit einer Verlängerung geht jedoch an der Realität vorbei. Transformationen mit notwendigen Baumaßnahmen haben in der Regel eine längere Umsetzungszeit.

Im Einzelnen nimmt die BKG zu folgenden Punkten Stellung:

Inhalt

1. Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen	3
2. Onkochirurgische Abrechnungsverbote	3
3. Standortbegriff	3
4. Ausnahmeregelungen zeitlich erweitern	4
5. Vorhaltefinanzierung	4
6. Mindestvorhaltezahlen	5
7. Hybrid-DRG	5
8. Anrechnung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung	6
9. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	6
10. Ambulantes Operieren	7
11. Leistungsgruppen-Grouper	7
12. Budgetbeschleunigung	8
13. Fixkostendegressionsabschlag	8

1. Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen

Besondere Einrichtungen sind Krankenhäuser, räumlich getrennte Fachbereiche von Krankenhäusern oder Fachkrankenhäuser, die wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus medizinischen Gründen der Versorgungsstruktur mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog nicht sachgerecht vergütet werden können. Dies sind bspw. Einrichtungen, die sich auf die Behandlung schwerkranker Kinder spezialisiert haben oder Palliativstationen.

Auch für Tages- bzw. Nachtkliniken, also Einrichtungen, die teilstationäre Krankenhausbehandlung als Leistungen zu bestimmten Betriebszeiten am Tag oder in der Nacht erbringen, soll laut Entwurfsfassung jedoch weiterhin die Leistungsgruppensystematik gelten. **Fachlich völlig unverständlich, sieht der Entwurf eine Klarstellung vor, dass Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten.**

Änderungsvorschlag

Die BKG schließt sich der Forderung an, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Kliniken von der Leistungsgruppensystematik auszunehmen. Dies ist sachgerecht, da diese nicht nach Fallpauschalen und einer daraus gebildeten Vorhaltefinanzierung vergütet werden.

2. Onkochirurgische Abrechnungsverbote

Die Regelungen zu den onkochirurgischen Leistungen wurden zwar nachgeschärft, sollen aber laut Gesetzentwurf in der viel zu hohen Komplexität bestehen bleiben. **Der G-BA weist richtigerweise darauf hin, dass anstelle dieser technischen Abrechnungsverbote es aus Patientensicht bedarfsgerechter wäre, die Mindestmengen gezielt weiterzuentwickeln.**

In § 40 KHG i.V.m. § 136c Abs. 2 SGB V soll nun der G-BA für Indikationsbereiche eine geringere Prozentzahl festlegen können als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent. Dadurch sollen in bestimmten Indikationsbereichen (insbesondere Brustkrebs) bereits erfolgte Konzentrationen durch Mindestmengen besser berücksichtigt werden.

Für die Ermittlung der Abrechnungsverbote wird nun nicht mehr 2023, sondern 2025 als festes Basisjahr zu Grunde gelegt, welches jedoch das Grundproblem von fixen Stichtagsjahren in Form der Berücksichtigung von Zufälligkeiten aus diesem Jahr nicht beseitigt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu onkochirurgischen Leistungen sind - wie auch von der DKG gefordert - ersatzlos zu streichen, stattdessen sollte das Instrument der Mindestmengen weiterentwickelt werden – diese sind medizinisch und methodisch anerkannt.

3. Standortbegriff

Für große städtische Maximalversorger und Uniklinika mit mehreren Standorten in einer Stadt besteht die Problematik, dass diese die für die jeweiligen Leistungsgruppen zu erfüllenden Qualitätskriterien an allen Standorten vorhalten müssen. Die Standorte befinden sich zwar in einer Stadt, jedoch außerhalb des in § 2a KHG statuierten Flächenstandortes von 2.000 m.

Diese Regelung führt zum Aufbau von Doppelstrukturen und verursacht unnötige Kosten. Eine bundeseinheitliche Schablone ist beim Standortbegriff nicht zielführend, es müssen die Verhältnisse vor Ort berücksichtigt werden.

