

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

Stand: 15. Dezember 2025

Inhaltsübersicht

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zugunsten der Krankenhäuser	3
Zusammenfassung der Stellungnahme	5
Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes	9
Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag	9
Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog	10
Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder	12
Krankenhaustransformationsfonds	13
Standortdefinition	14
Orientierungswert	14
Onkochirurgische Leistungen	15
Definition von Fachkliniken	15
Mindestvorhaltezahlen	16
Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle	17
Bürokratieabbau	17
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	19
Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	19
Hybrid-DRG	20
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	23
Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	26
Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der	
Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	27
Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	28
Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	28
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes	
ermöglichen	29
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines	
Krankenhauses ermöglichen	29
Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter	
Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“)	30
Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus	30
Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter	
Leistungserbringung	31

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zulasten der Krankenhäuser

Die Politik muss endlich Verantwortung übernehmen und sich öffentlich zu den wahren Zielen der Krankenhausreform bekennen.

Die Krankenhausträger sind nicht mehr bereit, sich von der Politik hinhalten zu lassen. Angesichts der Ankündigungen erwarten die Krankenhäuser von der Bundesregierung klare Aussagen zur Zukunft der Krankenhauslandschaft. Es heißt, jetzt Verantwortung zu übernehmen und Farbe zu bekennen.

Mit dem Kabinettsbeschluss zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) und den geplanten Kürzungen, die mit 1,8 Milliarden Euro nahezu einseitig zulasten der Krankenhäuser ausfallen, macht die Bundesregierung den Krankenhausträgern unmissverständlich klar, dass die Politik massive Einsparungen sowie eine deutliche Reduktion von Krankenhausstandorten und Krankenhausbetten und damit verbunden insgesamt stationären Leistungen vornehmen möchte und Qualitätsverbesserung für sie nicht mehr im Vordergrund steht. Die Verantwortung dafür möchte bislang aber scheinbar niemand übernehmen. Der Bund will den Anschein erwecken, dass die Krankenhausreform keine tiefgreifenden Strukturveränderungen zur Folge hätte.

Tatsächlich werden die Krankenhäuser über ausufernde Regulierungen und nachweislich untaugliche Maßnahmen immer stärker in die Enge getrieben. Der kalte Strukturwandel soll zum deutlichen Abbau von Krankenhausstandorten führen, zu dem sich die Politik selbst nicht bekennen möchte.

Konkret sind es Maßnahmen, wie

- Festhalten an einer untauglichen Vorhaltefinanzierung, die die eigentlichen Probleme der Vorhaltung nicht löst und vor allem kleinere Krankenhäuser im Regen stehen lässt,
- weitere Regulierung des Leistungsgeschehens durch umfassende Struktur- und Personalvorgaben, unter anderem im Zusammenhang mit der Einführung der Leistungsgruppen und der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, von denen die Politik weiß, dass sie für viele Krankenhäuser unerfüllbar bleiben,
- umfassende Verschiebung von bisher stationären Krankenhausleistungen in den ambulanten Sektor zulasten der Kliniken, verbunden mit dem Aufbau investorengetriebener ambulanter OP-Zentren mit Fehlanreizen zur Leistungsausweitung statt Umwandlung stationärer Leistungen,
- Festhalten an der Regel, dass Gebäude eines Standorts nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt sein dürfen; dies verteuert die Leistungserbringung durch entsprechende Doppelvorhaltungen massiv und verhindert damit sinnvolle Kooperationen zum Weiterbestehen von Standorten,
- Einführung neuer Personalvorgaben im ärztlichen Bereich und darüber hinaus, die ebenso zu deutlich höheren Kosten beitragen und von denen die Politik weiß, dass ein Teil der Standorte sie nicht mehr erfüllen kann,
- erhebliche Ausweitung der ohnehin bereits ausufernden Bürokratie sowie
- erneutes Aufreißen von Finanzierungslücken durch die jüngsten politischen Entscheidungen, bei den Krankenhäusern in den Folgejahren jährlich 1,8 Milliarden Euro einzusparen.

Diese Maßnahmen verdeutlichen, dass die Bundesregierung eine fundamental andere Versorgungslandschaft erzwingen möchte, bei der es vor allem um Reduzierung geht. Das alles soll nicht in einem geordneten Prozess geschehen, bei dem Bund und Länder die Verantwortung für die planvolle Reduktion von Krankenhausstandorten übernehmen, sondern durch das Vorantreiben des kalten Strukturwandels, bei dem alle verlieren – allen voran unsere Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Häusern.

Der Bund muss jetzt dringend Verantwortung übernehmen und offen und ehrlich eine ganz zentrale Frage beantworten: Wie viele Krankenhäuser und Betten sollen seiner Einschätzung nach in den jeweiligen Bundesländern künftig an welchen Standorten mit welchem stationären Leistungsvolumen noch zur Verfügung stehen und wie soll dieser Reduktionsprozess ablaufen? Lippenbekenntnisse, wie dass jeder Standort erhalten bleiben solle oder dass man aktiv keine Krankenhäuser schließe, sind nicht mehr zu akzeptieren.

Die DKG fordert die Politik auf, jetzt endlich Farbe zu bekennen und einen Krisengipfel einzuberufen, um klar und verbindlich über diese und weitere Fragen der künftigen Krankenhausversorgung, notwendiger Vorhaltung und Versorgungsplanung zu beraten. Die Krankenhäuser benötigen endlich Klarheit, wie es nach der Verabschiedung der Krankenhausreform weitergeht und was die entsprechenden Auswirkungen sind. Zu dieser Planungsunsicherheit kommt noch hinzu, dass durch die aktuellen Sparmaßnahmen kurz vor dem Beginn des neuen Jahres die Wirtschaftsplanung der Krankenhäuser zusammenbricht.

Im weiteren parlamentarischen Verfahren werden auch Bundestag und Bundesrat gefragt sein, Initiative zu zeigen und den Krankenhäusern und vor allem ihren Patientinnen und Patienten das zu geben, was sie in den vergangenen Jahren so schmerzlich versäumt haben: Einen planvollen Transformationsprozess und eine verlässliche Finanzierung – fundiert, partnerschaftlich und transparent. Es muss das gemeinsame Ziel sein, das Vertrauen in die Krankenhäuser durch einen zielorientierten Prozess zu stärken und nicht das Gegenteil zu bewirken.

Zusammenfassung der Stellungnahme

Die Krankenhäuser stehen weiterhin hinter den zentralen Zielen der in der letzten Legislaturperiode mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform. In besonderem Maße gilt dies für die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen. Sie hat das **Potenzial**, die **Spezialisierung** von Krankenhäusern zu **fördern** und den auch aus Sicht der Krankenhäuser notwendigen Strukturwandel zu beschleunigen. Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf erste Anpassungen an den bislang geplanten Regelungen vornimmt. Allerdings besteht an zahlreichen Stellen **weiterhin dringender Nachbesserungsbedarf**. In ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung teilen die Bundesländer diese Einschätzung eindrücklich (BR-Drucksache 554/25).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser nicht nachvollziehen können, weshalb die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf als zustimmungsfrei einstuft. Wie das KHVVG **greift** auch das KHAG **massiv in die** vollumfänglich im Verantwortungsbereich der Länder liegende **Krankenhausplanung ein**. Im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG konnte die Zustimmungsfreiheit – zumindest hilfsweise – noch mit dem Hinweis auf die mit einer gesetzlichen Frist bis zum 31. März 2025 versehene, zustimmungspflichtige Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung des Leistungsgruppenkataloges begründet werden. Diese Begründung trägt für das KHAG jedoch nicht mehr, da das KHAG den Leistungsgruppenkatalog und die darin vorgesehenen Strukturvorgaben für den Start der neuen Krankenhausplanung nun doch selbst – und damit ohne verbindliche Einflussmöglichkeiten der Länder – gesetzlich festlegt. Grundsätzlich besteht zwar weiterhin die Möglichkeit zum Erlass einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung. Da das KHAG für den Erlass der Rechtsverordnung aber keine verbindliche Frist mehr vorsieht und diese – sofern sie überhaupt erlassen wird – gemäß Gesetzesbegründung auch nicht vor dem 01. Januar 2029 in Kraft treten soll, müsste eigentlich unstrittig sein, dass das Gesetz der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Gemäß dem Rechtsverständnis der Krankenhäuser muss der Gesetzentwurf daher als zustimmungspflichtig deklariert werden.

Mehr Konsequenz seitens des BMG wünschen sich die Krankenhäuser insbesondere mit Blick auf die **Vorhaltefinanzierung**. Die **Verschiebung** der Einführungsfristen um ein Jahr ist, wie auch von den Bundesländern in ihrer Stellungnahme ausgeführt, **keine Lösung** des Problems. Angesichts der Fehlanreize und des beträchtlichen Bürokratiewachses, die mit der Vorhaltefinanzierung einhergehen werden, halten die Krankenhäuser an ihrer Forderung fest, die **Vorhaltefinanzierung vollständig auszusetzen** und die Selbstverwaltungspartner mit der Entwicklung eines fallzahlunabhängigen Alternativkonzeptes zu beauftragen. Bis dahin sollten die etablierten **Zuschläge** für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. In ihrer derzeitigen Ausgestaltung ist die Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. Deshalb muss sie durch ein tatsächlich **fallzahlunabhängiges System** ersetzt werden. Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, den vom InEK entwickelten **Leistungsgruppen-Grouper** explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung **angepasst** werden und sich dazu an den **Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik** orientieren.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform haben die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass die **Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung** auch zukünftig erhalten bleiben muss. Starre Strukturvorgaben als Voraussetzung für die Zuordnung einer Leistungsgruppe dürfen den **Handlungsspielraum** der Länder im Rahmen der Zuweisung der Leistungsgruppen nicht zu stark einschränken. Zur **Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung** muss es den Ländern daher möglich sein, auch Krankenhäusern, die die Strukturvorgaben nicht vollständig erfüllen, die betreffenden Leistungsgruppen dauerhaft zuzuordnen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Strukturvorgaben sowie weitere Anforderungen insbesondere aus § 135e Absatz 4 SGB V über **Kooperationen** gemeinsam mit anderen Krankenhäusern zu erfüllen. Unverzichtbar ist zudem, dass die neue Krankenhausplanung die **Besonderheiten von Fachkliniken** berücksichtigt und die Fachkliniken ebenso wie Besondere Einrichtungen auch in Zukunft in vollem Umfang an der Krankenhausversorgung teilnehmen können. Hierbei gilt es, Diskrepanzen zwischen dem Behandlungsspektrum und den damit verbundenen Strukturen der Fachkrankenhäuser und den Anforderungen vermeintlich korrespondierender Leistungsgruppen zu unterscheiden. Sowohl die Entscheidungsspielräume der Länder im Rahmen der Zuordnung der Leistungsgruppen auf die Krankenhäuser als auch die Kooperationsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvorgaben wurden in den gesetzlichen Vorgaben sachlogisch angepasst. Gleichwohl bleiben sie in Teilen **noch zu restriktiv formuliert**. So sollte beispielsweise innerhalb von Kooperationen regelhaft immer auch die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung gegeben sein.

Grundlegenden Nachbesserungsbedarf weist zudem der **Leistungsgruppenkatalog** auf, in dem für jede Leistungsgruppe die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Qualitätskriterien hinterlegt sind. Die Beibehaltung der an einigen Stellen praxisuntauglichen Strukturvorgaben würde die flächendeckende Krankenhausversorgung gefährden. Die Krankenhäuser begrüßen dennoch, dass der Gesetzentwurf zumindest viele der **zielführenden Vorschläge des Leistungsgruppenausschusses** aufgreift und die Einhaltung der **Pflegepersonaluntergrenzen** als zu prüfendes Qualitätskriterium **gestrichen** wurde.

Mit Konfliktpotential behaftet bleibt das unklare **Nebeneinander** von **Qualitätskriterien** der **Leistungsgruppen** und der durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA können derzeit die Zuweisungsentscheidung zu den Leistungsgruppen und damit die **Krankenhausplanung der Länder komplett aushebeln**. Hier muss dringend eine Abgrenzung und Definition des Zusammenwirkens der beiden Regelungsbereiche erfolgen, so dass die Regelungen des G-BA die Qualität sichern können, ohne die Entscheidung der Länder zur Krankenhausplanung wirkungslos zu machen.

Nicht nachvollziehbar ist, weshalb das BMG an der Entwicklung von **Mindestvorhaltezahlen** für die Leistungsgruppen festhält. Die vom InEK und vom IQWiG zu entwickelnden Mindestvorhaltezahlen werden **weder evidenzbasiert noch rechtssicher** sein. Die entsprechenden Vorgaben zur Entwicklung der Mindestvorhaltezahlen **müssen ersatzlos gestrichen werden**. Auch die Länder hatten hier zurecht Lockerungen und Ausnahmemöglichkeiten gefordert, ebenso wie die ersatzlose Streichung der geplanten **Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen**.

Indem durch den Gesetzgeber nun festgelegt werden soll, dass die **Bundesmittel** der **Transformationskosten** wirklich vom Bund übernommen und diese nicht aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, korrigiert er einen ordnungspolitischen Fehler der Reform. Die Krankenhäuser kritisieren jedoch im Schulterschluss mit den Bundesländern ausdrücklich, dass weiterhin das **Einvernehmen mit den Krankenkassen** nach § 13 KHG anzustreben ist. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe **sachlich nicht mehr zu rechtfertigen** und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Positiv ist das Ansinnen des BMG, den Verwaltungsprozess zu entlasten, indem die Länder von der **Verpflichtung entbunden** werden sollen, eine aufwendige **Insolvenzprüfung der Krankenhäuser** vorzunehmen, bevor sie Transformationsmittel erhalten können.

Die gesetzliche **Definition des Krankenhausstandortes** mit einem maximalen Abstand der Gebäude von 2.000 Metern ist **vielerorts praxisuntauglich** und mit Aspekten der Versorgungsqualität nicht sachlich zu begründen. Auch die Länder haben auf diese Problematik bereits mehrfach hingewiesen. Daher ist die schon durch das KHVVG eingeräumte Möglichkeit, die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG in Einzelfällen über eine Ausnahme entscheiden zu lassen, wichtig und muss beibehalten werden. Zudem sollte für einen tatsächlich sachgerechten Ausgangspunkt für die Bestimmung von Krankenhausstandorten die Empfehlung der Regierungskommission zur Krankenhausreform 2024 umgesetzt und die Maximalentfernung von Gebäuden eines Standortes **auf 5.000 Meter** gesetzlich festgelegt werden. Darüber hinaus ist unbedingt auch **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Ausnahmemöglichkeit** zur Planungssicherheit in geeigneten und erforderlichen Einzelfällen einzuräumen.

Erheblichen Nachbesserungsbedarf weisen weiterhin die gesetzlichen Rahmenbedingungen für **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)** auf. Sowohl die Krankenhäuser als auch die Länder haben konkrete Änderungsvorschläge hierfür eingebracht. Insofern muss der Gesetzentwurf im weiteren Verfahren noch ergänzt werden. Die bereits laufenden Verhandlungen der Selbstverwaltung zur konkreten Ausgestaltung des Leistungsspektrums der SÜV zeigen, dass die **Vorgaben zu restriktiv** für eine erfolgreiche Umwandlung von kleinen Krankenhäusern in SÜV sein werden. Um den Ländern mit den SÜV ein wirksames Instrument zur Sicherstellung einer wohnortnahen und die Sektorengrenzen überwindenden Grundversorgung an die Hand zu geben, sind Verbesserungen der gesetzlichen Regelungen, insbesondere Ausweitungen des vorgesehenen Leistungsspektrums und Präzisierungen der Leistungsbeschreibung sowie der Rahmenbedingungen, erforderlich. Hierbei darf die Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Die **Länder** müssen die **Entscheidungskompetenzen** zur dauerhaften Zuweisung von Versorgungsaufgaben (u. a. auch Prävention) erhalten. Die **Finanzierung** muss **aufwandsgerecht als Gesamtbudget** ausgestaltet sein.

Darüber hinaus sehen die Krankenhäuser noch zu weiteren Themenfeldern dringenden gesetzlichen Anpassungsbedarf. Dies gilt insbesondere für die dringend erforderliche **Neugestaltung der Hybrid-DRG**. Die bisherigen Rahmenbedingungen und kurzfristig ergänzten gesetzlichen Vorgaben des KHVVG für eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ sind keine tragfähigen Grundlagen für eine sinnvolle Ambulantisierung. Sie **gefährden** vielmehr die **Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen**

Patientenversorgung und **untergraben** die **wirtschaftliche Leistungserbringung** durch die Krankenhäuser sowie die **Krankenhausplanung der Länder**. Die aktuelle Verortung der zentralen Entscheidungen zu Hybrid-DRG in den dafür nicht geeigneten ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) anstelle der im Gesetz eigentlich vorgesehenen sektorenübergreifenden Schiedsstelle nach § 89a SGB V führt außerdem zu kritischen Konsequenzen für das aG-DRG-System. Neben äußerst fragwürdigen inhaltlichen Festlegungen verunmöglicht die immer noch fehlende Festlegung des Hybrid-DRG-Kataloges derzeit auch die längst überfällige Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2026. Laut Gesetz hätten aufgrund dieser Zusammenhänge alle erforderlichen Entscheidungen für das Hybrid-DRG-System spätestens zum 30.06.2025 festgelegt werden müssen. Die Bereitstellung des Vergütungssystems für das Jahr wird daher zu spät erfolgen und führt zu massiven Problemen insbesondere auch bei der Einhaltung der mit einer Präklusion verbundenen und mit Sanktionen bewährten Fristen zur Vorlage der Budgetverhandlungsunterlagen für das Jahr 2026. Mindestens diese Fristen müssen dringend ausgesetzt werden. Auch die längst überfällige **Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlases** zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses sollte mit dem KHAG auf den Weg gebracht werden.

Weitere Themen sind im Kapitel „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ erläutert. Die konkrete Bewertung der einzelnen Regelungen im Detail ist der Anlage zur Stellungnahme zu entnehmen.

Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes

Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag

Die DKG befürwortet nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform, noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst.

Die nunmehr mit dem KHAG vorgesehene Verlängerung der erlösneutralen Einführungsphase um ein Jahr ist weder eine Lösung für die aktuellen Probleme der Krankenhäuser noch für die Probleme, die mit der Vorhaltevergütung nach KHVVG zusätzlich entstehen werden. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen, da eine grundsätzliche Neuausrichtung durch die weiteren Einführungsschritte im Jahr 2026 erschwert wird und aus den Änderungsvorschlägen des KHAG nicht zu erkennen ist, wie durch ein zusätzliches Einführungsjahr auch zusätzliche Erkenntnisse als Entscheidungsgrundlage gewonnen werden sollen.

Mit der vorgesehenen Vorhaltevergütung wird das Vergütungssystem für alle Beteiligten noch komplexer, aufwendiger und nicht zuletzt strategieanfälliger. Für die Finanzierung von Vorhaltung ist vorgesehen, einen Anteil der fallbezogenen DRG-Vergütung in weiterhin fallabhängige Vorhaltepauschalen zu überführen. Der ökonomische Druck zur Steigerung der stationären Fallzahlen wird lediglich an die Fallzahlkorridor Grenzen und in die Bezugsjahre der Neuberechnungen verlagert. Im Ergebnis ist diese Form einer Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. In vielen Fällen wird die Vorhaltevergütungssystematik sogar zu einem massiven finanziellen Risiko. Zudem wird auf der Landesebene bei Reduktion von stationären Behandlungen selbst die korrespondierende Vorhaltevergütung – nunmehr die Vorhalteanteile der Hybrid-DRG sogar im Vorgriff – vollständig entzogen, während die Strukturkosten der Krankenhäuser verbleiben. Ein wesentliches Versprechen der Finanzierungsreform – die Konsolidierung der Finanzierung von Vorhaltekosten – wird damit nicht eingelöst. Zudem wird die Akzeptanz des politischen Zieles einer massiven „Ambulantisierung“ von stationären Behandlungen deutlich behindert.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung sollte durch die Selbstverwaltungspartner grundsätzlich neu konzipiert werden. Hier sollte die Reduktion der Fallzahlabhängigkeit im Vordergrund stehen, ohne neue ausufernde Bürokratielasten zu erzeugen. Aufgrund der Tragweite eines reformierten Vergütungssystems für den stationären Sektor muss die Umsetzung über Einführungsschritte wie einer Pilotphase, einer budgetneutralen und einer Konvergenzphase in ausreichender Länge erfolgen und kontinuierlich von einer Evaluation begleitet werden.

