

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Datum: 20. August 2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Generelle Anmerkungen			
Der Reformbedarf für die Krankenhausversorgung in Deutschland ist unbestritten. Die Ziele der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform sind angesichts des demografischen Wandels und seiner absehbaren Folgen eindeutig: strukturelle Anpassungen, die zu Leistungskonzentrationen, Qualitätssteigerung und bedarfsgerechter Versorgung führen.			
Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) soll das KHVVG praxisgerecht fortentwickelt werden – mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Hierzu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.			
Die Universitätsklinika sehen in dem vorliegenden Entwurf des KHAG keine zielführende Anpassung der Krankenhausreform, sondern befürchten stattdessen eine Abkehr von deren Zielen – zu Lasten der Qualität, der dringend benötigten Strukturanpassung und mit absehbar negativen Folgen für die Finanzierbarkeit.			
Ein wesentlicher Grund hierfür ist die beabsichtigte Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten: Kliniken sollen Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben nach freiem Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Damit droht eine erhebliche Gefährdung der Ziele der Krankenhausreform: Der Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten.			

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Ein umfassender und zeitlich gestreckter Ermessensspielraum für die Länder bewahrt nicht nur den Flickenteppich bei der Krankenhausplanung, sondern birgt auch die erhebliche Gefahr, dass trotz anerkannter Überkapazitäten und der Folgen des demografischen Wandels die dringend notwendige Konzentration und die gewollte Verbesserung der Qualität – zu Lasten der Patienten¹ – verhindert werden. Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden auch die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird. Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen. Im Vergleich zu der geplanten Ausweitung von Ausnahmen sind die aktuell geltenden Ausnahmeregelungen als ausreichend und zweckmäßig einzustufen. Sie ermöglichen durch die Vorgaben zur Erreichbarkeit eines anderen Krankenhauses und durch die einmalige Befristung von drei Jahren eine bundesweit einheitliche Anwendung von Ausnahmen. Ziel muss sein, dass Krankenhäuser innerhalb dieses Zeitraums die erforderliche Strukturqualität durch entsprechende Maßnahmen schrittweise erreichen. Der Referentenentwurf sieht auch Änderungen beim Krankenhaustransformationsfonds vor. Die Finanzierung des Bundesanteils aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Allerdings können die Universitätsklinika nicht nachvollziehen, warum der Gesetzentwurf ihren Zugang zum Transformationsfonds nicht erweitert. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sieht ausdrücklich vor, dass Universitätsklinika zukünftig angemessen beim Transformationsfonds berücksichtigt werden sollen. Nach derzeitigem Stand sind Universitätsklinika nur bei Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen anspruchsberechtigt. Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind jedoch insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Für einen zielgerichteten Transformationsprozess im Sinne der Krankenhausreform muss das Krankenhausfinanzierungsrecht insbesondere diese Fördertatbestände auch für Universitätsklinika zugänglich machen. Die Trägerschaft eines Krankenhauses allein darf nicht über die Partizipation am Transformationsfonds und damit auch über eine erfolgreiche Weiterentwicklung von stationären Versorgungsstrukturen entscheiden. Auch hatten die Bundesländer im Rahmen der Verabschiedung der zugehörigen Verordnung im März 2025 deutlich gemacht, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz so anzupassen ist, dass die Universitätsklinika auch für die weiteren Förderzwecke anspruchsberechtigt werden. Mit dem KHAG muss dies nun rechtssicher umgesetzt werden.			