Die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene werden diese Problematik nicht lösen können, weil es um konkrete Fragen auf regionaler Ebene, insbesondere in großen Städten bei Maximalversorgern und Uni-klinika geht, deren Standorte aus städteplanerischen Gründen in einer Stadt aufgeteilt sind und zugleich organisatorisch eng verbunden sind. **Daher bedarf es einer Flexibilisierung des Standortbegriffs auf Landesebene.**

Änderungsvorschlag

Die BKG schließt sich der Position der DKG an: Der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde soll die Möglichkeit eingeräumt werden, für Krankenhausstandorte in Ausnahmefällen (Standorte von Uni-klinika bzw. Maximalversorger in Großstädten) einen größeren als den gesetzlich genannten Abstand zuzulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Dass eine Begrenzung auf 2.000 m zu korrigieren ist, wird von den Empfehlungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ untermauert, die einen Abstand von 5.000 m vorschlägt.

4. Ausnahmeregelungen zeitlich erweitern

§ 6a Abs. 4 KHG regelt die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz nicht vollumfänglicher Erfüllung der Qualitätskriterien. In konkreten Konstellationen wird es zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsnotwendigen Versorgung erforderlich sein, den Zeitraum von drei Jahren für Ausnahmeregelungen zu verlängern. Sofern diese Option nicht frühzeitig feststeht, droht eine Unterversorgung aufgrund fehlender Planungssicherheit. Insbesondere im Rahmen von schrittweisen Umstrukturierungen bzw. Schließungen eines Krankenhausstandorts können für eine erforderliche Übergangsphase, die oftmals auch Baumaßnahmen erfordert, einzelne Qualitätskriterien, etwa in Bezug auf die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen oder personeller Ausstattung möglicherweise nicht mehr vollumfänglich an den alten Standorten erfüllt werden.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen der Ausnahmetatbestände ist laut Gesetzentwurf jedoch auf höchstens drei Jahre befristet sowie nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig. Diese Regelungen im Gesetzentwurf stellen eine Verschärfung gegenüber dem Referentenentwurf dar.

Änderungsvorschlag

In § 6a Abs. 4 KHG ist die Möglichkeit einer erneuten Befristung von weiteren drei Jahren auf alle Ausnahmetatbestand wiedereinzuführen.

5. Vorhaltefinanzierung

Das System der fallzahlenabhängigen Vorhaltefinanzierung, die jeweils aus DRG-Fallpauschalen der Vergangenheit gebildet werden, ist keine echte Finanzierung von Vorhaltungen, sondern lediglich ein zweites DRG-Budget. Mit diesem komplexen Regelwerk werden keine Probleme gelöst, aber neue Fehlanreize und Versorgungsrisiken geschaffen. Die geplanten Budgetdeckel würden diejenigen Kliniken bestrafen, bei denen

künftig Leistungen im Zuge der Krankenhausreform gebündelt werden würden. Daher ist die Vorhaltefinanzierung DRG-unabhängig umzubauen.

Änderungsvorschlag

Die Vorhaltefinanzierung ist DRG- und fallzahlenunabhängig so umzubauen, dass insbesondere die erforderlichen 24/7-Vorhaltungen rund um die Uhr stabiler finanziert werden, die im bestehenden DRG-Vergütungssystem üblicherweise unterfinanziert sind. Hilfsweise sollten die geplanten Budgetbegrenzungen und 20 %-Korridorregelungen so umgebaut werden, dass Krankenhäuser bei Konzentrationsprozessen von Leistungen im Zuge der Krankenhausreform nicht bestraft werden.

6. Mindestvorhaltezahlen

Das System der Mindestvorhaltezahlen soll mit dem Kabinettsentwurf KHAG erhalten bleiben. Mindestvorhaltezahlen stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird. Zudem führen Mindestvorhaltezahlen ggf. zu Fehlanreizen und sind nicht sachgerecht bei Fachkliniken, die für ihre Kernleistung ggf. auch einen eingeschränkten Versorgungsauftrag zum Beispiel für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin benötigen.