Anstelle einer untauglichen Vorhaltevergütung sollten übergangsweise die durch Vorhaltung bedingten strukturellen Kosten zeitnah durch Stärkung und Anpassung der bereits etablierten Finanzierungsinstrumente berücksichtigt werden. Hierzu können die etablierten Zuschläge für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. Auch können der bestehende Fixkostendegressionsabschlag in einen Strukturkostenausgleich überführt und die Erlösausgleiche so angepasst werden, dass die Strukturkosten auch bei unerwarteten Leistungsschwankungen refinanziert werden.

Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, einen Leistungsgruppen-Grouper explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung angepasst werden und sich dazu an den Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik orientieren.

Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) darf nicht erst mit Einführung der Vorhaltevergütung erfolgen, sondern muss schnellstmöglich ab dem Jahr 2026 umgesetzt werden. Bereits vor Einführung der Vorhaltevergütung werden politisch gewollte Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich angestoßen. Werden daraus resultierende Mehrleistungen mit dem FDA belegt, widerspricht das der politischen Intention, solche Strukturanpassungen zu fördern. Wenn Konzentrationen zu Abschlägen führen, wird ein Anreiz geschaffen, solche politisch erwünschten Prozesse zu unterlassen oder zu verzögern, um wirtschaftliche Nachteile zu vermeiden. Das behindert notwendige Strukturreformen. Bei Konzentrationen haben die Krankenhäuser bei Leistungsausweitungen auch zusätzliche Fixkosten (z. B. Infrastruktur, Personal, IT, Verwaltung) zu tragen. Der FDA führt dann zu einer Kostenunterdeckung, obwohl die Ausgaben strukturell bedingt sind. Krankenhäuser, die im Rahmen der Versorgungsplanung Investitionen tätigen, um andere Standorte zu ersetzen, brauchen wirtschaftliche Planungssicherheit. Ziel vieler Konzentrationen ist außerdem eine bessere Behandlungsqualität durch Spezialisierung und höhere Fallzahlen. Der FDA wirkt in diesem Zusammenhang entgegengesetzt zur Förderung von Qualitätssicherung und ist daher versorgungsfeindlich. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet.

Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog

Der § 135e SGB V und die dazugehörige Anlage 1 haben durch das KHAG wichtige Änderungen erfahren. Diese werden seitens der Krankenhäuser überwiegend begrüßt. Die Änderungen sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen:

- Streichung der Frist für den Erlass und das Inkrafttreten der Leistungsgruppen-Verordnung
- Vereinheitlichung und Erweiterung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten für Fachkrankenhäuser
- Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jeweiligen Betriebszeiten)
- Vollzeitäquivalent: Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5
- Anpassung der Berücksichtigung von Belegärzten (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)
- Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025
- Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

- Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen zur Klarstellung der generellen Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V

Ausdrücklich begrüßen die Krankenhäuser die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.

Weitere Änderungen dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Bestimmungen und fachlichen Anpassungen. Zur Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien am Standort ist es nunmehr möglich, dass neben standortübergreifenden Kooperationen auch auf Dauer angelegte Zusammenarbeiten und Dienstleistungen am Standort, wie beispielsweise zur Durchführung von diagnostischen Leistungen (insbesondere Radiologie, Labor) vielerorts üblich, anerkannt werden. Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie u. a. bereits langjährig bestehende und fachlich geeignete Kooperationen weiter bestehen lässt. Darüber hinaus muss ermöglicht werden, dass Fachärzte entsprechend ihrer Facharztkompetenzen für mehr als drei Leistungsgruppen angerechnet werden und auch für mehrere Leistungsgruppen parallele Rufdienste übernehmen können. Andernfalls ist mit einem erhöhten Personalbedarf zu rechnen, welcher in Anbetracht des Fachkräftemangels zu Versorgungsproblemen führen kann. Die erfolgte Streichung der diesbezüglichen Sonderregelung für die Leistungsgruppen 1 und 14, die zu einer erheblichen Vervielfachung vorzuhaltender Fachärzte (Innere Medizin und Chirurgie) geführt hätte, wird als ein erster, wichtiger Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht weiterer Änderungsbedarf. Diesbezügliche Änderungsvorschläge werden unter dem weiteren gesetzlichen Änderungsbedarf dargelegt.

Auch im Hinblick auf die Anlage 1 besteht weiterer Änderungsbedarf, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle relevanten Probleme aufgegriffen wurden. Allen Problemen voran ist die LG 27 Spezielle Traumatologie zu nennen. Sie ist in der aktuell gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Vorschriften, die die zeitnahe Anwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Vorschriften für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind im Sinne der Entbürokratisierung immer zu vermeiden. Die Leistungsgruppe ist demzufolge zunächst auszusetzen und grundlegend zu überarbeiten.

Auch bedarf die Anlage 1 eines vorangestellten „Allgemeinen Teils“, in dem wichtige Regelungen kurz erläutert werden, um ressourcenaufwendige, sich stets wiederholende Diskussionen zur Interpretation unbestimmter Formulierungen zwischen Fachleuten, Leistungserbringern und Vertretern des Medizinischen Dienstes zu vermeiden. Hierbei ist auch eine Definition zur Verfügbarkeit „jederzeit“ (von z. B. sachlicher Ausstattung) notwendig, die außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft oder durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienste

sichergestellt werden kann. Weitere ergänzende Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden leistungsgruppenspezifisch in der Anlage zur Stellungnahme ausgeführt.

Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder

Mit dem KHAG wurden Regelungen angepasst, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben, wie z. B. Fahrzeitminuten, positiv hervorzuheben. Die Verpflichtung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung zunächst zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können, wurde zu Recht gestrichen. Es bleibt allerdings dabei, dass von einem Qualitätskriterium nur abgewichen werden kann, wenn das Kriterium am Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen erfüllt werden kann. Ob, wie, durch wen und mit welchem Aufwand und welcher Konsequenz diese Feststellung erfolgen soll, bleibt nun offen. Darüber hinaus bleiben andere gesetzliche Vorschriften, beispielsweise aus § 135e Absatz 4 SGB V, hier außer Acht.

Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz nicht erfülltem Qualitätskriterium bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung sowie im Rahmen bestimmter Strukturanpassungen auf 3 Jahre zu befristen. Dies kann jedoch nur noch im Einvernehmen zwischen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgen. Die nochmalige Befristung um höchstens weitere 3 Jahre ist im Vergleich zum Referentenentwurf zudem vollständig entfallen, das hatten auch die Länder in ihrer Stellungnahme moniert und die Möglichkeit einer mehrmaligen Ausnahmeerteilung gefordert. Durch diese jüngsten Änderungen wird den Krankenkassen ein weitreichender Gestaltungsspielraum bei der Krankenhausplanung eingeräumt, der mit erheblichen Risiken für die Krankenhäuser und deren Mitarbeitenden verbunden ist. Diese Änderungen lehnen die Krankenhäuser entschieden ab. Nach § 135e SGB V bleibt es dabei, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen oder dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung ist auch hier die dazugehörige Definition entfallen und damit die Erreichbarkeitsvorgaben anhand von Fahrzeitminuten. Die neue Möglichkeit, in der genannten Situation auch Leistungen über am Standort verfügbare Kooperationen erbringen zu können, wird ausdrücklich begrüßt. Die in diesem Zusammenhang ebenfalls geforderte maximale Kilometerentfernung sollte entsprechend der Stellungnahme zu § 2a KHG auch hier von den 2.000 auf 5.000 Meter erhöht werden.

Insgesamt finden sich im Gesetzentwurf durchaus hilfreiche Änderungen, die mehr Flexibilität für die Länder einräumen. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne vollständige Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherstellungsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Die Landesbehörden müssen die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen unbefristet zu erteilen. Mindestens ist

aber eine weitere, regelhafte Verlängerungsmöglichkeit der Sicherstellungszuweisung aufzunehmen (wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen), da die Qualitätskriterien und Vorgaben der Anlage 1 nicht vor dem Jahr 2029 weiterentwickelt werden sollen und ihnen in der derzeitigen Fassung noch keine belastbare Auswirkungsanalyse zugrunde liegt. Weiterhin ist die Regelung, wonach das Einvernehmen der Kostenträger herzustellen ist, zu streichen und allenfalls durch eine Regelung zur Herstellung des Benehmens gemäß der verfassungsrechtlichen Stellung der Länder zu ersetzen.

Die Regelung, dass Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist nicht sachgerecht und daher zu streichen. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf ausgerichtet, die DRG-Vergütung abzusenken und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht nachvollziehbar und wird auch der gesonderten Stellung dieser Einrichtungen im Vergütungssystem nicht gerecht. Mindestens muss für die Länder die Möglichkeit einer weitgehenden Ausnahmeregelung geschaffen werden.

Krankenhaustransformationsfonds

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde ein Transformationsfonds zur Förderung von Umstrukturierungsprozessen in Krankenhäusern geschaffen. Ziele sind u. a. die Konzentration akutstationärer Kapazitäten, der Abbau von Doppelstrukturen, die Umwandlung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) sowie die Förderung telemedizinischer Netzwerke. Dies wird grundsätzlich begrüßt. Der Fonds wird von 2026 bis 2035 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geführt. Anstelle der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen nun 29 Mrd. Euro Bundesmittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität bereitgestellt werden. Unter Einbeziehung der Eigenanteile der Länder ergibt sich damit ein Gesamtvolumen von rund 50 Mrd. Euro. Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) entfällt. Das Geld soll vom Bund an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überwiesen werden. Mit dem Kabinettsbeschluss neu hinzugekommen sind die zusätzlichen 4 Mrd. Euro des Bundes für die ersten vier Jahre. Für die Jahre 2026 bis 2029 beträgt der Bundesanteil damit jeweils 3,5 Mrd. statt 2,5 Mrd. Euro (§ 12b Absatz 1 KHG). Dementsprechend wurde die Ko-Finanzierung der Länder für die in den Jahren 2026 bis 2029 zu fördernden Vorhaben auf 30 Prozent abgesenkt (§ 12b Absatz 3 KHG). Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der PKV entfällt.

Fraglich erscheint, dass weiterhin das Einvernehmen mit den Krankenkassen gemäß § 13 KHG herzustellen ist. Demnach ist für jeden Förderantrag vor der Einreichung beim BAS die Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen abzufragen. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe sachlich nicht mehr zu rechtfertigen und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Zudem widerspricht dies dem im KHVVG verankerten Ziel der Entbürokratisierung, da damit ein aufwendiger Verwaltungsprozess unnötig fortgeführt wird.

Positiv bewertet werden die Streichungen der Nachweispflicht eines drohenden Insolvenzrisikos, die Stärkung der Länderplanungshoheit sowie die Finanzierung der BAS-Verwaltungskosten aus den

verbliebenen Mitteln des Strukturfonds II nach § 12a KHG im Bundeshaushalt. Die Fördertatbestände und damit auch die Förderausschlüsse wurden im Rahmen des KHAG nicht erweitert. Es besteht jedoch weiterhin die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in den Förderrahmen aufzunehmen. Die erweiterte Einbindung der Hochschulkliniken in zusätzliche Fördertatbestände ist zu begrüßen.

Standortdefinition

Die redaktionelle Korrektur im Gesetzentwurf dient auch der Klarstellung des Bezuges von § 2a Absatz 4 Satz 2 KHG und wird daher aus Gründen der Normenklarheit begrüßt. Gleichwohl bleibt die gesetzliche Festlegung der Standortdefinition in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG mit einem Abstand der Gebäude eines Krankenhauses von maximalen 2.000 Metern inadäquat und als grundlegende Definition ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, wenn beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert wird.

Es muss daher zwingend **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit eingeräumt werden**, für Krankenhausstandorte einen größeren als den gesetzlich genannten Abstand zuzulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Die Krankenhäuser fordern ferner, die Empfehlung der Regierungskommission ([Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung](#), S. 14) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG **auf 5.000 Meter** festzulegen.

Orientierungswert

Mit dem KHAG soll die Ermittlung des Orientierungswertes (OW) auf einen Kalenderjahresbezug umgestellt werden. Bei der Ermittlung des OW soll der für die hierfür zu erhebenden Daten geltende Berichtszeitraum auf das jeweils abgelaufene Kalenderjahr festgelegt werden (§ 10 Absatz 6 KHEntgG), anstelle der bisherigen Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Diese Änderung führt jedoch zu einer inhaltlichen Inkonsistenz bei der späteren Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW), da die Veränderungsrate (VÄR), als neben dem OW relevanten Verhandlungsparameter für den VÄW, weiterhin auf Halbjahresbasis (1. HJ laufendes Jahr und 2. HJ Vorjahr) ermittelt wird. Damit beruhen OW und VÄR künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des VÄW infrage stellt. Ein inhaltlicher Mehrwert der Neuregelung ist zudem nicht erkennbar. Darüber hinaus verschärft die Umstellung den bereits bestehenden Periodeneffekt. Der OW, der bis zum 30.09.2026 veröffentlicht wird und als Verhandlungsparameter für den VÄW 2027 herangezogen wird, wird auf Basis der Daten des Kalenderjahres 2025 ermittelt (vormals 1. HJ 2026 und 2. HJ 2025). Aktuelle Kostenentwicklungen aus dem laufenden Jahr werden somit noch zeitverzögerter in der Finanzierung berücksichtigt und ggf. gar nicht refinanziert (siehe Inflationslücke 2022/ 2023). Insofern wird die durch den Zeitversatz technisch bedingte systematische Unterfinanzierung insbesondere bei schnell steigenden Kosten tendenziell noch verstärkt, was abzulehnen ist.

Mit dem Änderungsantrag zur Umsetzung von Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge im Jahr 2026 wird für 2026 der Veränderungswert als Preisobergrenze in Höhe des Orientierungswertes festgelegt, sowohl für den Landesbasisfallwert als auch für Budgets in Psychiatrie/ Psychosomatik. Der Orientierungswert (2,98 Prozent) wird die höheren Kostensteigerungen für 2026 aber nicht abdecken, da er nur vergangene Werte abbildet. Die Festschreibung des im Vergleich zur Veränderungsrate niedrigeren Orientierungswertes 2026 senkt zudem dauerhaft die Aufsatzbasis für die Landesbasisfallwerte, sodass diese Lücke dauerhaft fortgeschrieben werden würde. Der Rechnungszuschlag 2025/ 2026 (4 Mrd. Euro) wirkt bekanntlich einmalig ohne Sockelwirksamkeit, während die Einsparung der 1,8 Mrd. Euro dauerhaft basiswirksam für die Krankenhäuser verloren geht. Insofern würde zu der dann wieder bestehenden Inflationslücke die Unterfinanzierung aufgrund der Kürzung des Preisniveaus im Rahmen der Sparmaßnahmen additiv hinzukommen. Hier muss daher zumindest sichergestellt werden, dass diese Kürzung nur einmalig für das Jahr 2026 zur Anwendung kommt.

Onkochirurgische Leistungen

Die Krankenhäuser fordern eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. die Streichung von § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Absatz 1 SGB V wird abgelehnt. Das Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl steht die geplante Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen im Widerspruch zur Leistungsgruppensystematik. Sie basiert auf methodisch fragwürdigen Annahmen und führt zu erheblichen Versorgungsunsicherheiten. Eine ersatzlose Streichung ist erforderlich, um juristische Konflikte und Qualitätseinbußen zu vermeiden. Das längst etablierte System der evidenzbasierten Mindestmengen des G-BA im Zusammenspiel mit der geplanten Zuweisung von Leistungsgruppen ist grundsätzlich geeignet und ausreichend, um problematische Gelegenheitsversorgung bei komplexen onkologischen Operationen zu vermeiden. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, ändern nichts am Grundproblem: Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 Prozent bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Wirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt.

Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Wenn überhaupt, könnte den für die Krankenhausplanung der Länder zuständigen Landesbehörden zur Abmilderung des Problems eine Ausnahmeregelung eingeräumt werden.

Definition von Fachkliniken

Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel zu überarbeiten, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Neben regional bestehenden Versorgungsmöglichkeiten sind es häufig auch besondere, krankheitsspezifische Versorgungsbedarfe, die die Entstehung von Fachkliniken fördern. Deshalb sind sie zumeist auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe

spezialisiert. Betroffen können einzelne oder mehrere Erkrankungen einer oder weniger Leistungsgruppe/n sein. Diese Begrenzung und eine effiziente Versorgung sorgen dafür, dass die Fachkliniken nicht zwingend die durch eine Leistungsgruppe zahlreich aufgestellten Anforderungen gleichermaßen am Standort erfüllen können und müssen. Kooperationsmöglichkeiten und fachlich begründete Abweichungen von einzelnen Anforderungen sind daher unerlässlich und eindeutig zu regeln. Auch sollten zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht mathematische Rechenmodelle darüber entscheiden, ob eine bestimmte Patientengruppe von einer „geschützteren Versorgung“ profitiert (z. B. bei chronischem Schmerzsyndrom, Chorea Huntington, Parkinson, Versorgung von Menschen mit Behinderung). Die erfolgte Anpassung der Definition von Fachkrankenhäusern wird begrüßt. Dies gilt auch für die Möglichkeit, sich auf ein spezialisiertes Leistungsspektrum fokussieren zu können. Es bedarf allerdings noch ergänzender Regelungen, die die fachlich nachvollziehbare fehlende Kongruenz zwischen den Strukturvorgaben einer betroffenen Leistungsgruppe und den Behandlungsnotwendigkeiten bzw. dem Versorgungsauftrag eines Fachkrankenhauses berücksichtigen.

So gibt es beispielsweise Fachkrankenhäuser, deren besonderes Leistungsspektrum nur schwer einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden kann (z. B. Spezielle Schmerzmedizin), weil sie in den 61 Leistungsgruppen nicht vorgesehen ist. In gleichen und anderen Fällen kann eine Leistung z. B. mangels eindeutiger Fachgebietszugehörigkeit über zahlreiche Leistungsgruppen streuen, die dem Versorgungsauftrag des Fachkrankenhauses in keiner Weise entsprechen. Für derartige Fallkonstellationen bedarf es zur Sicherstellung der Versorgung noch flankierender Regelungen.

Mindestvorhaltezahlen

Nordrhein-Westfalen hat bewusst auf leistungsgruppenspezifische Mindestfallzahlen verzichtet, da keine belastbare Evidenz für einen Zusammenhang mit der Ergebnisqualität besteht. Der Fokus liegt auf der Struktur- und Prozessqualität. Mit dem KHAG werden nun auch Mindestvorhaltezahlen auf Leistungsgruppen ausgeweitet, die nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen werden.

Die grundsätzliche Kritik bleibt bestehen: Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird. Ein Konzept, das gemäß der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers eine für eine Leistungsgruppe bundeseinheitliche betriebswirtschaftliche Mindestgröße ermitteln könnte, ist aufgrund der individuell unterschiedlichen Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser kaum belastbar bzw. sinnvoll umsetzbar.

Für die Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfolgen bislang keine konkreten Vorgaben. Geplant ist ein Perzentil-Ansatz, bei dem unabhängig von Behandlungsschwerpunkten, Schweregraden und Fallzahlunterschieden eine einheitliche Zahl darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe (z. B. Urologie) erbringen darf oder mit deutlich geringeren Erlösen auskommen muss. Dies würde die Krankenhausplanung auf eine rein mathematisch hergeleitete Größe verdichten – ohne belastbare Evidenz für eine Verbesserung der Ergebnisqualität.