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Schreibweisen verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich im Sinne der Gleichbehandlung auf alle Geschlechter.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Dem Referentenentwurf zufolge soll auch die Einführung der Vorhaltevergütung sowie die damit zusammenhängenden Fristen verschoben werden. Dies kann im Sinne einer guten Vorbereitung und Umsetzung der einzelnen Bausteine der Krankenhausreform sinnvoll sein. Allerdings bedeutet diese Verschiebung auch eine Verzögerung für die Umsetzung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Finanzierung der speziellen Vorhaltung bei den Universitätsklinika um ein Jahr. Begründet wird dies mit der verspäteten Anwendung der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2028, die wiederum nach § 38 KHG als Bemessungsgrundlage der Zuschläge dient. Diese Verschiebung ist inhaltlich und auch sachlich nicht nachvollziehbar. Um die positiven Effekte der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zeitnah in die Anwendung zu bringen und zu nutzen, ist es dringend geboten, die Umsetzung dieses Teils der Krankenhausreform ab dem Jahr 2027 sicherzustellen – insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Mit der gesetzlich verankerten Koordinierungsrolle können zukünftig umfassend regionale Patientenpfade implementiert werden, wovon die Patienten unmittelbar profitieren werden. Gleichzeitig können so die vorhandenen regionalen Versorgungskapazitäten bestmöglich und entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf genutzt werden. Deshalb muss der Gesetzentwurf die Umsetzung ab dem Jahr 2027 ermöglichen und entsprechend angepasst werden. Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höheren Versorgungsstufen enthalten. Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings benachteiligt die Regelung aufgrund der „2-km-Regelung“ Großkrankenhäuser, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt die Krankenversorgung aufteilen müssen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. So sollte bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder wenn landeshochschulrechtliche Vorschriften dies vorsehen, von einem Standort ausgegangen werden. Das KHAG bietet keine Antwort auf die überbordende Bürokratie, der die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Bereits in der Vergangenheit wurden vielfältige und kleinteilige Regulierungsansätze implementiert, mit denen teilweise ähnlich gelagerte Sachverhalte adressiert werden (siehe PpUG, PPR 2.0 und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Mit Einführung der Leistungsgruppen und ihren zugehörigen Qualitätsanforderungen werden derartige Parallelstrukturen der Qualitätsregulierung und Nachweisführung weiter verstärkt. Hier müssen dringend neue Wege gefunden werden.			

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	-
2	§ 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	Änderungsbedarfe zu § 135d Abs. 3 S.1 Nr. 3 - „personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang“ <u>Sachverhalt:</u> Im Medizinforschungsgesetz wurde in § 21 KHEntgG festgelegt, dass zusätzlich zu den bereits vorhandenen Festlegungen auch die Anzahl des beschäftigten ärztlichen Personals pro Leistungsgruppe zu erfassen und im Rahmen der § 21-Datenlieferung an das InEK zu übermitteln ist. Der entsprechenden Begründung ist zu entnehmen: <i>„Die Daten zum ärztlichen Personal sind zukünftig von den Krankenhäusern auch gegliedert nach den maßgeblichen Leistungsgruppen zu übermitteln. Dies ist erforderlich, da durch die vorgesehene Krankenhausreform unter anderem Mindestvoraussetzungen zur Vorhaltung von ärztlichem Personal je Leistungsgruppe nach Anlage 1 [...] getroffen werden. Die daraus gewonnen Informationen können folglich vom Medizinischen Dienst für die Prüfung der maßgeblichen Voraussetzungen genutzt werden. Zudem sollen die Informationen perspektivisch auch für das Transparenzverzeichnis [...] genutzt werden.“</i> <u>Bewertung:</u> 1. Zur Aussagekraft: Inhaltlich ist unklar, was der Parameter „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ aussagen soll. Dies soll durch das nachfolgende Beispiel verdeutlicht werden:

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>LG 58 – Darmtransplantation:</u> Nach unserer Berechnung gibt es 2024 in der <u>LG Darmtransplantation in Deutschland</u> nur 1 Darmtransplantation. Es ist allerdings davon auszugehen, dass mindestens 20 Uniklinika diese LG beantragen werden. In 19 Uniklinika lautet dann der Quotient „Anzahl Fachärzte pro LG“: mind. 3 Fachärzte bei 0 Fällen pro Jahr in der LG Darmtransplantation. In 1 Uniklinikum ergibt dieser Parameter in der LG Darmtransplantation: 3 Fachärzte bei 1 Fall pro Jahr. 2. Zur Doppelerhebung: Der Medizinische Dienst (MD) hat in der LOPS-Richtlinie zur Überprüfung des Parameters „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ eigene Dokumentationsvorgaben festgelegt (vgl. Anlage 2 der LOPS-Richtlinie). Da die InEK-Vorgaben sich von den MD-Vorgaben unterscheiden, führen sie zwangsläufig zu unterschiedlichen Ergebnissen innerhalb desselben Hauses. Für die Krankenhäuser bedeutet bereits jetzt die parallele Erstellung zudem einen erheblichen Mehraufwand, da sie für einen gesetzlich vorgesehenen Parameter „Arztzahl pro Leistungsgruppe“ nun zwei völlig unterschiedliche Dokumentationssysteme, Berechnungsgrundlagen und Systematiken anwenden müssen. Derzeit werden zwar teure IT-Lösungen entwickelt, die eigene Grundannahmen treffen, um die Ärzte den Leistungsgruppen – rein hypothetisch (z.B. auf der Grundlage der InEK-Kalkulationsdaten) – zuzuordnen. Doch es ist fraglich, wie realitätsnah die damit produzierten Ergebnisse tatsächlich sein können. Aufgrund der hohen Sanktionszahlungen bei Nicht-Lieferung der §21-Daten werden die Krankenhäuser gezwungen sein, die kostenintensive IT-Software zu beschaffen, um nachweisen zu können, die Daten irgendwie erstellt und abgegeben zu haben. 3. Fachabteilungen mit diversen Leistungsgruppen: Da die Ärzte einer Fachabteilung über mehrere Leistungsgruppen verteilt sein können,

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			gibt es innerhalb einer Fachabteilung bzw. auf einer Station sehr unterschiedliche Quotienten „Arzt pro Leistungsgruppe“, deren Interpretations- und Aussagekraft für die Öffentlichkeit damit völlig im Unklaren bleibt. Das folgende Beispiel für eine Fachabteilung Viszeralchirurgie soll dies verdeutlichen: <i>Fachabteilung Viszeralchirurgie mit den LG 14 – Allgemeine Chirurgie, LG 30 – Bariatrische Chirurgie, LG 31 - Lebereingriffe, LG 32 – Ösophaguseingriffe und LG 33 Pankreaseingriffe</i> <i>In dieser Fachabteilung könnte der Parameter „Arzt pro LG“ in der</i> • LG 14 bei 5 Fachärzten für 1000 Fälle pro Jahr liegen, • LG 30 bei 3 Fachärzten für 90 Fälle pro Jahr, • LG 33 bei 3 Fachärzten für 50 Fälle pro Jahr. <u>Gesamtfazit:</u> Der Medizinische Dienst wird die Ergebnisse der §21-Daten im Rahmen der LG-Prüfung nicht nutzen. Der Medizinische Dienst hat in der LOPS-Richtlinie mit der Anlage 2 ein eigenes Dokumentationsformat für diesen Parameter festgelegt: Name des Facharztes, Geburtsdatum, Qualifikation und Facharzturkunde pro Leistungsgruppe. Diese Daten werden nach § 11 der LOPS-RL auch an das Land übermittelt. Da die über die LOPS-Richtlinie übermittelten Daten über die § 21-Daten hinausgehen, sind die § 21-Daten für den MD unnötig und die seinerzeitige Annahme des Gesetzgebers im Medizinforschungsgesetz hinfällig. Zudem ist unklar, was der Parameter „Arzt pro Leistungsgruppe“ für die Öffentlichkeit aussagen soll (vgl. obige Nr. 1 und Nr. 3). Sinnvoll ist allerdings, wie bereits vorgesehen, die Darstellung des Quotienten „Anzahl der Fälle pro Arzt- bzw. Facharzt innerhalb einer Fachabteilung“ (z.B. Viszeralchirurgie: Fälle pro VK Arzt: 93 Fälle, Fälle pro VK Facharzt: 159 Fälle). Dieser Quotient ist seit Jahren in vergleichbarer Form im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser verfügbar.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Berechnung des Parameters „Arzt pro Leistungsgruppe“ geht mit erheblichen Ressourcen und IT-Aufwänden einher, ohne dass die im Medizinforschungsgesetz beschriebenen Zielsetzungen damit erreicht würden. Zudem hat der Medizinische Dienst in der LOPS-Richtlinie ohnehin eine eigene Dokumentation zur Überprüfung dieses Parameter vorgesehen. <u>Lösungsvorschlag:</u> In § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe f KHEntgG Streichung der Wörter „nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch“, der durch das Medizinforschungsgesetz eingefügt wurde.