Änderungsvorschlag

Im Kontext einer fallzahlenunabhängigen Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung sollte anstelle von Mindestvorhaltezahlen das Instrument der Mindestmengen weiterentwickelt werden. Hilfsweise sollten die Mindestvorhaltezahlen zumindest für die allgemeinen Leistungsgruppen 1 und 14 gestrichen werden, für die keine sachgerechten Mindestvorhaltezahlen zu ermitteln sind.

7. Hybrid-DRG

Bei den Hybrid-DRG fehlt ein sinnvolles Konzept zur sektorengleichen Qualitätssicherung und zur sektoren-gleichen Kalkulation. Am Ausbau der Hybrid-DRG soll nach dem Willen des Gesetzgebers festgehalten werden.

Die Folgen eines pauschalen Ausbaus der Hybrid-DRG ohne sektorenübergreifendes Planungs- und Qualitätssicherungskonzept sind für die Versorgungs- und für Patientensicherheit unkalkulierbar. Es besteht die Gefahr von Fehlanreizen, weil durch die Mischkalkulation einerseits ein Mengenanreiz für Behandlungen mit weniger Komplikationsrisiko besteht, während bei hohem Behandlungsaufwand bzw. hohem Komplikationsrisiko diese Behandlungen systematisch unterfinanziert wären mit der Folge einer drohenden Unterversorgung. Zudem sind in den bisherigen DRG-Kalkulationen für diese Behandlungsfälle auch Fixkostenanteile für die stationäre Versorgung einkalkuliert, die für die Sicherstellung der stationären Versorgung verloren gehen, weshalb sich dadurch der Finanzierungsdruck auf die Krankenhäuser weiter verschärft. Der weitere Ausbau der Hybrid-DRG sollte zwingend bis zu der gesetzlich bereits verankerten Evaluation ausgesetzt werden, andernfalls droht eine enorme Risikoselektion.

Änderungsvorschlag

Die BKG schließt sich dem Vorschlag der DKG an, der eine weitreichende Reform des § 115f SGB V vorsieht.

8. Anrechnung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

Derzeit sieht das KHVVG lediglich die Berücksichtigung von Fachärztinnen und -ärzten bei den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen vor. Diese Beschränkung führt zu hohen Kosten und entspricht nicht der gelebten Praxis in den Krankenhäusern. Aufgrund des Fachkräftemangels sollte die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten attraktiv für die Krankenhäuser gestaltet werden.

Der alleinige Fokus auf fertig ausgebildete Fachärztinnen und -ärzte fordert nicht die Weiterbildung, sondern den Wettbewerb um fertig ausgebildete Fachärzte, er verschärft den ärztlichen Fachkräftemangel. Mit dem KHAG sollte daher der Anreiz geschaffen werden, Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen und die fachärztliche Weiterbildung zu fördern.

Änderungsvorschlag

Das KHAG sollte durch geeignete Vorschriften förderlich auf die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten hinwirken. Es wird vorgeschlagen, dass sich jeweils ein geforderter Facharzt oder -ärztin bei den personellen Voraussetzungen noch in einer entsprechenden Weiterbildung befinden kann.

9. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Das Konzept der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) ist von hoher Bedeutung für Bayern als Flächenstaat: Nach Einschätzung der BKG könnten rund 20 Krankenhausstandorte im Freistaat für eine Umwandlung in ein SÜV-Krankenhaus geeignet sein. Leider konnten bis dato keine Verhandlungsresultate der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erzielt werden.

Zum Leistungsumfang nach § 115g Abs. 1 SGB V ist eine gesetzliche Klarstellung zur Erbringung von Hybridleistungen in SÜV-Krankenhäuser erforderlich. Zudem ist es Krankenhausträgern zu ermöglichen, am Standort ihres SüV-Krankenhauses Leistungen des ambulanten Operierens zu erbringen, wenn diese vom trägerbezogenen Versorgungsauftrag im jeweiligen Bundesland umfasst sind (sh. Punkt 11).