Eine Weiterentwicklung in Richtung Ergebnisqualität sollte ausschließlich auf Basis methodisch hochwertiger Qualitätssicherungsverfahren erfolgen. Ein willkürlicher Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungsanbieter darf nicht eingeführt werden.

Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle

§ 136a Absatz 7 stellt rechtstechnisch klar, dass als Ermächtigungsgrundlage für die vorgesehene G-BA-Richtlinie nicht § 136 Absatz 1 Satz 1 SGB V, sondern § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V heranzuziehen ist. Die in der Begründung zur Anpassung erläuterte Intention wird begrüßt. Es bleibt jedoch unklar, inwiefern diese Verweisänderung dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. Es ergibt sich auch unter Zuhilfenahme der Begründung nicht eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen „muss“, oder nicht erfolgen „darf“. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich.

Zudem wird in § 39 Absatz 2 Satz 3 eine Regelung ergänzt, die klarstellt, dass sich sowohl Kreißsäle, die von einer angestellten Hebamme geleitet werden, als auch Kreißsäle, die von einer Beleghebamme geleitet werden, für die Förderung qualifizieren können. Auch diese Ergänzung wird begrüßt. Es ist allerdings unklar, inwiefern die G-BA-Richtlinie und vertragliche Vereinbarungen mit Verweis auf die Einhaltung der Vorgaben aus der Richtlinie tatsächlich gleichwertig sein können und insbesondere gleichwertige Rechtsfolgen bei Verstößen festlegen können.

Um die dargestellten Ziele der Regelung zu erreichen und die Gleichbehandlung der Krankenhäuser unabhängig vom Anstellungsverhältnis der leitenden Hebammen sicherzustellen, bedarf es der weiterführenden Klarstellung, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruches für eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.

Bürokratieabbau

Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren wiederholt auf die massiven Bürokratiezuwächse im Rahmen der Krankenhausreform hingewiesen. Dass der Erfüllungsaufwand im KHAG als insgesamt entlastend für die Krankenhäuser eingestuft wird, weil der entsprechende Erfüllungsaufwand bereits im KHVVG adressiert sei, lenkt von der Tatsache ab, dass die Krankenhäuser in den nächsten Jahren fortgesetzt mit eklatanten Mehraufwänden durch die Reform konfrontiert sein werden.

Abfederungen dieser Mehraufwände durch einzelne Anpassungen im KHAG, wie etwa bei den Leistungsgruppen und im Leistungsgruppenkatalog, werden von den Krankenhäusern begrüßt. Dennoch greifen die durch das KHAG getroffenen Anpassungen in ihrer Gesamtheit weiterhin deutlich zu kurz. Neben der bereits adressierten vollständigen Aussetzung der mit dem KHVVG angestoßenen Vorhaltefinanzierung und der Abschaffung des mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten Krankenhaustransparenzverzeichnis inklusive der damit verbundenen zusätzlichen Meldepflichten (§ 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG) fordern die Krankenhäuser daher dringend eine Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser, die im Vorjahr die Anforderungen der PPR 2.0 bzw. der PPBV zu mindestens 80 Prozent erfüllt haben sowie den sofortigen Stopp der mit dem KHVVG

veranlassten Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente jenseits der bereits etablierten Pflegepersonalbemessung.

Das bereits mehrfach in Aussicht gestellte Bürokratieabbaugesetz für das Gesundheitswesen muss endlich vorgelegt werden, damit die Krankenhäuser auch von übermäßiger Bürokratie befreit werden, die bereits vor der Krankenhausreform bestand. Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Vollkraft und Tag setzt rein rechnerisch 123.000 Vollkräfte in den Krankenhäusern frei, darunter rund 22.100 Vollkräfte im ärztlichen und 48.900 Vollkräfte im pflegerischen Bereich. Maßnahmen zur Reduktion der Bürokratielast in den Krankenhäusern tragen somit auch zu einer Kompensation des Fachkräftemangels bei – einer der zentralen Herausforderungen der Krankenhäuser in den nächsten Jahren. Geeignete Maßnahmen umfassen neben einer grundlegenden Überarbeitung und Vereinfachung der PPP-RL und des NUB-Verfahrens unter anderem auch eine Erweiterung der Standortdefinition auf 5.000 Meter, eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG sowie eine umfassende Straffung verschiedener Strukturvorgaben und eine Zusammenführung der damit einhergehenden Prüfungen in ein einheitliches Prüfregime.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurden verschiedene Maßnahmen zur Auflösung des Verhandlungsstaus und zur Stärkung des Prospektivitätsgrundsatzes eingeführt. Dazu gehören verbindliche Fristen zur Übermittlung der Unterlagen (§ 11 Absatz 4 KHEntgG/ BPfIV), ein Rechnungsabschlag bei Fristversäumnis, die materielle Präklusion sowie ab 2026 ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstellen (§ 13 Absatz 3 KHEntgG/ BPfIV).

Fristen zur Unterlagenübermittlung und zu Auskünften

Die starre Frist zum 31. Dezember stellt die Krankenhäuser in der Praxis vor erhebliche Probleme. Krankenhäuser sind darauf angewiesen, dass die für die Erstellung der Forderungsunterlagen maßgeblichen Entgeltkataloge und andere verhandlungsrelevante Informationen rechtzeitig vor Ablauf der Frist vorliegen, um diese sachgerecht aufbereiten zu können. Eine angemessene Vorbereitungszeit für die Erstellung der komplexen Budgetverhandlungsunterlagen ist bei der aktuellen Fristensetzung nicht gegeben. Komplexe neue Verhandlungstatbestände – etwa durch die Ausweitung der Hybrid-DRG – sowie ständige Rechtsänderungen erhöhen den Aufwand für die Budgetverhandlungen außerdem erheblich. Personelle Engpässe sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite können zu weiteren Verzögerungen führen. Die Vorgabe steht zudem im Widerspruch zu anderen Gesetzen, etwa der Pflicht zur Vorlage tatsächlich entstandener Pflegepersonalkosten (§ 6a Absatz 2 KHEntgG), die naturgemäß erst nach Jahresende vorliegen. Prospektive Verhandlungen bergen außerdem hohe Risiken für Fehlschätzungen bei der Leistungs- und Kostenentwicklung.

Für das Vereinbarungsjahr 2026 verschärft sich die Situation aufgrund der derzeit nicht möglichen Festlegung des aG-DRG-Kataloges für das Jahr 2026 grundlegend. Nach aktueller Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses sollen die Hybrid-DRG-Leistungen für das Jahr erst in der Sitzung am 31.10.2025 festgelegt werden. Erst nach diesem Zeitpunkt kann das InEK den aG-DRG-Katalog, der diese Leistungen nicht enthalten darf, fertigstellen. Es ist daher damit zu rechnen, dass der Katalog erst Mitte November vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass die aG-DRG-Grouper, die dann erst eine Analyse der Fälle des Krankenhauses erlauben, durch die Hersteller in einem meist mehrwöchigen Verfahren zertifiziert werden müssen, bevor sie in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) der Krankenhäuser integriert und damit anwendbar gemacht werden können. Hinzu kommt, dass gemäß Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses die Vergütungen der Hybrid-DRG-Leistungen erst am 11.11.2025 festgelegt werden sollen. Da die aG-DRG-Grouper 2026 im besten Falle erst im Laufe des Dezembers zur Verfügung stehen, ist eine sachgerechte und adäquate Erstellung der Verhandlungsunterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich. Der Gesetzgeber ist dringend aufgefordert, diese für die Krankenhäuser unzumutbare Situation umgehend zu klären, indem die Fristen für die Abgabe der Verhandlungsunterlagen für das Jahr 2026 aufgehoben bzw. um die vorgeschlagenen Zeiträume verschoben werden.

Schiedsstellenautomatismus und Präklusion

Die automatische Festsetzung durch die Schiedsstellen ab 2026 ist praktisch nicht umsetzbar. Weder die personellen Kapazitäten noch die Fristen lassen fristgerechte Entscheidungen in komplexen Streitfragen erwarten. Die Präklusionsregelung kann dazu führen, dass berechnigte Vergütungsansprüche allein aus formalen Gründen verloren gehen. Zudem schafft sie Anreize für strategisches Prüfverhalten der Kostenträger. Unterschiedliche Auffassungen zwischen den Vertragsparteien sind bei grundlegenden Fragen mitunter unvermeidbar. Dafür ist der Konfliktlösungsmechanismus mit Anrufung der Schiedsstelle unabdingbar. Krankenkassen und Krankenhäuser machen davon bisher nur in Ausnahmefällen Gebrauch. In diesen Fällen darf die fundierte Entscheidungsfindung nicht durch Überbeanspruchung der im Ehrenamt tätigen Schiedsstellenvorsitzenden gefährdet werden. Für den normativ vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus gibt es überdies auch keinen sachlichen Grund, da bereits das bestehende Finanzierungsrecht ausreichend Instrumente beinhaltet, einseitige Verzögerungsstrategien zu unterbinden.

Rechnungsabschluss

Verzögerungen entstehen regelmäßig auch durch Krankenkassen oder Genehmigungsbehörden. Der einseitig gegen Krankenhäuser gerichtete Rechnungsabschluss ist daher sachlich nicht gerechtfertigt.

Forderung

Die Fristen zur Unterlagenübermittlung sowie der Schiedsstellenautomatismus einschließlich der Präklusionsregelung sind ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 aufzuheben. Sollte dies nicht umsetzbar sein, müssen die Fristen dauerhaft praxisgerecht ausgestaltet, d. h. um mehrere Monate nach hinten verschoben werden. Zudem ist der mit den Übermittlungsfristen verbundene Rechnungsabschluss zu streichen. Das BMG wurde hierzu in einem Schreiben (05.08.2025) mit ausführlichen Erläuterungen parallel zur Stellungnahme zum Referentenentwurf über den bestehenden Anpassungsbedarf informiert. Die Schiedsstellenvorsitzenden der Landesschiedsstellen nach § 18a Absatz 1 KHG haben in einem Schreiben vom 11.08.2025 eindringlich auf die Notwendigkeit der Aufhebung des Schiedsstellenautomatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 hingewiesen. Da der aG-DRG-Katalog 2026 den Krankenhäusern voraussichtlich erst kurz vor dem Jahresende zur Verfügung steht und dieser für die Erstellung der Verhandlungsunterlagen eine zwingende Voraussetzung darstellt, muss der für die Krankenhäuser entstandenen Unmöglichkeit der Umsetzung der Frist zum 31.12.2025 umgehend mit deren Aussetzung Rechnung getragen werden.

Hybrid-DRG

Die aktuellen Inhalte des § 115f SGB V sind mit weitreichenden Folgen für die Krankenhäuser und die begonnene Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen verbunden.

Dies betrifft insbesondere die Vorgaben von vollstationären Krankenhausfällen in Millionenhöhe, die zukünftig über Hybrid-DRG vergütet werden sollen, in Kombination mit einer schrittweisen Anpassung der Vergütungen mit dem Ziel, dass bis 2030 die Vergütungshöhe der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen erreicht werden soll. Die willkürliche Erweiterung der Hybrid-DRG um Millionen Fälle ohne die gesetzlich vorgesehene Evaluierung der ersten Stufe ist weder für die Planungssicherheit der

Krankenhäuser noch im Sinne einer gesicherten Patientenversorgung tragbar. Zudem steht eine normative Absenkung auf AOP-/ EBM-Niveau dem Ziel einer zunehmenden Ambulantisierung entgegen.

Für Hybrid-DRG-Leistungen gelten lediglich die allgemeinen Qualitätsanforderungen nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V. Wenn stationäre Leistungen unter diesen Voraussetzungen im Rahmen von Hybrid-DRG erbracht werden können, werden die mit dem KHVVG eingeführten Ziele konterkariert. Die angestrebte Konzentration auf durch die Landesbehörde zugeordnete Standorte kann somit nicht stringent umgesetzt werden. Letztlich wird die Krankenhausplanung der Länder durch eine parallele Leistungsstruktur ohne abgestimmte und vergleichbare Strukturvorgaben im ambulanten und stationären Sektor faktisch ausgehebelt.

Das gemäß MDK-Reformgesetz zur Vorbereitung der Ambulantisierung beauftragte Gutachten zeigt klar, dass die im internationalen Vergleich höheren Quoten von ambulanten Leistungen nur dann erreicht werden können, wenn komplexe ambulante Leistungen am Krankenhaus oder in mit einem Krankenhaus vergleichbaren Strukturen durchgeführt werden. Einzelne Länder unterstützen den Prozess der Ambulantisierung sogar mit einer erhöhten Vergütung. In der Umsetzung des § 115f SGB V werden diese internationalen Erfahrungen vollkommen ignoriert und teilweise sogar konterkariert, indem mittlerweile für das Jahr 2026 Hybrid-Leistungen adressiert werden, die von Vertragsärzten (zu Recht) nicht durchgeführt werden. In Verbindung mit dem Ziel, die Vergütungen der bisher stationären Leistungen schon im ersten Einführungsjahr deutlich abzusenken und mittelfristig auf das Niveau der Vergütung von Vertragsarztpraxen zu bringen, kann keine sinnvolle Ambulantisierung erreicht werden, welche die Ressourcen wirtschaftlich nutzt und die Patientenversorgung optimiert. Es sind vielmehr Fehlsteuerungen der Finanzierungsmittel und Verschlechterungen in der Versorgung zu erwarten.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie zur Sicherung des Behandlungserfolges ist es außerdem zwingend erforderlich, dass neben der originären Eingriffsleistung auch die Vor- und Nachbehandlung aus „einer Hand“ erfolgt und entsprechend finanziert wird. Auch das stellen die aktuellen Regelungen nicht sicher.

Die Krankenhäuser stehen einer Ambulantisierung grundsätzlich positiv gegenüber. Die aktuellen Rahmenbedingen des § 115f SGB V sind jedoch nicht geeignet, tragfähige Voraussetzungen für eine zunehmende ambulante Erbringung bisher vollstationär erbrachter Leistungen zu schaffen. Mit Blick auf dieses Ziel, welches auch im Koalitionsvertrag nochmals eine Bestätigung erfahren hat, greifen die aktuellen gesetzlichen Regelungen bei fehlendem ordnungspolitischen Rahmen zu kurz. Es wird lediglich eine einheitliche Vergütung für originär stationäre und ambulante Leistungen vorgegeben. Dies bewirkt, dass offensichtlich sehr unterschiedliche Leistungen einheitlich zu vergüten sind. Im Ergebnis führt das sowohl bezüglich der weiteren Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung als auch der auskömmlichen Finanzierung von Krankenhäusern zu vielen Problemen.

Eine deutliche qualitative und quantitative Ausweitung der Leistungen nach § 115f SGB V ist unter den gegebenen Voraussetzungen daher als äußerst kritisch einzuschätzen und kann erst nach einer Anpassung der gesetzlichen Regelungen erfolgen.

Die Krankenhäuser fordern daher eine **vollständige Reform des § 115f SGB V**. Im Zentrum der Neuausrichtung steht die Einführung eines separat kalkulierten sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereiches für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von 0 bis 2 Tagen (bis zu 3 Kalendertage). Somit können Anreize zur dynamischen Verkürzung der Verweildauer bis hin zur ambulanten Versorgung ohne Übernachtung gesetzt werden. Die Hybrid-Versorgung findet unter den gesicherten Bedingungen am Krankenhaus statt. Die dynamische Verweildauerverkürzung bedeutet sinkenden Aufwand für die Kliniken und sinkende Kosten für die Krankenkassen.

Mit der Verankerung der Hybrid-DRG in der Krankenhausfinanzierung (KHG, KHEntgG) kann das Ambulantisierungspotenzial von stationären Leistungen umfassend und ohne Gefährdung der Patientinnen und Patienten erprobt und gehoben werden. Der sektorenübergreifende Charakter der Hybrid-DRG bleibt erhalten, da es für diese Leistungen irrelevant ist, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Zudem wird Recht- und Planungssicherheit geschaffen, indem die bisherige rechtliche Grauzone der Hybrid-DRG aufgelöst und die daraus resultierenden Akzeptanzprobleme vermieden werden.

Anders als das Hybrid-DRG-Modell basiert der Kurzlieger-Bereich auf einer differenzierten Kalkulation unter Berücksichtigung von Schweregraden, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierter Qualitätssicherung.

Eckpunkte für eine verantwortbare Neuausrichtung der Hybrid-DRG im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung:

- Die Hybrid-DRG werden in der Krankenhausfinanzierung verankert und in Form von Kurzzeit-Fallpauschalen für geeignete Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu 3 Kalendertagen (2 Verweildauertage) im DRG-Katalog ausgewiesen.
- Die Hybrid-DRG können wie bisher sowohl in einem stationären als auch in einem ambulanten Behandlungssetting erbracht werden, wobei die administrative Abrechnung in der etablierten Systematik des stationären Vergütungssystems erfolgt. Hierzu sind die Hybrid-DRG lediglich von der primären Fehlbelegungsprüfung auszunehmen.
- Wie bisher werden die stationären Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial identifiziert und über Leistungs- und Patientenmerkmale in die Hybrid-DRG überführt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung die für eine primär ambulante Versorgung geeigneten Leistungen kontinuierlich in den AOP-Katalog überführt. Primär geeignete Leistungen für den AOP-Katalog bedürfen dabei grundsätzlich nicht der Ressource Krankenhaus. Die bisher unzureichende Vergütung der AOP-Leistungen muss verbessert werden, auch um diesen Prozess zu unterstützen.
- Durch die Ausgestaltung der Hybrid-DRG als Kurzzeit-Fallpauschalen entsteht ein verstärkter Anreiz zur Verweildauer- und Kostenreduktion. Diese „Kosteneinsparungen“ werden regelhaft im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges und mit dem üblichen Zeitversatz von zwei Jahren an die Versichertengemeinschaft weitergegeben, indem der „nationale Case-Mix“ im Rahmen der (Hybrid-)DRG-Kalkulation um diese Einsparungen abgesenkt wird.

- Zur Erbringung der Hybrid-DRG sind Krankenhäuser und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen. Vertragsärzte können die Hybrid-DRG in Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbringen. Dazu sind verbindliche Rahmenbedingungen gesetzlich vorzugeben (Qualifikation, Verfügbarkeit, organisatorische Einbindung, Haftungsfragen etc.).

Aus den dargestellten Gründen sind mindestens die folgenden **kurzfristigen Anpassungen im § 115f SGB V im Sinne einer Übergangslösung** dringend angezeigt:

- Aussetzung der Leistungserweiterung bis eine Evaluation vorliegt und die Datengrundlagen für eine sektorenübergreifende Definition von Hybrid-DRG und für eine sachgerechte Kalkulation der Vergütungen ermöglicht ist.
- Aussetzung der Fallzahlvorgaben
- Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/ AOP-Niveau
- Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl und Vergütung
- Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen
- Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Absatz 2 SGB V
- Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen

Eine ausführliche Darstellung des Anpassungsbedarfes ist der Anlage zu entnehmen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V sollen als Bindeglied der stationären, pflegerischen und ambulanten Versorgung eine innovative Schlüsselrolle einnehmen. Ihr Potenzial liegt in der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten nach den jeweiligen Möglichkeiten der SÜV und der Planungsentscheidung der Länder sowie in der engen Verzahnung der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke.

Zudem könnten durch das Angebot der SÜV unnötige Einweisungen in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen verhindert, aber auch ein Beitrag zur Entlastung spezialisierter und größerer Versorger durch „Abverlegungen“ von noch stationär betreuungsbedürftigen Patientinnen und Patienten geleistet werden.