3	§ 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) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	<u>Sachverhalt:</u> Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare wöchentliche Stundenanzahl wird abgesenkt. <u>Bewertung:</u> Mit der Reduktion der Wochenstunden von 40 auf 38,5 Stunden für ein Vollzeitäquivalent (Facharzt) wird der Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag Rechnung getragen. Zusätzlicher Klarstellungsbedarf bei § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 7b und 7c - <i>„Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,</i> 1. 2. ... 7. [...] erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei a) ...

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			b) <i>mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss</i> c) <i>Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, [...], berücksichtigt werden können; ...</i> d) ...“ <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 7b:</u> Dem Wortlaut nach heißt das, dass für jede Leistungsgruppe mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaftsdienst eingeteilt sein muss. Dabei gibt es allerdings Leistungsgruppen, die sehr wenige Fälle (auch über alle Krankenhäuser in Deutschland hinweg) aufweisen (LG Herztransplantation, LG Darmtransplantation, etc.). Das bedeutet, dass wenn 55 Leistungsgruppen beantragt wurden, 55 Fachärzte (mit der entsprechenden Qualifikation, die in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppe genannt ist) Rufbereitschaft haben. <u>Bewertung:</u> Bei wörtlicher Auslegung des Gesetzes würde dies einen enormen und unwirtschaftlichen Personaleinsatz bedeuten. <u>Lösungsvorschlag:</u> 7b) „<u>mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen</u>“. <u>Begründung:</u> Diese Ergänzung würde klarstellen, dass ein Facharzt mit der entsprechenden Qualifikation parallel Rufbereitschaft für mehrere Leistungsgruppen übernehmen könnte. Sollte die Arbeitsbelastung im

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Rufbereitschaftsdienst für die mehreren Leistungsgruppen zu groß werden, sehen bereits jetzt die Tarifverträge die Anordnung von einem „höheren“ Dienst vor. Das heißt: Sollte durchschnittlich im Rufdienst eine Arbeitsbelastung von über 25% anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze im Bereitschaftsdienst muss stattdessen ein Schichtdienst angeordnet werden. <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 7c:</u> Es bleibt dem Gesetzestext nach unklar, ob diese Regelung „ein Facharzt für bis zu 3 Leistungsgruppen“ auch außerhalb der regulären Dienstzeiten (d.h. in Rufbereitschaft) gilt. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Um Rechtssicherheit zu haben, ist eine gesetzliche Klarstellung hilfreich, dass die Begrenzung auf bis zu 3 Leistungsgruppen nur für den regulären Dienst gilt.