Ab- und Zuverlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen müssen möglich sein und die medizinische Notwendigkeit darf nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind. Diese Punkte betont auch der Gesundheitsausschuss des Bundesrates in seiner Beschlussempfehlung vom 05.11.2025.

Die Bürgerinnen und Bürger erwarten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine statio-näre Notfallversorgung nach G-BA-Kriterien, aber eine Teilnahme an der Notfallversorgung mit den ver-fügbaren Möglichkeiten. Es muss möglich sein, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache vom Rettungsdienst mit klarer Regelung der Symptome und Krankheitsbilder zu definierten Uhrzeiten angefahren werden und dies auch für Patientinnen und Patienten gilt, die von sich aus die Notfallversorgung in diesen Einrichtungen aufsuchen. Dies ist eine Voraussetzung, um Überlastungen und unnötige Inanspruchnahme von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden. Perspektivisch sollte im Ausnahmefall auch im Rahmen der Notfallreform ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) in diesen Einrichtungen möglich sein, wenn in einem 30-km-Radius kein anderes geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht. In den Vereinbarungen sind daher Hürden zu vermeiden, die eine regional notwendige und mit den personellen sowie technischen Ressourcen machbare Teilnahme an der Notfallversorgung nach örtlichen Absprachen unmöglich machen würden.

Bei der Vergütung nach Tagessätzen ist die Transformationsphase in der Kalkulation so zu berücksichtigen, dass umwandlungsbedingte Defizite zu vermeiden sind. Dazu ist es erforderlich, dass in den ersten drei Jahren der Umwandlung in ein SüV-Krankenhaus die laufenden sachlichen Betriebskosten für das gesamte bisherige Krankenhaus in die künftigen Tagessätze berücksichtigt werden. ***Die Notwendigkeit, in der Anlaufphase der SüV eine umfassende finanzielle Unterstützung sicherzustellen***, betont auch der Gesundheitsausschuss des Bundesrates in seiner Beschlussempfehlung.

Änderungsvorschlag

Die BKG schließt sich der Position der DKG an und sieht ebenfalls gesetzlichen Anpassungsbedarf u. a. zum Leistungsprofil, zum Zugang und zur Aufgabenzuweisung sowie zur Finanzierung von SüV.

10. Ambulantes Operieren

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen bei der Leistungserbringung gem. § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Darüber hinaus findet sich eine weitere Einschränkung betreffend die Leistungserbringung gem. § 115b SGB V in § 1 Abs. 1 des AOP-Vertrages. Demnach sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gem. § 115b SGB V nur in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.

Das Entstehen von Versorgungslücken ist aufgrund der Auswirkungen der Krankenhausreform (bspw. durch Schließung von Krankenhausstandorten oder Änderungen gegenüber dem bisherigen Leistungsspektrum der Krankenhäuser) nicht auszuschließen. ***Um dem entgegenzuwirken, sollten ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes und außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglicht werden, um insbesondere im ländlichen Bereich eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen.***

Änderungsvorschlag

Die BKG schließt sich bezüglich beider Punkte der Position der DKG an und plädiert für eine entsprechende Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser.

11. Leistungsgruppen-Grouper

Der Leistungsgruppen-Grouper führt in mehreren relevanten Fällen zu versorgungsgefährdenden Ergebnissen in Form einer fehlenden Kongruenz zwischen Strukturvorgaben der Leistungsgruppe und den Behandlungsnotwendigkeiten. Die z.T. der DRG-Logik folgende Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen durch den LG-Grouper hat zur Folge, dass Voraussetzungen für Leistungsgruppen erfüllt werden müssen, die nicht der medizinischen Versorgungsrealität entsprechen.