Um diese Ziele zu erreichen und die Potenziale der SÜV voll auszuschöpfen, sind gesetzliche Anpassungen u. a. zum Leistungsprofil, zum Zugang und zur Aufgabenzuweisung sowie zur Finanzierung erforderlich:

Leistungsprofil

- **Hybrid-DRG:** Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Absatz 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen.
- **Ambulantes Operieren:** In § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) müssen Zugangsregelungen verankert werden, die es allen Krankenhäusern ermöglichen, zukünftig auch außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages Leistungen des ambulanten Operierens zu erbringen.
- **Stationäre Leistungen:** Der auf Bundesebene gemäß § 115g Absatz 3 SGB V zu definierende Leistungskatalog darf nicht unnötig eingeschränkt werden, um den Bundesländern den nötigen Spielraum für die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu geben. Insbesondere darf die akutmedizinische Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Da keine oder weniger medizinisch-komplexe Leistungen durch SÜV erbracht werden, können nicht die gleichen Anforderungen wie in den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu den Leistungsgruppen zum Tragen kommen. Zudem ist sicherzustellen, dass die in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen nicht für SÜV gelten. Die Qualität der Leistungen muss insgesamt durch andere und für diese Einrichtungen angemessene Maßnahmen gewährleistet werden. Zu hohe Anforderungen werden die Innovationskraft dieser neuen Versorgungsform behindern.
- **Medizinisch-pflegerische Versorgung:** Die mit dem § 115h SGB V im Referentenentwurf zum KHVG zunächst vorgesehene, neue und unkompliziert zu nutzende „medizinisch-pflegerische Versorgung durch Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ hätte insbesondere ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. eine notwendige Beobachtung über Nacht) über die Möglichkeiten der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V und der Kurzzeitpflege gemäß § 39c SGB V hinaus. Für eine solche wohnortnahe Behandlung dieser Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, besteht derzeit keine gesetzliche Grundlage. Folglich ist diese Form der Leistungserbringung gesetzlich zu ermöglichen.
- **Pflegerische Versorgung:** Für die konkrete Versorgung vor Ort wird es von besonderer Bedeutung sein, dass die SÜV auch pflegerisch tätig sein können. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV gemäß § 115g Absatz 1 Nr. 4 SGB V (Übergangspflege nach § 39e SGB V) auf 30 Tage ausgeweitet werden.
- **Weitere Leistungen:** Ebenso muss den SÜV als (teilweise alleinigem) Gesundheitsversorger in einer Region ermöglicht werden, Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen zum Aufbau von

Gesundheitskompetenz und ggf. die Übernahme einer Lotsenfunktion im Sinne einer Steuerung der Patientenversorgung in der Region anzubieten. Da derzeit an potenziellen SÜV zum Teil psychiatrische und psychosomatische Leistungen ggf. sogar mit Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erbracht werden, muss sichergestellt sein, dass neben somatischen Leistungen – je nach Entscheidung durch die Bundesländer – auch zukünftig Leistungen für psychisch erkrankte Menschen erbracht werden dürfen.

Zugang und Aufgabenzuweisung

- **Vertragsärztliche Ermächtigung:** Um der Intention einer SÜV gerecht zu werden, einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen (walk-in) und bürokratische Aufwände so gering wie möglich zu halten, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich **jede SÜV** eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. SÜV wird so eine Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung mit den verfügbaren Möglichkeiten grundsätzlich ermöglicht. Die vertragsärztlichen Ermächtigungen sind nicht nur für die hausärztliche, sondern auch für die fachärztliche Versorgung unbefristet und ohne weitere Zulassungsbeschränkungen zu erteilen. Nur so kann ein dauerhaftes, verlässliches Versorgungsangebot geschaffen und die Planungssicherheit der Einrichtungen erhöht werden.
- **Aufgabenzuweisung:** Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben das Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein effizientes Netzwerk von Krankenhäusern sicherzustellen, die bezüglich ihres Versorgungsauftrages aufeinander abgestimmt sind. Dementsprechend ist den Ländern vollumfänglich und dauerhaft die Zuständigkeit für die stationäre und ambulante Aufgabenzuweisung einzuräumen. In Regionen, in denen die fachärztliche Versorgung nicht mehr durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden, müssen Krankenhäuser diese Aufgaben übernehmen können.

Finanzierung

- **Kostendeckung:** Für eine erfolgreiche Etablierung von SÜV ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Ab- und Zuerlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen müssen möglich sein und die medizinische Notwendigkeit 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.

- **Degression:** Zur Entbürokratisierung und Entlastung der Verhandlungen auf der Ortsebene soll anstelle einer Degression der Tagesentgelte die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein.
- **Gesamtvolumen:** Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung erscheint es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) in das Gesamtvolumen und mithin in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Auch bei bestimmten aufwendigeren ambulanten Leistungen (Hybrid-DRG, AOP) könnte über eine Integration in das Gesamtvolumen nachgedacht werden.

Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Somit können die betroffenen Einrichtungen das für die Umsetzung der Personalmindestanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (PPP-RL des G-BA) erforderliche Personal mangels Refinanzierung nicht beschäftigen. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden werden können.

Nach dem Verständnis der Krankenhäuser ist der Verhandlungstatbestand in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV geschaffen worden, um den Krankenhäusern die finanzielle Umsetzung der PPP-RL zu ermöglichen, wobei für die Umsetzung der PPP-RL nicht nur zusätzliches Personal, sondern das gesamte therapeutische Personal maßgeblich ist. Dabei ist zur Höhe der vor Einführung der PPP-RL vereinbarten Personalkosten zu beachten, dass in den vorangegangenen Jahren auf Grund der gesetzlichen Vorschriften lediglich eine anteilige Refinanzierung der Personalkostenentwicklung erfolgt ist („Tarifschere“).

Nachdem der Rechtsweg mit dem Urteil des BVerwG ausgeschöpft ist, obliegt es nunmehr dem Gesetzgeber, die Inkonsistenz zwischen den beiden Regelkreisen aufzulösen. In der Erwartung, dass die PPP-RL nach dem Beschluss des G-BA vom 18.06.2025 mehr Flexibilität für Personalplanung und Personaleinsatz ermöglichen wird, beschränkt sich der folgende Vorschlag der DKG darauf, die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit für die betroffenen Krankenhäuser einmalig zu korrigieren. Somit wird anerkannt, dass der Gesetzgeber mit Einführung der vollständigen Tarfkostenrefinanzierung durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 die Finanzierung von zukünftigen Tarfkostenentwicklungen verbessert hat. Zudem wird mit einer einmaligen Korrektur der Vergangenheitswerte ein Konflikt mit der zukünftigen Finanzierung von Tarifentwicklungen vermieden und somit dem Verdacht einer „Doppelfinanzierung“ vorgebeugt.

Die Krankenhäuser schlagen vor, in § 3 Absatz 3 BPfIV die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen:
„¹³ Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. ¹⁴Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“

Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung

Verglichen mit anderen europäischen Ländern fallen die Unterschiede bei den Personalausgaben für IT-Mitarbeitende einer Studie¹ im Auftrag der DKG zufolge besonders gravierend aus: Deutsche Krankenhäuser können nur 0,8 Prozent ihres Budgets in IT-Personal investieren. In Dänemark sind es 1,9 Prozent, in den Niederlanden 1,5 Prozent – also rund das Doppelte. Für nachhaltig digitalisierte Krankenhäuser muss die Digitalisierung Teil der Regelversorgung werden und damit dauerhaft finanzierbar sein.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung muss entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Absatz 3j KHEntG und § 38 Absatz 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.

Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA

Die Normsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 1 Nummer 2 SGB V für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der

¹ Online abrufbar unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/it-ausgaben-deutscher-kliniken-im-internationalen-vergleich-besonders-niedrig/> [zuletzt abgerufen am 28.10.2025]

Zuteilungsentscheidung und des Versorgungsauftrages der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden.

Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas

Die Krankenhäuser fordern die Abschaltung des Krankenhaustransparenzverzeichnisses zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses und die ersatzlose Streichung des § 135d SGB V und des § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG. Das Krankenhaustransparenzverzeichnis erzeugt erhebliche Parallelstrukturen zu den bestehenden Krankenhausportalen auf Basis des verpflichtenden gesetzlichen Qualitätsberichtes der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Die mit dem Transparenzverzeichnis zusätzlich geschaffenen Datenübermittlungspflichten gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG erzeugen übermäßigen, unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser.

Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel

Mit dem KHVVG wurden die Selbstverwaltungspartner durch § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V mit der Vereinbarung u. a. einer bundeseinheitlichen Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen beauftragt. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: *"Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet."*

In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltene Formulierung Rechnung getragen werden.

Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V festzulegen.

Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers; die Formulierung von § 301 Absatz 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage zu entnehmen.

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein.

Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich). Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglichen

Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Absatz 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt.

Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“)

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Absatz 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Absatz 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen.

Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Absatz 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankverordnung erbringen können.

Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus

In der Vergangenheit hat die DKG wiederholt auf die enormen, stetig steigenden Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung von bedürftigen, obdachlosen Nicht-Versicherten oder Patientinnen und Patienten mit ungeklärtem Versichertenstatus, hier kurz Nicht-Versicherte, entstehen. Da Nicht-Versicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt ist, ist das Krankenhaus oft der einzige Ort, an dem die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen möglich ist. Dies erfolgt in der Regel im Rahmen der Notfallbehandlung. Von der stetig steigenden Inanspruchnahme sind zunächst Krankenhäuser in größeren Städten betroffen und hier insbesondere Krankenhäuser in Bahnhofsnähe. Aber auch Krankenhäuser in ländlichen Gebieten verzeichnen einen erheblichen Zuwachs an Notfallbehandlungen Nicht-Versicherter.

Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Absatz 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Gesetzliche Änderungen sind dringend erforderlich. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage zu entnehmen.

Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

§ 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V beinhaltet hinsichtlich der erstmaligen oder erneuten Erbringung und Abrechnung von Leistungen, bei denen in OPS enthaltene Strukturmerkmale einzuhalten sind, spezielle Regelungen. Dabei sorgt die Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V, wonach ein Krankenhaus die Strukturvoraussetzungen für die Leistung, die es erstmalig oder erneut erbringen möchte, über einen Zeitraum von drei Monaten vor der von ihm abzugebenden Anzeige der Erfüllung dieser Strukturvoraussetzungen vorzuhalten hat, zu Diskussionen zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten, bis hin zu sozialgerichtlichen Verfahren.

Kernpunkt der Diskussion ist, dass die Abrechenbarkeit von Leistungen, die in diesem dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht worden sind, seitens der Kostenträger oftmals verneint und lediglich eine Abrechenbarkeit der ab dem Zeitpunkt der Anzeige erbrachten Leistungen anerkannt wird. Diese Auffassung verkennt, dass eine Vorhaltung der zur Abrechnung der neu aufzunehmenden Leistung erforderlichen Strukturmerkmale aus Sicht der Krankenhäuser nur dann möglich und wirtschaftlich vertretbar ist, wenn diese Strukturen auch eingesetzt werden. Nur, wenn ein Krankenhaus die Leistung, für deren Erbringung Strukturmerkmale vorzuhalten sind, schon im dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht hat und diese erbrachte Leistung auch gegenüber den Kostenträgern abgerechnet werden darf, handelt es wirtschaftlich im Sinne des § 1 Absatz 1 KHG. Diese Frage gewinnt zudem vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser immer stärkere Bedeutung, denn kein Krankenhaus kann es sich leisten, über einen Zeitraum von drei Monaten in der Regel kostenintensive Leistungen zu erbringen, ohne diese abrechnen zu dürfen.

Diese Problematik beruht auf der unklaren Formulierung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sowie dem dort enthaltenen Element des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Der Wortlaut des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V besagt lediglich, dass erbrachte Leistungen nach der Anzeige des Krankenhauses abgerechnet werden dürfen, beantwortet aber ebenso wenig wie die dazugehörige Gesetzesbegründung die Frage, ob auch die im dreimonatigen Vorhaltezeitraum vor der Anzeige erbrachten Leistungen des Krankenhauses von der Abrechnungsbefugnis mit umfasst werden. Krankenhäuser laufen somit Gefahr, dass sie für die erstmalige oder erneute Erbringung bestimmter Leistungen Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vorhalten müssen, ohne dafür einen entsprechenden Kostenersatz zu erhalten.

Diese Regelung ist nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht für Krankenhäuser nicht akzeptabel, sie ist auch gesetzessystematisch fraglich. In § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V finden sich für den Fall der Erbringung erstmalig vergütungsrelevanter Leistungen vergleichbare Sonderregelungen, allerdings ohne das

Erfordernis des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Es ist vielmehr ausreichend, dass das Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale ab dem Zeitpunkt der auch in Fällen der erstmalig vergütungsrelevanten Leistungen erforderlichen Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansieht. Ein sachlicher Grund, warum in den Fällen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die Strukturmerkmale schon über einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige vorzuhalten sind, ist nicht erkennbar.

Daher ist der dreimonatige Vorhaltezeitraum ersatzlos zu streichen und § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V vergleichbar zur Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V dahingehend zu ändern, dass auch im Falle der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die für die Erbringung der Leistung erforderlichen Strukturmerkmale vom Krankenhaus ab dem Zeitpunkt der Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsantrag ist der Anlage zu entnehmen.

- Anlage -



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**

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

Inhaltsübersicht:

- Stellungnahme und Änderungsvorschläge zum KHAG: **S. 1 - 30**
- Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf: **S. 31 - 68**
- Leistungsgruppenspezifische Änderungsvorschläge: **S. 69 - 81**

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 110	Verweiskorrekturen	
3	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin – Definition Fachkrankenhäuser	Die Anpassung des § 135d ist in weiten Teilen inhaltlich und sachlogisch korrekt. Die DKG fordert jedoch, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf). Die Änderungen im Hinblick auf die Definition des Levels F und dessen Zuweisung zu Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung geben den Ländern mehr Handlungsfreiheit und erlauben, bestehende und für die Versorgung relevante

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fachkliniken zu erhalten. Auch ist es sachgerecht, Krankenhäuser dem Level F zuordnen zu können, wenn sie sich auf ein bestimmtes Leistungsspektrum (z. B. Spezielle Schmerztherapie) spezialisiert haben. Dies wird ausdrücklich begrüßt, nähere Ausführungen zur Thematik finden sich weiter unten in der Stellungnahme (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf). In Abs. 4 letzter Satz wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Befugnis eingeräumt, bei der Zuordnung eines Krankenhauses zu einer Versorgungsstufe durch das InEK für dieses Krankenhaus eine Leistungsgruppe auf Vorschlag des InEK nicht zu berücksichtigen, weil es im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle aufweist. Diese Regelung wird abgelehnt, da hierdurch die Möglichkeit einer unmittelbaren Beeinflussung durch das BMG geschaffen wird. Zudem sei angemerkt, dass die DKG sowohl den Bundes-Klinik-Atlas als auch die Versorgungsstufen, wie an anderer Stelle ausführlich erläutert, ablehnt.
4	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten)	Die zu § 135e SGB V erfolgten Änderungen sind überwiegend zu begrüßen. Entfallen ist die Ermächtigung des BMG im Rahmen der Rechtsverordnung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4, Regelungen mit Zustimmung des Bundesrates zur Zulässigkeit der Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zu treffen sowie festzulegen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in bestimmten Fällen ausgeschlossen ist. Entsprechende Regelungsinhalte werden an anderer Stelle aufgegriffen. Sie ermöglichen Krankenhäusern, ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden erfüllen zu können, sofern eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation im jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist, dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	Krankenhausstandortes befindet. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt, u. a. weil sie den Handlungsspielraum der Länder erweitert und sie eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Anbietern am gleichen Standort erlaubt. Wir verstehen die Regelung dahingehend, dass die Vorhaltung für die Leistungserbringung am Standort bedeutet, dass personelle und apparative Mindestvoraussetzungen am Standort für die jeweilige Versorgung grundsätzlich zur Verfügung stehen. Dies kann durch beschäftigtes Personal und eigene sachliche Ausstattung oder durch eine im geforderten Umfang am Standort verfügbare, zumeist auf Dauer angelegte Dienstleistung erfolgen, die die Patientensicherheit gleichermaßen gewährleistet. Dies wäre im Gesetzestext oder zumindest in der Begründung klarzustellen, ergänzt um den Hinweis, dass bei diagnostischen Leistungen der Standortbegriff als erfüllt gilt, wenn die physische Anwesenheit des Patienten am Standort verbleibt. Im Hinblick auf die in diesem Zusammenhang ebenfalls genannten Entfernungskilometer von 2.000 Metern Luftlinie wird auf die generelle Kritik der DKG zu § 2a KHG hingewiesen, wonach eine Anpassung dieser Grenze auf 5.000 Meter gefordert wird. Hervorzuheben ist die Klarstellung in Bezug auf die Fachkrankenhäuser, die es nunmehr ermöglicht, zu allen am Standort vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen und zur sachlichen Ausstattung Kooperationen eingehen zu können. Dies gilt gleichermaßen für die neuen Regelungen zu den Tages- beziehungsweise Nachtkliniken. Hier werden die Anforderungen an die Erfüllung der Qualitätskriterien durch die Beschränkung auf die jeweiligen Betriebszeiten zudem praxisnäher geregelt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Erweiterte Ausnahmemöglichkeiten von der Erfüllung der Qualitätskriterien für die Länder bedürfen einer differenzierten Betrachtung. So wurden in § 135e diesbezüglich gleich mehrere Regelungen angepasst. Dies gilt gleichermaßen für dementsprechende Anforderungen in § 6a Abs. 4 KHG, so dass insgesamt ein sehr komplexes Regelwerk entstanden ist. Sind beispielsweise in einem Krankenhaus aufgrund von Spezialisierung bestimmte Leistungen/ Qualitätsanforderungen für die Versorgung eigener Patientinnen und Patienten überflüssig, ist nun sowohl nach § 135e SGB V als auch nach § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz die vorrangige Lösung in einer Kooperation zu suchen. Dies erfolgt unabhängig davon, ob das konkrete Qualitätskriterium vom Krankenhaus tatsächlich für die Versorgung seiner Patienten benötigt wird oder nicht. Rechte zur Abrechnung von Reisekosten für ehrenamtlich Tätige der Berufsorganisationen der Pflegeberufe und Teilnahmerechte von Vertretern der Patientenorganisationen im Leistungsgruppenausschuss (LGA) können sachlogisch nachvollzogen werden. Aufgaben der Geschäftsstelle des LGA werden zudem präzisiert. Trotz der positiven Anpassungen im KHAG sind weitere Probleme festzustellen, die ergänzende Änderungen erfordern. Diese werden unter dem weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf weiter unten ausgeführt.
5	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach § 6a KHG als zugewiesen gelten	Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mindestvorhaltezahlen nicht nur für die nach Anlage 1 SGB V zugewiesenen Leistungsgruppen gelten, sondern auch für die Leistungsgruppen, die gemäß § 6a Abs. 1 Satz 8 Nummer 2 KHG als zugewiesen gelten.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeanpassung Fristen	Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zugrunde gelegt wird. Die Regelung zu MVHZ ist vollständig zu streichen.
6	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Es ist unklar, inwiefern die Verweisänderung von § 136 Abs. 1 SGB V zu § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu Hebammenkreißsälen dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. In der Begründung zur Anpassung wird klargestellt, dass die Intention der Regelung ist, durch die G-BA-Richtlinie im Zusammenwirken mit der Förderung gemäß § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG gut etablierte Strukturen durch finanzielle Positivanreize zu fördern. Diese Klarstellung wird begrüßt. Es wäre folgerichtig, eine Festlegung von Mindestanforderungen und dem damit potentiell einhergehenden Vergütungswegfall in der Richtlinie ausdrücklich nicht vorzusehen, denn dies würde die Intention der Förderung unterlaufen und eine Inkonsistenz mit der in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG ergänzten Regelung zu von Beleghebammen geleiteten Kreißsälen erzeugen. Jedoch ergibt sich weder juristisch aus der vorgenommenen Verweisanpassung noch aus der Begründung eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen <i>muss</i>, oder nicht erfolgen <i>darf</i>. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich. Die im Zusammenhang mit § 136a Abs. 7 SGB V in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG aufgenommene Ergänzung, dass auch Krankenhäuser dann von der Förderung