4		– 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 – Folgeanpassung Fristen	-
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	-
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Vgl. hierzu Stellungnahme zu § 40 KHG

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	-
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	-
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	§275a Abs. 1. Satz 8 <u>Sachverhalt:</u> Es erfolgt die durchgängige Streichung des Verweises auf Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium in der Anlage 1. <u>Bewertung:</u> Der Wegfall der Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Medizinischen Dienst (MD) in Anlage 1, erscheint im Sinne des Bürokratieabbaus und der Reduktion von Mehrfachnennung konsequent und folgerichtig, wenn die Jahresmeldung zur Einhaltung der PpUGV ohnehin an anderer Stelle geprüft und eine Nichteinhaltung sanktioniert wird. In der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 137i Absatz 4 SGB V ist festgelegt, dass die Jahresmeldung zum jährlichen Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigt und an das InEK weitergeleitet werden muss. Zudem folgt die Logik der in Anlage 1 festgelegten Leistungsgruppen nicht der Struktur der pflegesensitiven Bereiche. Eine zusätzliche Nachweisführung würde nicht nur zu einer Mehrfachdokumentation, sondern zusätzlich auch noch zu einer erforderlichen Umstrukturierung der Daten führen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 2 und 3 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In Absatz 2 werden die beauftragenden Stellen für Prüfungen der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen und die Prüfverfahren normiert. Allein die beauftragende Stelle (entweder Landesbehörde oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) erhält das Gutachten des MD, um ggf. auf erforderliche Korrekturen hinzuweisen. Das Krankenhaus erhält das Ergebnis der Prüfung nach Abschluss dieses Verfahrens zeitgleich mit den beauftragenden Stellen und dem IQTIG. Zukünftige Folgeprüfungen sind von den beauftragenden Stellen rechtzeitig vor Fristablauf beim MD zu beauftragen. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Das MD-Gutachten ist nicht nur allein der beauftragenden Stelle zuzusenden, sondern ist gleichzeitig dem Krankenhaus zu übermitteln, um den MD umgehend auf falsche Darstellungen oder Unstimmigkeiten im MD-Gutachten hinzuweisen und um Korrektur zu bitten. Zudem sind Anforderungen in den G-BA-Richtlinien, in den StrOPS und in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht eindeutig formuliert bzw. unklar, weshalb es essenziell ist, dass die Auslegung dieser sowie die entsprechende Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderung in einem gemeinsamen Verfahren erfolgt. Sollte das Ergebnis der MD-Prüfung dem Krankenhaus erst nach Verfahrensabschluss zur Verfügung gestellt werden, besteht keine Möglichkeit für das Krankenhaus, Unklarheiten oder fälschliche Darstellungen auszuräumen, sodass nur der Klageweg verbleibt. Dies wird aber absehbar die zuständigen Gerichte überlasten. Die beauftragenden Stellen sind gesetzlich zu verpflichten, zeitig und rechtzeitig (ggf. mit Zeitpuffer für Rückfragen, für Klärungen etc.) vor Ablauf des Gültigkeitszeitraums des Gutachtens den MD zu beauftragen. Es dürfen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			keine zeitlichen Lücken zwischen den Gutachten für die Leistungsgruppe/n entstehen, da andernfalls finanzielle Nachteile für Krankenhäuser drohen. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a i.V.m. § 283 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In § 275a i.V.m. § 283 SGB V ist gesetzlich klarzustellen, dass die Qualitätskontrollen von G-BA-Richtlinien und die Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen besser aufeinander abgestimmt werden müssen und gegenseitig anzuerkennen sind: Das heißt, dass die LG 18 (Bauchaortenaneurysma) als Qualitätskriterium die Erfüllung der G-BA-Bauchaortenaneurysma-Richtlinie enthält (analog bei LG 22 – Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche mit der G-BA-Kinderherzchirurgie bzw. LG 27 – Spezielle Traumatologie, LG 43 – 45 und LG 49). <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> In der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird nun vorgesehen, dass nur eine Stichprobe statt aller Krankenhäuser geprüft werden sollen. Im Gegensatz dazu sieht § 10 Abs. 3 der LOPS-Richtlinie