Deutlich wird dies zum Beispiel bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen: Der LG-Grouper ordnet spezifische Leistungen nicht den pädiatrischen Leistungsgruppen zu, sondern oftmals „Erwachsenen-Leistungsgruppen“, selbst wenn ein pädiatrischer Fachabteilungsschlüssel verwendet wurde. Dadurch greift der LG-Grouper des InEK willkürlich in die Krankenhausplanung ein bzw. gefährdet etablierte Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche.

Änderungsvorschlag

Wir halten es angesichts der Unzulänglichkeiten des Systems für dringend notwendig, den Leistungsgruppen-Grouper verbindlich nach Umsetzung des KHAG mit gesetzgeberischem Auftrag zu überarbeiten. Die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene sind verpflichtend einzubinden.

12. Budgetbeschleunigung

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurden verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel eingeführt, den Prospektivitätsgrundsatz der Budgetverhandlungen zu stärken, zeitnahe Verhandlungen zu gewährleisten und den entstandenen Verhandlungsstau aufzulösen.

Bayern zeigt, dass der zügige Abschluss von Budgetverhandlungen bereits heute möglich ist, jedoch gehen die im KHPfleG vorgesehenen Fristen an der Realität vorbei, wie kürzlich ein Schreiben der Schiedsstellenvorsitzenden eindrücklich zeigte.

Der 31.12. des Vorjahres als Frist zur Unterlagenübermittlung mit finanzieller Sanktion und Präklusion ist nicht rechtssicher umsetzbar, weil der Entgelt-Katalog und die NUB-Liste nicht mit ausreichender Vorlaufzeit veröffentlicht werden. Auch der Gesundheitsausschuss des Bundesrates betont in seiner Stellungnahme die praktischen Probleme, die sich aus dem Schiedsstellenautomatismus ergeben und fordert eine Abschaffung der Regelung.

Änderungsvorschlag

Nachdem eine stufenweise Einführung der Budgetbeschleunigung von Seiten des Gesetzgebers vorgesehen war, schlägt die BKG vor, den gesetzlichen Stand des Jahres 2025 einzufrieren. Als Frist zur Unterlagenübermittlung würde damit der 30.09. des Budgetjahres bestehen bleiben. Die praktischen Probleme würden dadurch gelöst, ohne die gesetzliche Intention in Frage zu stellen. Zudem ist der Schiedsstellenautomatismus abzuschaffen, da dieser unnötige Bürokratie und Aufwände verursacht.

13. Fixkostendegressionsabschlag

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) soll lt. Gesetzentwurf 2027 letztmalig Anwendung finden. Der FDA ist eine Art zusätzlicher Mengenrabatt, den ein Krankenhaus den Krankenkassen gewähren muss, wenn es gegenüber dem Vorjahr zusätzliche Leistungen erbringen will. Doch die Krankenhausreform wirkt bereits früher als die Zuweisung der Leistungsgruppen (2027) und die Scharfschaltung der Vorhaltefinanzierung (2028). Die Kliniken, die aus einer Leistungsgruppe aussteigen, werden nicht unbedingt die Zeit der Abrechnungsmöglichkeit ausreizen. Die Kliniken wiederum, die in eine Leistungsgruppe investieren und Personal aufbauen, werden vermutlich vor der Scharfschaltung der Reform einen Zuwachs an Leistungen haben.

Die durch die Krankenhausreform forcierte Spezialisierung und Zentralisierung führt zu zusätzlichen Leistungen in den „aufnehmenden Krankenhäusern“, die dann als zusätzliche Leistungen auch abschlagsberechtigt sind. Die Vorhaltefinanzierung ändert an dieser Systematik nichts. Denn es werden nicht etwa die Fixkostenanteile mengenunabhängig vergütet, sondern aus dem Preis (Fallpauschale) lediglich die Fixkostenanteile separat ausgewiesen, wobei im Grundsatz der Fallbezug beibehalten bleibt.

Änderungsvorschlag

Der FDA widerspricht klar dem Gedanken der Krankenhausreform. Der FDA muss daher spätestens 2026 abgeschafft werden – idealerweise bereits 2025.