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG profitieren können, wenn der Kreißaal von einem Krankenhaus betrieben und von Beleghebamme geleitet wird, sofern eine dem Niveau der nach § 136a Abs. 7 SGB V festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechende Qualität der Versorgung sichergestellt wird, begrüßen wir. Sie ist sachgerecht, da Dienstbeleghebammensysteme weit verbreitet sind und das Beschäftigungsverhältnis der leitenden Hebamme im Krankenhaus in keinem Zusammenhang mit der Qualität der geburtshilflichen Versorgung steht, der einen Ausschluss von der Förderung gerechtfertigt hätte. Eine Inkonsistenz zwischen den beiden Regelungen in § 136a Abs. 7 SGB V zu Kreißsälen, die von einer im Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden, und in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG zu Kreißsälen, die von einer Beleghebamme geleitet werden, könnte entstehen, da durch eine ergänzende Bezugnahme im Hebammenhilfevertrag oder durch einzelvertragliche Vereinbarungen der Krankenhäuser mit den Beleghebammen eine Einhaltung der in der G-BA-Richtlinie festgelegten Qualitätsanforderungen vereinbart werden kann. Eine gleichwertige Regelung einer Sanktionierung durch einen Vergütungswegfall bei Nichterfüllung erscheint jedoch kaum umsetzbar. Um die Gleichbehandlung der Krankenhäuser sicherzustellen, ist daher auch in der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 7 SGB V keine Sanktionierung festzulegen. Damit ergibt sich auch aus der insgesamt positiv zu bewertenden Ergänzung in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG die Notwendigkeit für die o. g. weiterführende Klarstellung zu § 136a Abs. 7 SGB V. Es sollte eindeutig klargestellt werden, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruchs für

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Die vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V ist zu streichen. Vgl. Stellungnahme zu § 40 KHG (Art. 2 Nr. 11 KHAG)
8	§ 137i	Umwandlung der Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen als Soll-Vorschrift	Die vorgesehene Umwandlung der bisherigen Vorschrift zur Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand des sog. Pflegelastkatalogs durch das InEK in eine SOLL-Vorschrift hat keinerlei Relevanz und ist eine rein kosmetische Korrektur aufgrund der aktuellen Rechtsprechung. Aus Sicht der Krankenhäuser ist vielmehr unverständlich, warum der Gesetzgeber weiterhin an den Pflegepersonaluntergrenzen festhält. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Aufgrund der politischen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege haben die Krankenhäuser ihren Personalbestand deutlich ausgebaut. Heute stehen pro PatientIn rund 30 % mehr Pflegekräfte für die Versorgung zur Verfügung als noch im Jahr 2019. Angesichts einer aktuellen Erfüllungsquote von 95 % verursachen die Pflegepersonaluntergrenzen vor allem zusätzlichen bürokratischen Aufwand – ohne noch erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität zu liefern. Zudem erfolgt durch die Einführung der PPR 2.0 zum 01.10.2024 eine Doppelerhebung für zwei unterschiedliche Personalvorgaben. Des Weiteren existiert mit dem Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V noch ein drittes Instrument. Die DKG fordert daher die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen. Zumindest müssen aber Krankenhäuser mit einem guten PPR 2.0-Erfüllungsgrad (mind. 80 %) von der

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Pflicht zur Dokumentation und Meldung der Pflegepersonaluntergrenzen ausgenommen werden.
9	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
10	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
11	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.
12	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
13	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
14	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
15	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Die Änderungen der Anlage 1 des KHAG sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen: • Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025 sowie ergänzende Vorschläge • Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen • Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen Die Änderungen werden ausdrücklich begrüßt. Sie dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Regelungen und fachlichen Anpassungen. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht dennoch weiterer Änderungsbedarf in der Anlage 1, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle bekannten Probleme aufgegriffen wurden. Allen voran bedarf die LG 27 Traumatologie mindestens einer umfassenden Überarbeitung, bevor sie eingesetzt werden kann. Sie ist in der gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Regelungen, die die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung – Streichung der LG 16 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung – LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung	zeitnahe Verwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Regelungen für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind, im Sinne der Entbürokratisierung und der Rechtsklarheit, stets zu vermeiden. Vor dem Hintergrund der Einführung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform sind die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung und damit auf die Fachkräftesicherung insgesamt zu berücksichtigen. So muss die Leistungsgruppensystematik auch mit der ärztlichen Weiterbildungsordnung kompatibel sein und die bisherigen Weiterbildungskapazitäten sind zu erhalten. Zudem ist bereits absehbar, dass durch die Strukturreform mehr Kooperationen und Rotationen zur Erfüllung der Pflichteinsätze notwendig werden. Daher sind auch für sozial- und arbeitsrechtliche Fragestellungen zwingend pragmatische, bürokratiearme Rahmenbedingungen notwendig. Die weiteren Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden im untenstehenden Abschnitt „Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf“ (ab S. 31) sowie den leistungsgruppenspezifischen Anmerkungen (ab S. 67) ausgeführt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung der LG 47 – LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Die redaktionelle Korrektur dient der Klarstellung des Bezuges von § 2a Abs. 4 Satz 2 KHG und wird daher begrüßt. Die gesetzliche Festlegung in § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG, dass Gebäude eines Krankenhauses sich vollständig innerhalb einer Flächengrenze von 2.000 Metern voneinander befinden müssen, um einem Krankenhausstandort zugeordnet zu werden, bleibt jedoch inadäquat und als grundlegende Definition von Krankenhausstandorten ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, indem er beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert. Die Krankenhäuser fordern, die Empfehlung der Regierungskommission (Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 14, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Abs. 1 S. 2 KHG auf 5.000 Meter festzulegen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG wird wie folgt geändert: „Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2.000 5.000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Es wird klargestellt, dass auch Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen. Eine Übergangsregel insbesondere für die Krankenhäuser in NRW wird eingeführt. Bezüglich der Anpassung der Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien und die Eröffnung erweiterter Kooperationsmöglichkeiten ist Folgendes zu bedenken: Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist. Dieses Ziel wird teilweise durch die Anpassungen erreicht und ist durchaus zu begrüßen. Abzulehnen ist jedoch das nunmehr vorgesehene Einvernehmen zwischen den zuständigen Landesbehörden mit den Landesverbänden der Krankenkassen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe, wenn Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe durch einen Krankenhausstandort nicht erfüllt werden. Mit dieser Regelung kann es zur regelrechten Blockade des Erhalts bestehender oder der Planung neuer Standorte zur Sicherstellung der Versorgung kommen. Dies kann nicht nur zu

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			kostspieligen Fehlentwicklungen führen, sondern auch Krankenhausmitarbeitende einem gefährlichen Kräfteressen vor Ort ausliefern. Mit dem KHAG werden Anpassungen vorgenommen, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben und Fahrzeitminutenregelungen positiv hervorzuheben. Gleichzeitig dürfen bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7, Satz 2 bis 4 SGB V erfüllt werden können. Ob, wie und durch wen dies festgestellt werden soll, bleibt nunmehr offen. Überdies wurde die Verknüpfung der Sicherstellung der Versorgung i. V. m. der Zuweisung einer Leistungsgruppe bei unerfülltem Qualitätskriterium mit der Regelung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sachlogisch aufgehoben. Auch wurden neue Tatbestände für ein Abweichen von den Qualitätskriterien aufgegriffen, die der Strukturanpassung in den Ländern dienen sollen, wie beispielsweise bei geplanter Einstellung des Betriebes eines jeweiligen Standortes oder bei einem geplanten Zusammenschluss von unterschiedlichen Krankenhausstandorten. Diese Regelung wird begrüßt. Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die ausnahmsweise Zuweisung einer Leistungsgruppe bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung im Einvernehmen zwischen den für die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen vorzunehmen und auf 3 Jahre zu befristen. Die vorgenommenen Änderungen sind zwar z. T. durchaus hilfreich. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherheitsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Beispielsweise müssen die Landesbehörden die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen auch unbefristet zu erteilen. Änderungsvorschlag § 6a Abs. 4 wird wie folgt gefasst: <i>„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbänden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und</i> <i>1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist oder 3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist kann in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen unbefristet oder befristet erfolgen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 2 ebenfalls unbefristet zugewiesen werden. Mit der Im Fall einer befristeten Zuweisung ist das Krankenhaus in den in Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Fällen zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einvernehmens Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zuweisung und Meldung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zwingend verschoben werden müssen. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden (siehe auch Nr. 7).
4	§ 12a	Überführung nicht verwendeter Fördermittel zur Deckung der Verwaltung des Transformationsfonds sowie der für die Durchführung der Förderung erforderlichen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung	Es ist zu begrüßen, dass die Finanzierung der Verwaltung nicht zulasten der Fördermittel des Transformationsfonds erfolgt, sondern aus nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds aufgebracht wird.
5	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung und in § 12b KHG auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden, da die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Anpassung der Finanzierungsanteile für den Transformationsfonds wird positiv bewertet. Es werden die in BR-Drs. 281/25 zugesagte 70/30-Aufteilung für die ersten vier Jahre und damit eine Erhöhung des Bundesanteils auf 3,5 Mrd. € pro Jahr umgesetzt. Die Erweiterung der Einbeziehung von Hochschulkliniken in weiteren Fördertatbeständen des Transformationsfonds ist zu begrüßen Gesetzliche Anpassungsbedarfe

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen im Rahmen des Transformationsfonds (§ 12b KHG) ist zu streichen. Des Weiteren besteht die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in die bereits bestehenden Fördertatbestände des § 12b KHG sowie explizit in einen eigenen Fördertatbestand aufzunehmen. Hinsichtlich einer weiteren Erweiterung der Fördertatbestände wird auf die Stellungnahme und das Positionspapier der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zum Änderungsbedarf am Transformationsfonds im Rahmen des KHAG hingewiesen. Die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft darf zudem nicht ausschließlich den Neubau fördern. Ebenso entscheidend ist der Erhalt funktionierender und versorgungsrelevanter Strukturen. Daraus ergeben sich die folgenden gesetzlichen Anpassungsbedarfe: § 12b Abs. 1 Satz 4 ist um die folgende Nummer 9 zu ergänzen: <i>„9. Vorhaben zur Umstrukturierung von Krankenhausstandorten im Rahmen der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) und des Ausbaus von Hybrid-Leistungen.“</i> § 12b Abs. 1 Satz 6 ist zu streichen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 13	Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	Angesichts der wegfallenden Mittelherkunft aus GKV-Beiträgen ist das weiterhin im Gesetzentwurf enthaltene <i>anzustrebende Einvernehmen</i> mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht sachgerecht und damit zu streichen. Gesetzlicher Anpassungsbedarf: In § 13 wird Satz 5 ersatzlos gestrichen: „Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.“
7	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Als Folgeänderung nachvollziehbar.
8	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Prospektive Absenkung der Vorhaltevergütung auf Landesebene um Hybrid-DRG – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Diese Form einer Vorhaltefinanzierung ist sofort auszusetzen. Nunmehr soll die Vorhaltevergütung bereits im Vorgriff um den Vorhalteanteil der Hybrid-DRG abgesenkt werden. Die Berechnung der Landesvorhaltevolumina basiert auf den Daten des Vor-Vorjahres, sodass die Vorhaltevergütung auf der Landesebene kontinuierlich sinken wird. Die „freiwillige Information über die Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027“ ist an die Voraussetzung geknüpft, dass ein Land die erforderlichen Informationen an das InEK übermittelt hat. Somit ist in den meisten Ländern erst kurz vor der Zuweisung der Leistungsgruppen Transparenz über die Verteilung der

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Vorhaltevolumina zu erwarten und es können vor der Scharfschaltung kaum Erfahrungen mit der Berechnungsmethodik gesammelt werden.
9	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden.
10	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung Ergänzung, dass Krankenhäuser auch dann von der Förderung für Hebammenkreißsäle profitieren können, wenn dieser von einer Beleghebamme geleitet wird.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel für die Stroke Unit, die Spezielle Traumatologie und die Intensivmedizin zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden. Positiv ist, dass die Förderbeträge für die Pädiatrie und Geburtshilfe gemäß § 5 Abs. 2b und Abs. 3k bis zum Jahr 2027 verlängert wurden. Die Ergänzung bezüglich der Förderung für Hebammenkreißsäle wird begrüßt. Es ergibt sich jedoch möglicherweise eine Inkonsistenz zwischen der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 und möglichen entsprechenden Regelungen für Beleghebammen. Näheres dazu unter Artikel 1 Nr. 6.
11	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Dem Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung wird grundsätzlich zugestimmt. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist, ändern nichts am Grundproblem: Die Regelung steht in Konflikt mit der Zuteilung der Leistungsgruppen. Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 % bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Auswirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt. Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres (neu: 2027 anstatt 2025) gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Die Krankenhäuser fordern daher eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. ersatzlose Streichung des § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V wird abgelehnt.
Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes			
1	Inhalt- übersicht/ § 10	Ergänzung der Inhaltsübersicht um § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung	
2	§ 1	Ausnahmeregelung in Absatz 4 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	Die DKG unterstützt nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen.
4	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Zum Erlösbudget siehe Nr. 3 Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) behindert schon jetzt massiv die erwünschten und bereits anlaufenden Konzentrationsprozesse und steht den Zielen der Krankenhausreform entgegen. Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages darf daher nicht um ein weiteres Jahr verschoben, sondern muss bereits für 2026 umgesetzt werden. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet. Darüber hinaus halten wir es für geboten, sofern der FDA nicht ab dem Jahr 2026 vollständig abgeschafft wird, zumindest die Leistungen für Kinder und Jugendliche dauerhaft von der Anwendung des FDA auszunehmen, um die Förderung dieser Leistungen gemäß § 5 Abs. 3k KHEntgG nicht zu konterkarieren.
5	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die weitere Verlängerung der „alten“ Zuschläge um ein Jahr ist bei einer Verschiebung der „neuen“ Ausgestaltung der Zuschläge nach KHVVG zwingend erforderlich und zu begrüßen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
6	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Siehe Nr. 3
7	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Siehe Nr. 3
8	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht	Siehe Nr. 3 Besondere Einrichtungen haben die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf zugeschnitten, die DRG-Vergütung zu verringern und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine sog. Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten – Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen	nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht sachgerecht. Gesetzlicher Änderungsbedarf § 8 Abs. 4 Satz 4 ist wie folgt zu ändern: <i>„Ab dem 1. Januar 2028 dürfen, soweit Leistungen betroffen sind, die nach Fallpauschalen vergütet werden, Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde;“</i>
9	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Erhöhung der Notfallzuschläge zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung müssen lediglich – wie vorgesehen – die aktuellen Beträge erhöht werden.
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	Die Umstellung auf das vorangegangene Kalenderjahr als Datengrundlage ersetzt die bisherige Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Dadurch entsteht jedoch eine inhaltliche Inkonsistenz, da die Veränderungsrate (VÄR) weiterhin auf Halbjahresbasis (1. Halbjahr laufendes Jahr und 2. Halbjahr Vorjahr) ermittelt wird. Orientierungswert (OW) und VÄR beruhen somit künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW) infrage stellt. Ein erkennbarer Mehrwert dieser Neuregelung ist nicht gegeben. Im Gegenteil finden im Orientierungswert noch ältere Daten

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Anwendung. Somit ergibt sich aus Sicht der Finanzierungssystematik eine Verschlechterung, die abgelehnt wird. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zur Berücksichtigung der Veränderungsrate von umso größerer Bedeutung (Meistbegünstigungsregelung).
11	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschluss an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach § 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
12	§ 14		
13	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung)	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung			
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Positiv bewerten die Krankenhäuser, dass die Fördermittel des Transformationsfonds nicht mehr um die Aufwendungen des BAS gekürzt werden, sondern diese Verwaltungskosten künftig aus den nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds finanziert werden.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden. Die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung ist angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung nicht mehr zu rechtfertigen. Gesetzliche Änderung: § 4 Abs. 1: „Länder treffen gemäß § 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag nach Satz 1 oder Satz 2 gestellt

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“ Sowie Streichung des Nachweises in § 4 Abs. 2 Nr. 10: „10. den Nachweis darüber, dass mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen über die Förderung des Vorhabens und die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds herbeigeführt worden ist,“ Eine Förderfähigkeit für ambulante Versorgungsstrukturen und deren Investitionsanteile muss durch eine gesetzliche Regelung hergestellt werden. Die Kosten für ambulante Versorgungsstrukturen müssen im Rahmen des intendierten Ziels des KHVVG und des Ausbaus von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen gemäß § 6c Abs. 1 KHG sowie der angestrebten Ambulantisierung im Rahmen des § 115f SGB V förderungsfähig sein. Dies ist durch den aktuell geltenden Ausschluss ambulanter Versorgungsstrukturen nicht gegeben und bedarf daher einer Klarstellung in der KHTFV sowie in § 12b KHG.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die Streichung der Beteiligungsmöglichkeit der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds ist folgerichtig.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Siehe Nr. 4
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die verbindliche Rückforderungspflicht ist aus Sicht der Haushaltsdisziplin nachvollziehbar, da Bundesmittel aus einem Sondervermögen einer besonders strengen haushaltsrechtlichen Kontrolle unterliegen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung von Abs. 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Angesichts der direkten Bezüge zu Entwicklungen, wie der Umstellung auf ein Leistungsgruppensystem, dem Erlass von Rechtsverordnungen (z. B. zu Mindestvorhaltezahlen) sowie weiteren noch im Gesetzgebungsprozess befindlichen Regelungsbereichen, ist dieser Zusatz nachvollziehbar. Dabei ist der bisherige Regelungstatbestand zu berücksichtigen: Vor dem Erlass einer Förderrichtlinie sind die Länder zu den vorgesehenen Regelungen anzuhören und es ist das Einvernehmen der Mehrheit der Länder erforderlich.
Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen			
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung			
1	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Siehe Art. 3 Nr. 8 (§ 10 KHEntgG)

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschluss an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach Abs. 4 S. 5 wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
3	§ 14	Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung	
Art. 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch			
	§ 53d	Der Medizinische Dienst Bund kann in den in den Absätzen 2 und 3 genannten Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 8 Inkrafttreten			
Erfüllungsaufwand			

<u>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</u>		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 11 Abs. 4 KHEntgG/ BPfIV und § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV	Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	Die DKG hat in einem gesonderten Schreiben an das BMG vom 05.08.2025 ausführlich auf den dringenden Anpassungsbedarf an den Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung hingewiesen. Dies betrifft insbesondere die starre Fristensetzung für die Übermittlung von Unterlagen in § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG/ BPfIV sowie den ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus in § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV. Erforderliche Anpassungen: 1a. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und soweit erforderlich den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 1b. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst:

		(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. 2. § 13 Absatz 3 KHEntgG wird aufgehoben. 3a. § 11 Absatz 4 BPflV wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung und soweit erforderlich den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im
--	--	--

		Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 3b. § 11 Absatz 4 BPflV wird wie folgt neu gefasst (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde 1. die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung, 2. den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach
--	--	--

		Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. 4. § 13 Absatz 3 BPfIV wird aufgehoben.
§ 115f Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 SGB V	Aussetzung der Leistungserweiterung und dringende hilfsweise Anpassungen des § 115f SGB V bis eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG umgesetzt wird: Harmonisierung der Fristen für die Ergebnisse der Evaluation mit der Überprüfung der Auswahl der Leistungen (Zwei-Jahres-Zeitraum).	Eine systematische Evaluation muss Grundlage jeder Weiterentwicklung sein. Die gesetzlich vorgegebene massive Ausweitung der Hybrid-Leistungen ist erfolgt, ohne dass die im Gesetz vorgesehene Evaluation nach § 115f Abs. 5 SGB V zur Kenntnis genommen werden kann. Der entsprechende Bericht soll gemäß der gesetzlichen Frist erstmals am 30.06.2026 vorgelegt werden. Angesichts der bisher noch völlig unklaren konkreten Auswirkungen der neu eingeführten Hybrid-Leistungen auf die Patientenversorgung ist die Ausweitung des Leistungskataloges aus dem Blickwinkel einer sicheren Patientenversorgung nicht zu verantworten. § 115f Abs. 2 Satz 1 – Änderung <i>Die Vertragsparteien nach Abs. 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich alle zwei Jahre zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlages mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen.</i> in Verbindung mit § 115f Abs. 5 – Ergänzung <i>„Die Weiterentwicklung des Hybrid-Leistungskataloges erfolgt frühestens nach Vorlage und Bewertung der ersten Evaluation. Bis dahin sind keine neuen Leistungsbereiche in das Vergütungssystem aufzunehmen.“</i>

§ 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V	Aussetzung der Fallzahlvorgaben	Die Festlegung von Zielgrößen für die Anzahl der über Hybrid-DRG zu vergütenden Behandlungsfälle ist bis zur Vorlage der gemäß Abs. 5 vorgesehenen Evaluation auszusetzen. Der dritte Halbsatz entfällt. Die Vorschrift, ab dem Jahr 2026 mindestens 1. Mio., ab dem Jahr 2028 mindestens 1,5 Mio. und ab dem Jahr 2030 mindestens 2 Mio. stationäre Fälle in die Hybrid-DRG zu verlagern, gefährdet massiv die Patientensicherheit, da die Ausweitung erfolgen soll, ohne vorher die im Gesetz festgelegte Evaluierung der Auswirkungen der ersten Phase abzuwarten. Ohne valide Datenlage sind quantitative Vorgaben verantwortungslos und führen zu Fehlanreizen und Strukturverzerrungen. § 115f Abs. 2 Satz 2 – Änderung <i>Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen hat ohne Berücksichtigung der Krankenhaussfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, zu erfolgen. ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.</i>
§ 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V	Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/AOP-Niveau	Die Angleichung der Vergütungshöhe an das Niveau der ambulanten Versorgung ist nicht Bestandteil der gesetzlichen Zielsetzung und entfällt. Eine normative Absenkung der Vergütung auf AOP-Niveau ist bei aufwendigen, komplexen Fällen, die weiterhin die Ressource Krankenhaus benötigen, nicht zu rechtfertigen. Zudem ist diese Vorgabe methodisch nicht sinnvoll umsetzbar, da Hybrid-DRG nicht zwangsläufig aus AOP-Leistungen abgeleitet werden und somit als Zielwert kein „AOP-Niveau“ festgestellt werden kann. § 115f Abs. 1 Satz 8 – Streichung

§ 115f Abs. 1 Sätze 7 & 9; Abs. 1a Sätze 1 & 3; Abs. 2 Sätze 1 & 3 SGB V	Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl bzw. Vergütung	Synchronisierung mit dem regulären DRG-Kalkulationszyklus ist erforderlich, um Systemstabilität zu gewährleisten. Der Zeitplan der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG muss auf Grund der unvermeidbaren Wechselwirkungen zwingend an die Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst werden. Dazu muss lediglich die Beauftragung der Institute InBA und InEK für die Erarbeitung von Vorschlägen für die Leistungsauswahl einschließlich Vergütung bis zum 30.04. eines jeden Jahres erfolgen. Die anschließende Kalkulation der Hybrid-DRG muss zeitgleich mit der DRG-Kalkulation erfolgen, so dass eine dreiseitige Vereinbarung für Hybrid-DRG (Leistungskatalog) einschließlich deren Vergütung bis zum 30.09. möglich ist. Somit wird die Rechtsgrundlage geschaffen, dass die Fristen in Analogie zum DRG-System gelten.
§ 115f Abs. 3 SGB V	Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen	Bezüglich der Qualitätssicherung wird die aktuelle Ausgestaltung des § 115f SGB V seitens GKV-Spitzenverband und KBV so interpretiert, dass die Regelungen des AOP-Vertrages und der Qualitätssicherung des vertragsärztlichen Bereiches auch für Leistungen gemäß § 115f SGB V Anwendung finden sollen. Dies wird den höheren Anforderungen für Leistungen, die bisher aus guten Gründen vollstationär erbracht worden sind, nicht gerecht. Es reicht nicht aus, nur auf den § 135 SGB V und somit ausschließlich auf die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich zu verweisen. Im Interesse der Patientensicherheit sollte klargestellt werden, dass die Qualitätsanforderungen der stationären Versorgung auch bei Hybrid-DRG als Leitgedanken zu nutzen sind. § 115f Abs. 3 (2. Halbsatz) – Streichung Darüber hinaus ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen, damit einheitliche Strukturanforderungen für alle Leistungserbringer der Hybrid-DRG gelten.

§ 115f Abs. 4 Satz 2 ff. SGB V/ § 89a Abs. 2 SGB V	Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V	Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen in § 115f Abs. 4 SGB V ist als Konfliktlösungsmechanismus für die Vertragsparteien eine Festsetzung der Vereinbarungen durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a Satz 2 SGB V geregelt. Dieses Schiedsgremium ist originär für die Beschlüsse zur EBM-Vergütung zuständig und hat daher wenig Verständnis für die Anforderungen an die DRG-Kalkulation und den stationären Teil der „Hybrid Versorgung“. Daher ist die Rechtsgrundlage für eine Konfliktlösung durch das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V erforderlich. § 115f Abs. 4 Satz 2 – Änderung <i>Kommt eine Beauftragung nach Abs. 1 Satz 7, Abs. 1a Satz 3, Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 9 oder Abs. 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Abs. 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Abs. 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Abs. 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. <u>entscheidet das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V.</u></i> in Verbindung mit einer Folgeänderung § 115f Abs. 4 Satz 3 ff – Streichung
§ 115f Abs. 1 SGB V	Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen	Eine sachgerechte Vergütung originärer Krankenhausleistungen ist ohne Zusatzvergütung nicht möglich. Durch die explizite Formulierung „eine Fallpauschale“ in § 115f SGB V wird die sachgerechte Vergütung von Sachmitteln verhindert. Insbesondere der GKV-Spitzenverband leitet daraus ab, dass

		ergänzende Vergütungselemente, wie im DRG-System bei Hybrid-DRG, rechtlich unzulässig sind. Daher ist eine Klarstellung erforderlich, dass neben einer Hybrid-Fallpauschale auch ergänzende Vergütungselemente genutzt werden können. In diesem Kontext sind für die Krankenhäuser auch Möglichkeiten zur Vor- und Nachbehandlung, die Erstbefüllung der ePA und die Abrechnung von Begleitpersonen zu regeln. § 115f Abs. 1 – Ergänzung <u>„Neben der Fallpauschale sind ergänzende Vergütungselemente insbesondere Zusatzentgelte, Sachkostenpauschalen sowie Zuschläge für Vor- und Nachbehandlung zulässig.“</u>
§ 39e SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ausweitung des möglichen Betreuungszeitraumes im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus für SÜV	Für die konkrete Versorgung vor Ort wird die pflegerische Betreuung häufig älterer Menschen eine besondere Relevanz haben. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V auf 30 Tage ausgeweitet werden. Änderungsvorschlag § 39e Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert: „Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege 1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für längstens 30 Tage oder 2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses für längstens zehn Tage, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.“

§ 115b SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	In § 115b SGB V müssen für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen verankert werden, die es Krankenhäusern ermöglichen, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Dies würde durch den Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Abs. 1 SGB V entsprechend auch für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.
§ 115g SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ergänzende Klarstellung, dass SÜV auch Hybrid-DRG-Leistungen erbringen können.	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Abs. 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen. Änderungsvorschlag § 115g Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt: „6. Leistungen nach § 115f (spezielle sektorengleiche Vergütung).“
§ 115h SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Einführung eines neuen § 115h SGB V, der eine medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ermöglicht.	Mit Wegfall des – im Referentenentwurf zum KHVVG noch vorgesehenen – § 115h SGB V wird die innovative Versorgungsform „medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ derzeit durch den Gesetzgeber nicht weiterverfolgt. Dieser Regelungsentwurf hatte allerdings die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue und unkompliziert zu nutzende Versorgungsform, insbesondere für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer

		Behandlungsbedarf, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. notwendige Beobachtung über Nacht). Eine solche wohnortnahe Behandlung für diese Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, kann von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen unter den derzeit vorgesehenen Rahmenbedingungen nicht gewährleistet werden. Folglich ist vorzusehen, dass diese Möglichkeit der Leistungserbringung gesetzlich wieder ermöglicht wird. Die maßgeblich betroffenen Vertragspartner legen in einer Vereinbarung die konkreten Inhalte der Versorgung inklusive der zu versorgenden Patientengruppe, die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sowie Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen fest. Änderungsvorschlag Der neue § 115h SGB V wird wie folgt gefasst: „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Abs. 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht. (2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat,
--	--	--

		erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder durch Krankenhäuser veranlasst. (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere 1. die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist, 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Abs. 2. (4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.“
§ 6c KHEntgG	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: - Aufhebung der Budgetdeckelung - Streichung der Degression beim Tagesentgelt - Ausweitung des Gesamtvolumens auf Pflege-, Hybrid- sowie AOP-Leistungen	Für eine erfolgreiche Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in der Versorgungslandschaft ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen

		Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Die Deckelung über den Veränderungswert in § 6c Abs. 3 KHEntgG ist daher aufzuheben. Mit der vorgesehenen Degression der Tagesentgelte werden die Verhandlungen auf der Ortsebene unnötig zusätzlich belastet und aufwendiger. Auch im Sinne einer Entbürokratisierung sollte wie beispielsweise bei Einrichtungen der Somatik und der Psychiatrie/ Psychosomatik die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein. Die im Gesetz vorgesehene Degression der Tagesentgelte ist zu streichen. Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung ist es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) sowie Hybrid- und AOP-Leistungen in das Gesamtvolumen und mit in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Dadurch können auch bürokratische, aufwendige Abgrenzungsprobleme vermieden werden. Anpassung des § 6c Abs. 1 Satz 2 zu Nr. 2 bis 4 KHEntgG: <i>Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere</i> <i>1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen sowie Leistungen nach § 115b und § 115f SGB V</i> <i>2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression</i>
--	--	---

		3. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression 4. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausesindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden... Die Einbeziehung der Zu- und Abschläge bei der Kalkulation des Gesamtvolumens wird als äußerst problematisch gesehen, zumal auch nachträgliche Spitzausgleiche, die bei Zu- und Abschlagstatbeständen üblich sind, nicht mehr durchführbar wären. Eine separate Abrechnungsmöglichkeit von Zu- und Abschlägen wird daher klar präferiert. In besonderen Konstellationen, bei denen ein erhöhter Kostenaufwand entsteht, der mit den degressiven Tagesentgelten nicht abgegolten wird, ist auch die Abrechnung von Zusatzentgelten außerhalb des Gesamtvolumens unabdingbar (z. B. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern). Diesbezüglich ist eine entsprechende Öffnungsklausel erforderlich.
§ 9 KHEntgG	Streichung der Vorgaben zur Vereinbarung der näheren Einzelheiten zur Degression innerhalb der Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene	Es handelt sich hierbei um eine erforderliche Folgeänderung aufgrund der Streichung der Degression in § 6c Abs. 1 KHEntgG (s. o.). Anpassung von § 9 Abs. 1 Nr. 10b KHEntgG: <u>„zu den nach § 6c Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelten, einschließlich Degression“</u>

§ 60 SGB V	Ergänzung und Klarstellung zu Transportkosten bei Behandlungen in SÜV	Da Ab- und Zuverlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen in SÜV möglich sein müssen, ohne dass die medizinische Notwendigkeit grundsätzlich in Frage gestellt wird, bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind. Dies betrifft auch die gemäß § 115g Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V aufgenommenen pflegerischen Leistungen und die neu aufzunehmende medizinisch-pflegerische Versorgung gemäß § 115h SGB V (neu). Änderungsvorschlag Anpassung zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V: „1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,“ Aufnahme in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (neu) SGB V: <u>„2. bei Fahrten von Versicherten in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, zur Übergangspflege nach § 39e SGB V und zur medizinisch-pflegerischen Versorgung gemäß § 115h SGB V,“</u>
§ 3 Abs. 3 BPfIV	Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden werden können. Um dies zu vermeiden, müssen für die betroffenen

		Krankenhäuser zumindest die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit einmalig mit der Budgetvereinbarung für 2026 korrigiert werden. Weitere Erläuterungen sind der Stellungnahme zu entnehmen. Änderungsvorschlag: In § 3 Abs. 3 BPflV sind die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen: <u>„Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“</u>
§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V	Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	Mit dem KHVVG wurde § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V um folgenden Passus erweitert: (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...] 6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: "Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet." In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltene Formulierung Rechnung getragen werden. Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende

		Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festzulegen. Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers, die Formulierung von § 301 Abs. 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Änderungsvorschlag § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V wird wie folgt geändert: „6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen <u>Fachabteilungsschlüsseln.</u>“
§§ 136, 136b SGB V	Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA: notwendige Klarstellung und Anpassung der Regelungskompetenz des G-BA	Die Normsetzung des G-BA zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V Abs. 1 Nr. 2 für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem KHVVG angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer

		Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der Zuteilungsentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden. Eine klare, konfliktfreie Abgrenzung kann erfolgen, indem die Geltungsbereiche der G-BA-Vorgaben nicht ganze Leistungsgruppen, sondern nur Teilmengen besonders komplexer, risikoreicher Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe betreffen dürfen, und indem unterschieden wird zwischen Voraussetzungen, die eine langfristig verbindliche Planungsentscheidung begründen, und fallbezogenen Anforderungen, die die Qualität einer einzelnen Leistung sicherstellen und deren spezifische Vergütung rechtfertigen. Strukturelle, planungsrelevante Voraussetzungen für die gesamte Leistungsgruppe sind in der Anlage 1 zu § 135e SGB V zu spezifizieren. G-BA-Vorgaben dürfen nur einen spezifischen Teilbereich der Leistungsgruppe betreffen oder nur fallbezogene Qualitätsanforderungen enthalten. Änderungsvorschlag § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind <u>können</u> auch <u>evidenzbasierte</u> Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität <u>für besonders risikoreiche, spezialisierte oder komplexe Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e) oder als</u>
--	--	---

		<u>fallbezogene Mindestanforderung festgelegt werden festzulegen</u>, sofern diese nicht in den nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind <u>und sofern diese die nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.</u> In § 136 werden folgende Absätze 5 und 6 neu aufgenommen: <u>„(5) Sofern erforderlich kann der Gemeinsame Bundesausschuss bezogen auf eine ganze Leistungsgruppe gemäß Anlage zu § 135e evidenzbasierte Empfehlungen zu den nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien an den Ausschuss nach § 135e Abs. 3 Satz 1 abgeben.</u> <u>(6) Die Erforderlichkeit gemäß Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 5 sowie § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Bezug auf die Auswahl, den Zuschnitt und die Festlegung qualitätssichernder Maßnahmen und Mindestanforderungen einschließlich ihrer Folgewirkungen bemisst sich an dem Kriterium der Zweck-Mittel-Relation. Die Notwendigkeit einer Ergänzung der Qualitätskriterien gemäß § 135e Abs. 2 Satz 2 ist dabei aus Gründen des Patientenschutzes oder zur Verbesserung der Behandlungsqualität hinreichend genau darzulegen. Grundlage hierfür ist der zu ermittelnde und allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“</u> § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: <u>„2. einen Katalog planbarer und besonders risikoreicher, spezialisierter oder komplexer Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses,“</u>
--	--	--

§ 135d SGB V/ § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG	Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	Die Krankenhäuser fordern, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen. Das „Transparenzverzeichnis“ nach § 135d SGB V (Bundes-Klinik-Atlas) erzeugt erhebliche Parallelstrukturen. Mit dem „Deutschen Krankenhaus Verzeichnis“ stand bereits vor der Einführung des Bundes-Klinik-Atlas im April 2024 dem Bund ein Portal zur Verfügung, das Transparenz über die Krankenhäuser schafft. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Portale, die u. a. durch die Krankenkassenverbände auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geführt werden. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Zudem wurden ausschließlich für das Transparenzverzeichnis neue Datenlieferverpflichtungen für die Krankenhäuser in § 21 KHEntgG festgelegt, die, insbesondere durch die neuen äußerst detaillierten Meldepflichten für das ärztliche Personal gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG, einen enormen und unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand erzeugen. Die in § 135d Abs. 3 Nr. 4 vorgesehene Entwicklung und Veröffentlichung von Indizes zur Bewertung von Qualität auf der Basis rein rechnerischer Methodik ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar, inadäquat zur Darstellung und Beurteilung der Qualität und schafft keine Transparenz. Die durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingefügten § 135d SGB V und § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen. Als Ersatz sollte das „Deutsche Krankenhaus Verzeichnis“ als Portal des Bundes wieder etabliert werden, wie es bereits bis April 2024 der Fall war. Falls von gesetzgeberischer Seite auf die Transparenz und Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser Einfluss genommen werden soll, sollte dafür an bestehenden, etablierten Strukturen, wie
--	---	--

		etwa dem Deutschen Krankenhaus Verzeichnis und den Portalen des G-BA und der Krankenkassen gemäß § 136b Abs. 7, angeknüpft und darauf aufgebaut werden. Auch die Selbstverwaltung strebt an, die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten der Krankenhäuser methodisch weiterzuentwickeln, doch der Aufbau von Parallelstrukturen und zusätzlicher Bürokratie kann diesem Ziel nicht zuträglich sein. Änderungsvorschlag Streichung von § 135d SGB V sowie § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG
§ 115b SGB V	Verankerung von gesetzlichen Grundlagen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen.	Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein. Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich).

		Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).
§ 115b SGB V	Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Abs. 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt. Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

§ 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 125a SGB V	- Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) - Verweises auf die nach § 125a Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge in § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V	Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Abs. 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Abs. 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch
--	--	---

		den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Abs. 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankoverordnung erbringen können. Änderungsvorschlag § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V: „Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Abs. 1 und nach § 125a Abs. 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf.“
§ 135d Abs. 4 SGB V	Definition Fachkrankenhäuser	Gemäß § 135d Abs. 4 SGB V wird einem Krankenhaus von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde in bestimmten Konstellationen die Versorgungsstufe Level F im Rahmen der neuen Krankenhausplanung zugeordnet. Diese Zuordnung sollte von den Landesplanungsbehörden unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungserfordernisse getroffen werden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anzahl und Ausgestaltung der Fachkrankenhäuser in den einzelnen Bundesländern wurde durch die Vorgabe in § 135d Abs. 4 SGB V eine intensive Auseinandersetzung über den Stellenwert der Fachkrankenhäuser im deutschen Gesundheitswesen ausgelöst. Mit einer

		einfachen Regelung kann den unterschiedlichen Versorgungsansätzen Rechnung getragen werden. Dem Vorschlag der GMK zum Änderungsbedarf am KHVVG im nun vorliegenden Gesetzentwurf überwiegend zu folgen, wird seitens der DKG ausdrücklich begrüßt. Die Verknüpfung mit den im Krankenhausplan jeweils ausgewiesenen Fachkrankenhäusern ist im Sinne des Bestandsschutzes nachvollziehbar. Ergänzende Hinweise Fachkliniken müssen, wenn medizinisch erforderlich, neben der Leistungsgruppe/ den Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen dürfen (unter anderem der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Allgemeinen Neurologie, der Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin). Hierbei wird durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nicht erfüllt werden, da sich die notwendige Versorgungsqualität aus der besonderen Spezialisierung der entsprechenden Fachklinik ergibt. Beispielsweise kann ein orthopädisches Fachkrankenhaus, das sich auf die Gelenkchirurgie spezialisiert hat, neben der Endoprothetik am Hüft- und Kniegelenk auch Eingriffe im Bereich der Schulter- und Ellenbogengelenke, die der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie zugeordnet werden, in einer hohen Versorgungsqualität durchführen. In gleicher Weise existieren Fachkrankenhäuser, die sich auf bestimmte Leistungen beschränken und daneben über keine Fachabteilungen im Sinne von Leistungsgruppen verfügen (z. B. Fachkrankenhaus nur für die Spezielle Schmerzmedizin). Hier bedarf es noch geeigneter Lösungen, um deren Versorgungsauftrag zu sichern.
--	--	--

§ 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung müsste entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 3j KHEntgG und § 38 Abs. 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.
§ 135e Abs. 4 SGB V/ § 6a Abs. 4 KHG	Erweiterung der Entscheidungsspielräume der Länder	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Qualitätskriterien in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes gefährdet ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe muss in diesen Fällen auch unabhängig

		von weiteren Zusatzanforderungen, wie beispielsweise der umfassenden Prüfung möglicher Kooperationen oder dem Einvernehmen mit den Krankenkassen, möglich sein. Die erforderlichen Ausnahmemöglichkeiten lassen nicht nur eine auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf besser zugeschnittene Krankenhausplanung zu. Sie schützen gleichzeitig alle Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Planungsverantwortliche der Länder, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen) vor gravierenden Fehlentscheidungen durch die strikte Anwendung starrer Regelwerke in einem hochkomplexen wie finanziell herausfordernden Umstellungsprozess. Wenngleich mit der Krankenhausreform zu Recht das Ziel verbunden ist, die Krankenhausplanung neu zu denken, so müssen bei der Umsetzung dennoch das richtige Maß und die notwendige Sensibilität für einen solchen Prozess gefunden werden. Änderungsvorschlag Siehe hierzu weiterer Änderungsbedarf zu § 6a Abs. 4 KHG und § 135e Abs. 4 SGB V und nachfolgenden Vorschlag zur Schmerzmedizin, wie auch andere zahlreiche Probleme, wie bspw. in der Kinder- und Jugendmedizin und der Geriatrie.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Abbildungsprobleme bei Spezialisierung auf ausgewählte Leistungsbereiche (z. B. Schmerzmedizin)	Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf ausgewählte Leistungsbereiche kann in Verbindung mit dem neuen Leistungsgruppensystem für zahlreiche Krankenhäuser ganz erhebliche Risiken, bis hin zum ungewollten Verlust des Versorgungsauftrages, bergen. Dies gilt nicht nur für die Spezielle Schmerzmedizin, die als Querschnittsaufgabe in keiner eigenen Leistungsgruppe abgebildet ist, sondern auch für zahlreiche andere Spezialgebiete. Dabei ist es unerheblich, ob diese über eigene Leistungsgruppen verfügen. Neben der Schmerzmedizin sind

		auch die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin, die Geriatrie und viele mehr betroffen. Für die spezielle Schmerzmedizin (Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin) existiert keine eigene Leistungsgruppe. Die Fälle streuen über eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsgruppen. Abhängig vom behandelten Diagnosespektrum werden mehr oder weniger LG von den Fällen eines spezialisierten Fachkrankenhauses oder einem Außenstandort eines Krankenhauses mit spezialisiertem Profil (diese sind im Folgenden immer mitgemeint) angesteuert, ohne dass diese zum direkten Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehören. Um die Fälle sachgerecht abrechnen zu können, benötigt das Krankenhaus aber einen Versorgungsauftrag für alle diese, weit über die spezielle Schmerzmedizin hinausgehenden Leistungsgruppen. Da Fachkrankenhäuser häufig auf die konservative Versorgung von Schmerzpatienten spezialisiert sind, werden sie beispielsweise die Strukturanforderungen der häufig angesteuerten LG <i>Allgemeine Chirurgie</i> (z. B. drei Allgemeinchirurgen, mind. zwei Operationssäle) wie auch anderer LG nicht erfüllen können. Auch im Falle der Geriatrie wären über die eigene LG 56 <i>Geriatrie</i> zwar alle Fälle, die eine geriatrische Komplexbehandlung erhalten, sachgerecht abbildbar. Zahlreiche weitere geriatrische Fälle, die gleichermaßen im bisherigen geriatrischen Versorgungsauftrag behandelt wurden, jedoch andere Leistungen als die geriatrische Komplexbehandlung erhalten, werden anderen LG (insbesondere der LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i>) automatisch über den LG-Grupper zugeordnet. Auch hier sorgt die Spezialisierung für Schwierigkeiten, wenn die Fälle Leistungsgruppen zugeordnet werden, die in ihrem vollen Leistungsspektrum und den damit verbundenen Anforderungen weit über die Spezialisierung des Fachkrankenhauses für die Geriatrie hinausgehen. Kann ein Versorgungsauftrag für die LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> nicht erteilt werden, verliert das
--	--	--

		Fachkrankenhaus diese Fälle und damit verbunden ihre Vergütung. Eine Geriatrie die NUR Komplexbehandlungen durchführt ist jedoch keine Geriatrie mehr und würde die Versorgung einstellen müssen. Diese Risiken, insbesondere für Fachkrankenhäuser und für Außenstandorte von Krankenhäusern mit spezialisiertem Profil, sind bereits bei der Krankenhausplanung in NRW aufgefallen. Die betroffenen Krankenhäuser können daher zusätzlich mit einem eingeschränkten Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsgruppen versehen werden (Zuteilung eines definierten Fallzahlanteils für z. B. die LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i>). Darüber hinaus wird für geriatrische Fachkrankenhäuser die Erfüllung der über die Anforderungen der LG Geriatrie hinausgehenden Mindeststrukturanforderungen der LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> (insbesondere die spezifischen Fachärzte) nicht gefordert. Die Behandlungskonzepte der spezialisierten Versorgung in einem Fachkrankenhaus verlangen ohnehin besondere Kompetenz, teilweise über Fachdisziplinen hinweg, und bieten bereits ein besonderes Angebot auch für schwer erkrankte Patienten. Allerdings wird in diesen Fällen der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich der Leistungsgruppe 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränkt (siehe hierzu § 16 Abs. 1 Satz 6 KHGG NRW). Änderungsvorschlag Aufnahme folgender Regelung in § 135e SGB V: „Fachkrankenhäuser und Außenstandorte von Krankenhäusern mit spezialisiertem Profil dürfen für die Sicherstellung der Versorgung über die Leistungsgruppe/die Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung (sofern vorhanden) hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen (unter anderem der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der
--	--	---

		Allgemeinen Neurologie, der Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin). Hierbei wird durch die Landesplanungsbehörde 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 Patientinnen und Patienten des spezialisierten Krankenhauses notwendig ist“.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Keine Addition gebietsgleicher Fachärzte	Leistungsgruppen dienen u. a. der Krankenhausplanung. Während einzelne Leistungsgruppen ganze Fachgebiete abbilden, beinhalten andere lediglich definierte Leistungspakete aus einzelnen Fachgebieten. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass bei den verwandten Leistungsgruppen zu einer bestimmten Leistungsgruppe auch gebietsgleiche Leistungsgruppen beispielsweise am Standort vorzuhalten sind. Aktuell deutet sich die Sichtweise des Medizinischen Dienstes an, die in den verwandten Leistungsgruppen aufgeführten gebietsgleichen Fachärzte additiv und für parallele Dienstlinien zu fordern. Hierdurch werden Fachärzte in einer Anzahl gefordert, wie sie den Krankenhäusern grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen. Diese Ansicht steht jedoch im Widerspruch zu Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c, der die Berücksichtigung der Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen erlaubt. Es wird daher eine Anpassung in Abs. 4 gefordert. Änderungsvorschlag Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c wird um den folgenden Satz ergänzt: <i>„Handelt es sich bei der jeweils betroffenen Leistungsgruppe und den verwandten Leistungsgruppen um Leistungsgruppen mit der Anforderung an gleich qualifizierte Fachärzte, und ist die Vorgabe aus Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c erfüllt, sind in der Rufbereitschaft mehrere Dienstlinien nicht erforderlich, die geforderten Fachärzte sind demzufolge nicht zu addieren.“</i>

§ 135e Abs. 4 SGB V	Äquivalente Facharztbezeichnungen	Gemäß § 135e Abs. 2 SGB V haben Krankenhäuser, die Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringen, die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien zu erfüllen. In der Anlage 1 zu § 135e Abs. 4 SGB V werden die Qualifikationen gemäß der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer aufgeführt. § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB V regelt, dass die genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharzt- oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen bzw. Zusatzweiterbildungen vergleichbar sind. Um künftige Auseinandersetzungen zu vermeiden, könnte die Bundesärztekammer eine eigens für diesen Zweck erstellte Äquivalenzliste publizieren. Ein erster Entwurf für eine solche, aktuell rechtlich unverbindliche Liste wurde dem Leistungsgruppenausschuss bereits zu der Sitzung am 04.08.2025 von der BÄK zur Kenntnisnahme vorgelegt. Eine entsprechend rechtsverbindliche Grundlage wäre hierfür wünschenswert, inkl. einer Regelung, dass in strittigen Fällen die Landesärztekammern entscheiden. Die Äquivalenzliste sollte zudem bei der Pflege der Anlage 1 berücksichtigt werden. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 werden hinter den Worten „landesrechtlichen Vorschriften“ die Worte „oder einer von der Bundesärztekammer für diesen Zweck publizierten Äquivalenzliste“ eingefügt.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Rufbereitschaft der Fachärzte	In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird vorgegeben, dass mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss. Diese Regelung präzisiert die regelhaften Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit von zumeist drei geforderten Fachärzten für die Rufbereitschaft einer Leistungsgruppe insgesamt. Offen bleibt

		an dieser Stelle, ob der den Rufdienst übernehmende Facharzt entsprechend seiner Facharztkompetenzen auch für mehrere Leistungsgruppen parallel den Rufdienst übernehmen kann. Da dies in der Versorgungspraxis die Regel und nicht die Ausnahme darstellt, ist das Gesetz wie folgt zu ergänzen. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird folgender Nebensatz ergänzt: <i>„dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen,“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Anrechnung der Fachärzte auf LG	Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Verweis im Wortlaut <i>„dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie“</i> ersatzlos gestrichen wurde. Ansonsten wäre es zu einem völlig unkalkulierbaren und hohen Mehrbedarf für Fachärzte der Inneren Medizin und der Chirurgie gekommen. Gemäß § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c SGB V gilt jedoch weiterhin, dass <i>„Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können“.</i> Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Durch diese Regelung wird die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten künstlich auf drei Leistungsgruppen beschränkt, ohne dass es hierfür eine wissenschaftliche Begründung gibt. Damit führt das Gesetz durch erhöhten

		Personalbedarf zu einer erheblichen Verschärfung der fachärztlichen Anforderungen. Soll neben drei Leistungsgruppen aus einem medizinisch verwandten Leistungsbereich eine weitere Leistungsgruppe erbracht werden, bedarf es bei drei bereits angerechneten Fachärzten zusätzlichen fachärztlichen Personals. Beispielsweise müsste für den Leistungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie mit seinen zugehörigen vier endoprothetischen Leistungsgruppen Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Revision Hüftendoprothese und Revision Knieendoprothese und ggf. der weiteren Leistungsgruppe Wirbelsäulenchirurgie das Krankenhaus mindesten fünf, statt der drei in Anlage 1 zu § 135e SGB V jeweils geforderten Fachärzte vorhalten. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6c wird wie folgt gefasst: <i>„Fachärzte innerhalb eines Gebietes entsprechend ihrer Qualifikation für alle geeigneten Leistungsgruppen des Gebietes, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; Fachärzte können entsprechend ihrer Qualifikation grundsätzlich nur in einem Gebiet nach der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung eines Arztes oder einer Ärztin für mehrere Standorte und/ oder Gebiete setzt die Aufteilung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit des Arztes/ der Ärztin in mehrere Stellenanteile voraus;“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Regelungen zu Belegärzten	In Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d wurde mit dem KHAG klargestellt, dass in ausgewiesenen Belegabteilungen anstelle eines Vollzeitäquivalentes für Krankenhausärztinnen und -ärzte ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Diese Regelung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, sie ist bezüglich der möglichen Aufteilung des vollen vertragsärztlichen

		Versorgungsauftrages auf zwei Belegärzte jedoch auslegungsfähig. Darüber hinaus ist eine Ausnahmemöglichkeit zu fordern, die dafür Sorge tragen kann, die Sicherstellung der Versorgung auch mit zwei, anstatt den zumeist in der Anlage geforderten drei Ärzten (Belegärzten) in Einzelfällen sicherstellen zu können. Dies trägt dem Großteil der Praxis Rechnung, wonach oftmals nur zwei Belegärzte verfügbar sind, insbesondere im ländlichen Raum. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d ist somit wie folgt zu formulieren: <i>„in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; dabei kann sich ein voller Versorgungsauftrag auch aus mehreren anteiligen Versorgungsaufträgen zusammensetzen; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend; die Landesplanungsbehörden können zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung Ausnahmen vorsehen, und“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Teleradiologische oder telemedizinische Leistungen	Im derzeitigen Gesetzestext sind in der Anlage 1 zahlreiche Detailregelungen enthalten, die die teleradiologische Leistungserbringung sowohl innerhalb einzelner Leistungsgruppen als auch gerätebezogen unterschiedlich ausgestalten. Eine sachgerechte, aber einheitliche Regelung wäre wünschenswert. Zudem gewinnt die Telemedizin als ein unverzichtbares Instrument zentrale Bedeutung, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, Zugangsbarrieren abzubauen und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. „Telemedizin ermöglicht es, unter Einsatz von Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung z. B. Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinische Dienste anzubieten. Insbesondere im ländlichen Raum ist Telemedizin ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung.“

		(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin.html) Bislang ist der Einsatz von telemedizinischen Leistungen und Telekooperationen im Entwurf zum Gesetz nur unzureichend berücksichtigt und auf wenige Anwendungsfelder beschränkt. Die Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, bestimmte, aus Sicht der Krankenhausplanung notwendige Leistungen telemedizinisch anbieten zu können. Daher sollen die Planungsbehörden der Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen. Änderungsvorschlag Einfügen zweier neuer Sätze in Absatz 4 Satz 1 Nr. 4: <i>„Bei Vorliegen einer Genehmigung zur Teleradiologie gemäß StrlSchG §§ 12 und 13 können entsprechende Leistungen in teleradiologischer Form erbracht werden. Die Planungsbehörden der Länder können bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen.“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Kooperationsmöglichkeiten nach Nr. 7	In Nr. 7b SGB V ist aktuell geregelt, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Hier bedarf es einer engeren Einbindung der zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung, da nur diese die Sicherstellungserforderlichkeit bestätigen können. Änderungsvorschlag § 135e Absatz 4 Nr. 7b wird wie folgt gefasst:

		„dies aus Sicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“
§ 6a Satz 1 AsylbLG, § 25 Satz 1 SGB XII	Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus/ Reform der Nothelfer-Paragrafen	Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Die derzeitigen Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII führen im Krankenhaus zu stetig steigenden Erlösausfällen und bedürfen daher dringend einer Änderung: Änderungsvorschläge 1. § 6a Satz 1 AsylbLG und § 25 Satz 1 SGB XII werden wie folgt geändert und es wird jeweils ein neuer Satz 3 angefügt: § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die</i>

		Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet. § 6a AsylbLG: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.</i> 2. Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden. § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> § 6a AsylbLG:
--	--	--

		<i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> 3. Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Den Krankenhäusern müsste die Möglichkeit eingeräumt werden, zum Zwecke der Kostenerstattung von Krankenhausbehandlung auch bereits die Feststellung des Kostenanspruches zu betreiben. Nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird ein Satz 3 angefügt: <i>Der Anspruch auf Krankenbehandlung geht im Rahmen von Nothelferleistungen auf den Leistungserbringer über.</i>
§ 275a Abs. 7 S. 2 Nr. 1 SGB V	Dreimonatiger Vorhaltezeitraum bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	§ 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Krankenhäuser, wenn sie erstmalig oder erneut eine Leistung, die das Erfüllen bestimmter, in einem OPS-Kode definierter Strukturmerkmale voraussetzt, erbringen wollen, diese Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige des Krankenhauses vorzuhalten haben. Diese Regelung sorgt für Unklarheit, ob die in diesem Vorhaltezeitraum vom Krankenhaus erbrachten Leistungen auch zu vergüten sind. Zudem ist kein sachlicher Grund für das Erfordernis des Vorhaltezeitraumes erkennbar. Die in § 275a Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V enthaltene, vergleichbare Sonderregelung für den Fall der Erbringung einer erstmalig abrechnungsrelevanten Leistung sieht zwar auch eine Anzeige des Krankenhauses, aber keinen dreimonatigen Vorhaltezeitraum hinsichtlich der zu erfüllenden Strukturmerkmale vor.

		Änderungsvorschlag § 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst: <i>„Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die im Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und...“</i>
--	--	---

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf zu <u>Anlage 1 gem. § 135e SGB V</u>		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Nr. 15 (Artikel 1): Anlage 1 zu § 135e SGB V	Ergänzung der Anlage 1 um einen <i>Allgemeinen Teil</i>	Die Spaltenüberschriften der Anlage 1 geben die Struktur für die Qualitätskriterien vor (Verwandte LG, Sachliche Ausstattung, Personelle Ausstattung), wiederkehrende Formulierungen spezifizieren die Anforderungen je Leistungsgruppe. Im fachlichen Austausch zeigen sich sowohl zu den Spaltenüberschriften als auch zu wiederkehrenden Formulierungen sowie zu weiteren Inhalten deutliche Interpretationsunterschiede. Dies erschwert die sachgerechte Anwendung der Regelungen und führt zu Konflikten, die sich zwischen Leistungserbringern und Vertretern des MD bereits heute abzeichnen. Missverständliche Anforderungen sollten daher im Sinne einer konfliktfreien und bürokratiearmen Anwendung, wie auch im NRW-Krankenhausplan erfolgt, kurz und verbindlich erläutert werden. Dies trägt im Übrigen auch zu mehr Akzeptanz der Regelungen bei. Bei Bedarf wären dort zudem ergänzende Hinweise zu einfach beizubringenden Nachweisen für ein anerkanntes Prüfgeschehen vorstellbar. Der Leistungsgruppenausschuss (LGA) hat bereits mehrfach die Klärung bestimmter Formulierungen angeregt. Für diesen Zweck wird vorgeschlagen, der Anlage 1 einen <i>Allgemeinen Teil</i> voranzustellen. Änderungsvorschlag In Abs. 1 Satz 1 wird nach der Nr. 2d folgende neue Nr. 3 eingefügt: <i>„3. die Leistungsgruppen durch einen Allgemeinen Teil für ergänzende Erläuterungen zu erweitern“.</i> Die fortlaufende Nummerierung ist entsprechend anzupassen.
Nr. 15 (Artikel 1):	Definition für die Verfügbarkeit „jederzeit“ im Allgemeinen Teil	Für eine einheitliche Anwendung des Begriffes „jederzeit“ in der Anlage 1 zu § 135e SGB V ist eine Regelung erforderlich, die klarstellt, wie die Verfügbarkeit „jederzeit“ sichergestellt werden kann.

Anlage 1 zu § 135e SGB V		Änderungsvorschlag Aufnahme der folgenden Regelung in den Allgemeinen Teil, hilfsweise in § 135e SGB V. „Die Verfügbarkeit „jederzeit“ kann außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft oder durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt werden.“
LG 1	Allgemeine Innere Medizin	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollten einfache, für die LG typische medizinische Ausstattungen nicht gefordert werden. Da das Sonographiegerät zur Grundausstattung eines Krankenhauses mit allgemeiner Innerer Medizin gehört, ist es in den Anforderungen der „Sachlichen Ausstattung“ zu streichen. Ebenso ist eine präzise Benennung der bestehenden Anforderungen der „Sachlichen Ausstattung“ notwendig. Entsprechend ist die Erweiterung des Begriffs „Endoskopie“ um „Gastrointestinale“ erforderlich. Änderungsvorschlag In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ wird das Sonographiegerät gestrichen. Ebenfalls ist in dieser Spalte vor dem Begriff „Endoskopie“ das Wort „Gastrointestinale“ zu ergänzen.
LG 2	Komplexe Endokrinologie	Bei der Angabe „<i>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</i>“ in der Spalte <i>Standort</i> handelt es sich um einen Übertragungsfehler. Der LGA hatte sich bereits auf die unten vorgeschlagene Änderung verständigt. Die Vorhaltung der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin wird hier durch die geänderte Formulierung mit entsprechenden Strukturanforderungen in der LG 2 verknüpft. Änderungsvorschlag Der letzte Absatz unter Erbringung verwandter LG in der Spalte <i>Standort</i> ist hier zu streichen („<i>Sofern Kinder und Jugendliche ...</i>“).

		Dafür ist in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> am Ende folgender Satz zu ergänzen: <i>„Diese Alternative setzt die Vorhaltung der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin am Standort voraus.“</i> Hierdurch werden die Strukturanforderungen mit der Versorgung der Kinder verknüpft.
LG 4, 5, 6	Komplexe Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie	Der Facharzt aus dem Gebiet der Inneren Medizin ist in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> genannt. Um widersprüchliche Regelungen zu vermeiden, ist die Ergänzung des Facharztes in der Spalte <i>Qualifikation</i> ebenfalls erforderlich. Änderungsvorschlag In den drei LG ist in der Spalte Qualifikation jeweils der „FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin“ am Ende zu ergänzen.
LG 4	Komplexe Gastroenterologie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden; entsprechend ist die Sonographie zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist die Sonographie zu streichen.
LG 5	Komplexe Nephrologie	Die LG „Komplexe Nephrologie“ beinhaltet eine spezialisierte stationäre Versorgung von bisweilen schwer kranken, instabilen Patienten. Zudem werden teilweise auch Isolationsräume für Patienten mit kontagiösen Erkrankungen oder Eingriffsräume für interventionelle und operative Eingriffe benötigt. Die räumliche, sachliche und personelle Ausstattung entspricht dadurch bereits in weiten Teilen einer Intensivstation. Eine zusätzliche LG Intensivstation ist somit weder räumlich noch fachlich notwendig.

		Änderungsvorschlag: Streichung der LG Intensivmedizin in den Mindestvoraussetzungen der am Standort zu erbringenden verwandten LG
LG 7	Komplexe Rheumatologie	In den LG 4-6 (Komplexe Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie) sind ebenfalls FÄ aus dem Gebiet der Inneren Medizin als möglicher dritter FA in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> genannt. Dies sollte äquivalent auch für die Komplexe Rheumatologie gelten. Um die Spalten „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ der „Personellen Ausstattung“ kongruent zu gestalten, sind der FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin und der FA Orthopädie und Unfallchirurgie in der Spalte „Qualifikation“ aufzunehmen. Vor dem Hintergrund der begrenzten Verfügbarkeit notwendiger Fachärzte und der ohnehin langen Wartezeiten für die Versorgung der Patienten soll dieser Vorschlag einer stabileren qualifizierten Versorgung Rechnung tragen. Des Weiteren sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> der personellen Ausstattung ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie sein“.</i> In der Spalte <i>Qualifikation</i> der personellen Ausstattung sind der FA Orthopädie und Unfallchirurgie und der FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin zu ergänzen. In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist das Sonographiegerät zu streichen.

LG 8	Stammzelltransplantation	Die Anforderungen „<i>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</i>“ übersteigen in Teilen die Empfehlung „<i>Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten</i>“ des Robert Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:232–264; https:// doi.org/ 10.1007/ s00103- 020- 03265-x), die speziell auf Patientinnen und Patienten mit Stammzelltransplantation eingeht. Die bestehende LG-Anforderung ist insofern fachlich nicht geeignet. Gleichzeitig würden hierdurch vermeidbare Doppelvorgaben im Sinne der Entbürokratisierung aufgehoben werden. Änderungsvorschlag Streichung des Absatzes „<i>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</i>“ in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i>. Stattdessen ist in der Spalte „<i>Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen</i>“ auf die Richtlinie des RKI zu verweisen: „<i>Zur Unterbringung der Patienten/innen nach allogener Stammzelltransplantation gelten die diesbezüglichen „Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ des Robert Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:232–264; S. 242) in seiner jeweils aktuellen Fassung.</i>“
LG 9	Leukämie und Lymphome	Die Fallzahlen in einer LG Stammzelltransplantation liegen deutlich unter denen einer LG Leukämie und Lymphome (InEK-Browser für 2024: OPS 8-863.0 Allogene Stammzelltherapie 144 Fälle, ICD-10-GM Chronische lymphatische Leukämie B-Zell-Typ = häufigste Leukämie-Form bei Erwachsenen, ohne komplette Remission 6.104 Fälle). Stammzelltransplantationen werden nur an wenigen, in aller Regel sehr großen Krankenhäusern angeboten. Die Voraussetzung einer LG Stammzelltherapie, auch in Kooperation, würde die Erbringung einer LG Leukämie und Lymphome erheblich erschweren.

		Änderungsvorschlag: Streichung der LG Stammzelltransplantation als Mindestvoraussetzung in den in Kooperation zu erbringenden verwandten LG.
LG 14	Allgemeine Chirurgie	Zahlreiche Hinweise deuten darauf hin, dass sich im Bereich der Allgemeinen Chirurgie spezialisierte chirurgische Abteilungen mit erheblichen Problemen konfrontiert sehen. Diesen Abteilungen muss es ermöglicht werden, diejenigen Fachärzte einstellen zu können, die sie für die Versorgung ihrer Patienten benötigen. Der an dieser Stelle im Leistungsgruppenkatalog einmalig vorgesehene Ersatz eines Facharztes für Allgemeinchirurgie durch zwei andere Fachärzte (ein FA für Viszeralchirurgie und ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie) trägt der Spezialisierung nicht Rechnung. Es ist daher erforderlich, Voraussetzungen zu schaffen, die es sowohl allgemeinchirurgisch ausgerichteten Abteilungen als auch chirurgisch spezialisierten Abteilungen ermöglichen, ihre Leistungen mit den notwendigen Fachärzten sicherzustellen. Des Weiteren soll einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> ist unter der personellen Ausstattung folgende Änderung vorzunehmen: Hinter den Wörtern „1 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie“ ist das Wort „und“ durch ein „oder“ zu ersetzen. In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist das Sonographiegerät zu streichen.
LG 15	Kinder- und Jugendchirurgie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden; entsprechend ist die Sonographie zu streichen.

		Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> ist die Sonographie zu streichen.
LG 19	Carotis operativ/interventionell	Zu den Handlungskompetenzen des FA Radiologie gehören laut Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer „<i>Indikation, Durchführung und Befunderstellung von interventionellen/endovaskulären, minimal-invasiven radiologischen Verfahren einschließlich vaskulärer Interventionen</i>“. Bei den Mindestvoraussetzungen ist daher in der Spalte <i>Qualifikation</i> der FA Radiologie zu ergänzen. Änderungsvorschlag Ergänzung des FA Radiologie in der Spalte <i>Qualifikation</i> bei den <i>Mindestvoraussetzungen</i>.
LG 20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Eingriffe an den Nierenarterien machen nur einen Bruchteil der in der LG adressierten Verfahren aus. Eine Vorhaltung der LG Komplexe Nephrologie ist daher aus fachlicher Sicht nicht erforderlich. Änderungsvorschlag In den Spalten der Verwandte LG ist die LG Komplexe Nephrologie sowohl bei den <i>Mindestvoraussetzungen</i> als auch dem <i>Auswahlkriterium</i> zu streichen.
LG 27	Spezielle Traumatologie	Die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ sollte vorerst ausgesetzt werden, bis die konzeptionellen Anforderungen überarbeitet sind. Beispielsweise besteht unverkennbar ein enger Zusammenhang zwischen Notfallmedizin und spezieller Traumatologie, jedoch ist die Bezugnahme auf § 16 Abs. 1 Nr. 2 (NotfallSt-R) mit der kontinuierlichen Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention im vorliegenden Kontext nicht schlüssig. Die spezielle Traumatologie orientiert sich vielmehr an den Verletzungsarten-Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherungen sowie an den Vorgaben des Weißbuchs zur Versorgung Schwerverletzter. Daher ist eine Überprüfung der Ausrichtung dieser Leistungsgruppe erforderlich. Die derzeitigen Anforderungen an Sachliche

		Ausstattung, Strukturen und Prozessvoraussetzungen sind teils divergierend, teils redundant und verweisen an mehreren Stellen auf Strukturempfehlungen anderer Fachgesellschaften. Änderungsvorschlag Die LG Spezielle Traumatologie wird zunächst ausgesetzt.
LG 29	Thoraxchirurgie	Unter den <i>Auswahlkriterien</i> sind verwandte LG in der Spalte <i>Kooperation</i> aufgeführt, die keine medizinische Nähe zur Thoraxchirurgie aufweisen (z. B. Endoprothetik Knie und Hüfte, Bariatrische Chirurgie, Tiefe Rektumeingriffe). Auch vor dem Hintergrund aufwendiger Nachweise sollte auf solche LG verzichtet werden. Änderungsvorschlag Hinter der LG Komplexe periphere arterielle Gefäße in der Spalte <i>Kooperation</i> in den <i>Auswahlkriterien</i> sind alle weiteren Ausführungen zu streichen.
LG 35	Augenheilkunde	Die Notwendigkeit einer allgemeinchirurgischen Mitbehandlung besteht bei Augenerkrankungen in aller Regel nicht. Des Weiteren sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag Verschieben der LG Allgemeine Chirurgie aus den Verwandten LG, Spalte <i>Kooperation</i> unter den <i>Mindestvoraussetzungen</i> an die gleiche Stelle unter den <i>Auswahlkriterien</i>. In der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> ist das Sonographiegerät zu streichen.
LG 36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Für Krankheitsbilder der Dermatologie und Venerologie ist die Vorhaltung der LG Intensivmedizin am Standort aus fachlicher Sicht nicht erforderlich, da Aufenthalte auf der Intensivstation hier in aller Regel im Voraus abschätzbar sind und intensivpflichtige Notfälle das Krankenhaus über andere

		Zugangswege erreichen. Die LG Intensivmedizin sollte daher in die Spalte <i>Kooperation</i> verschoben werden. Änderungsvorschlag Verschiebung der LG Intensivmedizin aus den Verwandten LG am <i>Standort</i> in die Spalte <i>Kooperation</i>.
LG 37	MKG	Die geforderte LG Intensivmedizin am <i>Standort</i> erscheint fachlich nicht sachgerecht, da hier Aufenthalte auf der Intensivstation in aller Regel im Voraus abschätzbar sind und intensivpflichtige Notfälle das Krankenhaus über andere Zugangswege erreichen. In der Spalte <i>Kooperation</i> wäre die LG Intensivmedizin für die Versorgung der Patienten ausreichend. Ein medizinischer Zusammenhang zwischen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und der Endoprothetik bzw. Revision von Knie- und Hüftgelenk ist nicht herstellbar. Die Auflistung der 4 genannten Leistungsgruppen ist daher ersatzlos zu streichen. Änderungsvorschlag Die LG Intensivmedizin ist in die Spalte <i>Kooperation</i> zu überführen. In der Spalte <i>Verwandte Leistungsgruppe, Standort</i> ist in der Zeile <i>Auswahlkriterium</i> der gesamte Text nach der LG Neurochirurgie zu streichen.
LG 42, 43	Geburten, Perinataler Schwerpunkt	Die LG bedürfen einer umfassenden Prüfung und Anpassung. In LG 42 (Geburten) werden lediglich die Mütter abgebildet. Siehe hierzu auch entsprechende Hinweise des InEK. In der LG 43 (Perinataler Schwerpunkt) werden neben den der G-BA-RL entsprechenden Neugeborenen der Versorgungsstufe „Perinataler Schwerpunkt“ auch die gesunden Neugeborenen der Versorgungsstufe „Geburtsklinik“ nach G-BA-RL abgebildet. Für „Geburtskliniken“ gelten andere Strukturvorgaben als für Kliniken mit „Perinatalem Schwerpunkt“ gemäß den 4 Versorgungsstufen der G-BA-Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. Demnach müssten zukünftig auch „Geburtskliniken“ der Versorgungsstufe IV nach

		G-BA-RL (QFR-RL) die höheren Anforderungen der Versorgungsstufe III nach QFR-RL „Perinataler Schwerpunkt“ erfüllen. Hier ist eine Anpassung erforderlich.
LG 43-45	Perinataler Schwerpunkt, Perinatalzentrum Level 1, Perinatalzentrum Level 2	Es ist zu beachten, dass ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe mit der LG 44 – Perinatalzentrum Level 1 gleichermaßen Fälle behandelt, die anhand der Falldaten einer niedrigeren Versorgungsstufe entsprechend den Leistungsgruppen Perinatalzentrum Level 2/ Perinataler Schwerpunkt zugeordnet werden. Hier ist eine Anpassung erforderlich. Es ist eine Regelung zu schaffen, die Krankenhäusern mit einer LG, die einer höheren Versorgungsstufe entspricht, die Befugnis einräumt, Patienten zu versorgen, deren Behandlungsbedarf den Anforderungen einer LG einer niedrigeren Versorgungsstufe entspricht.
LG 48, 49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltrans- plantation/ Leukämie und Lymphome	In den beiden Leistungsgruppen wird „<i>Telemedizinische Behandlung</i>“ als Auswahlkriterium benannt. Dies sind die einzigen Stellen der Anlage 1, in denen die Telemedizin als Option explizit erwähnt wird. Eine telemedizinische (Mit-)Behandlung (die je nach individuellem Patientenfall Anamnese, Diagnostik und Therapie umfassen kann) stellt jedoch grundsätzlich eine Möglichkeit der effizienten und schonenden Patientenversorgung dar. Sie sollte daher sowohl am Standort als auch im Rahmen von Kooperationen für andere LG jederzeit möglich sein, sofern nicht medizinische Gründe dagegensprechen. Entsprechende Vorgaben könnten beispielsweise auch in dem ebenfalls vorgeschlagenen „Allgemeinen Teil“ aufgegriffen werden. Hier ist eine Anpassung erforderlich. Änderungsvorschlag Siehe Anlage 1 der DKG-Stellungnahme zum RefE KHAG
LG 50	HNO	In aller Regel besteht bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem HNO-Bereich keine Notwendigkeit einer unmittelbaren allgemeinchirurgischen oder allgemeininternistischen Mitbehandlung. Die (mögliche) Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung ist

		regelmäßig voraussehbar. Intensivpflichtige Notfälle gelangen über andere Wege in das Krankenhaus. Die LG Allgemeine Chirurgie, LG Allgemeine Innere Medizin und LG Intensivmedizin können daher auch in <i>Kooperation</i> erbracht werden. Änderungsvorschlag Die LG Allgemeine Chirurgie, LG Allgemeine Innere Medizin und die LG Intensivmedizin sind aus der Spalte Verwandte LG, <i>Standort</i> in die Spalte <i>Kooperation</i> zu überführen.
LG 52	Neurochirurgie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollten einfache, für die LG typische medizinische Ausstattungen nicht gefordert werden. Dem Beispiel des LGA folgend, können die Evozierten Potentiale analog zu EKG und Sonografie gleichermaßen gestrichen werden, ohne Gefahr zu laufen, die Patientenversorgung zu verschlechtern. Änderungsvorschlag Streichung der Evozierten Potentiale aus der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i>.
LG 53	Allgemeine Neurologie	Spezialisierte Kliniken, die sich auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen fokussieren, benötigen nicht immer ein CT/ MRT (z. B. Parkinsonfachkliniken). Die Möglichkeit der Kooperation sollte daher für sie eröffnet werden, um Strukturvorgaben zu vermeiden, die nicht notwendig sind. Zudem hatte der LGA empfohlen, das EEG, EMG und ENG zu streichen, da es sich um einfache Grundleistungen handelt. Dieser Empfehlung sollte gefolgt werden. Änderungsvorschlag CT und MRT sind in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> um die Worte „für Fachkrankenhäuser mindestens in Kooperation“ zu ergänzen. Des Weiteren sind die Leistungen EEG, EMG und ENG zu streichen.
LG 54	Stroke unit	Ursachen des Schlaganfalls sind vielfach im Fachgebiet der Inneren Medizin zu suchen. Erforderlich sind in der Regel diagnostische und therapeutische Maßnahmen, für die keine allgemein-

		internistische Station vor Ort notwendig ist. Eine Kooperation mit der LG 1 wäre daher ausreichend. Die LG 1 ist aus der Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Standort</i> in die Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Kooperation</i> zu verschieben. Änderungsvorschlag Die LG Allgemeine Innere Medizin ist von der Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Standort</i> in die Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Kooperation</i> zu verschieben.
LG 57	Palliativmedizin	Unter der Personellen Ausstattung sind in der Spalte <i>Qualifikation</i> zusätzlich die FA aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß MWBO zu ergänzen, da diese die ZW Klinische Palliativmedizin erwerben können. Da nur zwei FA mit ZW Palliativmedizin verfügbar sein müssen, kann der dritte FA aus der oben genannten Gruppe von FA gewählt werden. Änderungsvorschlag In der Spalte Qualifikation (Mindestvoraussetzung) ist „FA aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ zu ergänzen.
LG 58-63	Transplantationen	In allen LG sind die aufgeführten und nachzuweisenden Transplantationsbeauftragten und die interdisziplinären Transplantkonferenzen in der Spalte <i>Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen</i> im Sinne des Bürokratieabbaus zu streichen, da sie bereits für die Krankenhäuser umfassend im § 9a Transplantationsgesetz (TPG) bzw. in den Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG der BÄK geregelt sind. Doppelvorschriften zu gleichen Sachverhalten sind auch hier zu vermeiden. Änderungsvorschlag Streichung der Transplantationsbeauftragten und der Interdisziplinären Transplantkonferenzen in den LG.

LG 62	Nierentransplantation	Eine gleichzeitige Versorgung der Patienten durch Urologen und Viszeralchirurgen ist in der Versorgungspraxis unüblich. Vielmehr wird die Versorgung entweder durch Viszeralchirurgen oder durch Urologen geführt. Insofern werden auch nur 6 FA benötigt, entweder drei Urologen und drei FA Innere Medizin und Nephrologie, oder 3 Viszeralchirurgen und 3 FA Innere Medizin und Nephrologie. Änderungsvorschlag Die Angaben in der Spalte Personelle Ausstattung, <i>Verfügbarkeit</i> sind zu ersetzen durch: <i>„Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</i> <i>Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie oder drei FA Urologie sowie jeweils drei FA Innere Medizin und Nephrologie</i> <i>Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin“</i>
LG 64	Intensivmedizin	In den Zeilen <i>Qualitätsanforderungen komplex und hochkomplex</i>, Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> wird die Verfügbarkeit bestimmter diagnostischer Verfahren an ein fixes Zeitintervall von <i>„täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr“</i> geknüpft. Dies gilt für die Flexible Bronchoskopie, Ultraschallverfahren und die TEE. Der LGA hatte sich bereits für die LG 1 Allgemeine Innere Medizin darauf verständigt, eine solche Zeitangabe auf die Worte <i>„täglich acht Stunden“</i> zu begrenzen. Fixe Zeitintervalle schränken Krankenhäuser in ihrer Verantwortung und Flexibilität unnötig ein. Eine Angleichung an die Formulierung in der LG 1 erscheint somit sachgerecht. Ansonsten würde die Frage aufgeworfen werden, warum für den gleichen Sachverhalt unterschiedliche Vorgaben in der Anlage 1 stehen. Änderungsvorschlag Änderung der Vorgaben <i>„täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18.00 Uhr“</i> in den Zeilen <i>Qualitätsanforderungen komplex und hochkomplex</i> in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> in <i>„täglich acht Stunden“</i>.