vor, dass im Rahmen der Leistungsgruppenprüfungen diese erneute Qualitätskontrolle nur dann <u>nicht</u> durchgeführt wird, wenn der Abschluss der Prüfung der Qualitätskontrolle nicht länger als 36 Monate zurückliegt. Andernfalls wird im Rahmen der Leistungsgruppen-Prüfung erneut eine Qualitätskontrolle der G-BA-Richtlinien durchgeführt. Hier ist eine gesetzliche Vorgabe zur Beauftragung des G-BA erforderlich, in seiner MD-Qualitätskontroll-Richtlinie diese Krankenhäuser aus der Stichprobe zu nehmen, damit sie nicht erneut geprüft werden und die Ergebnisse i.R.d. Leistungsgruppen-Prüfung anerkannt werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 6 und 7 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Die hier formulierten Regelungsinhalte umfassen die übergangsweisen Ausnahmeregelungen zur Abrechnung erbrachter Leistungen erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes sowie der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung von OPS-Kodes ab deren Anzeige des Leistungserbringers beim MD bis zum Vorliegen eines MD-Gutachtens über die Erfüllung der jeweils geforderten Strukturmerkmale. Insbesondere hinsichtlich einer erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung wird in § 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 gefordert, dass zum Zeitpunkt der Anzeige des Leistungserbringers die festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen muss. <u>Bewertung:</u> Der Wortlaut des § 275a Abs. 7 Satz 1 ebenso wie Satz 2 stellt hierbei jeweils nur darauf ab, dass man Leistungen ab dem Zeitpunkt der Anzeige abrechnen darf, unabhängig davon, wann sie erbracht worden sind. Folgerichtig müssen also auch die während der drei dieser Anzeige vorangehenden Kalendermonate erbrachten Leistungen spätestens ab dem Zeitpunkt der Anzeige abrechenbar sein. Sowohl eine reine Vorhaltung der oft auch mit personellen Vorgaben einhergehenden Strukturvoraussetzungen ohne tatsächliche Leistungserbringung als auch ein Ausschluss der Abrechnungsbefugnis der in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen, ergeben sich weder aus dem Wortlaut der Regelungen in § 275a Abs. 6 und 7 noch sind diese mit einem wirtschaftlichen Handeln der Leistungserbringer vereinbar.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Problematisch hierbei ist, dass der MD den gemäß § 275a Abs. 6 in seinem Gutachten anzugebendem Zeitraum in welchem dieser die geforderten Strukturmerkmale als erfüllt erachtet, nicht ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Leistungserbringung angibt, wenngleich dieser insbesondere bei erstmalig oder erneut erbrachten Leistungen auch dem Beginn des Prüfungszeitraums von drei Monaten entspricht. Vielmehr wird in den Gutachten die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen frühestens ab dem Zeitpunkt der Anzeige bescheinigt, was so auch in der aktuellen LOPS-RL des MD in § 18 Abs. 5 explizit geregelt wurde. Somit wird regelhaft die Abrechnung der drei Monate Vorhaltung und Leistungserbringung trotz Erfüllung aller Voraussetzungen hierzu verhindert. <u>Lösungsvorschlag:</u> Der Wortlaut in § 275a Abs. 7 Satz 2 muss dahingehend ergänzt werden, dass erbrachte Leistungen auch rückwirkend ab dem ersten Tag der Leistungserbringung abgerechnet werden können. Alternativ könnte auch in § 275a Abs. 6 konkretisiert werden, dass der Zeitraum, welchen der MD per Gutachten auszuweisen hat, in welchem er die Strukturvoraussetzungen als erfüllt ansieht, sich explizit auch auf die drei Monate des vorangehenden Prüfungszeitraums der Vorhaltung und Leistungserbringung erstrecken muss.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	-
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	-
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	-

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
13	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 – 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	Generell zur Anlage 1 (Bedeutung der Spalten und der Begriffe) Der Anlage 1 kann nicht entnommen werden, was die einzelnen Spalten bedeuten. Somit eröffnen sich unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten. Somit werden die Medizinischen Dienste bei der Prüfung der Leistungsgruppen die Sachverhalte auslegen müssen. Zur Reduktion des Konfliktpotenzials (Leistungserbringer und Länder) und damit sich nicht die Gerichte damit befassen müssen, sollte die Bedeutung der Spalten eindeutig und rechtssicher geregelt werden (vgl. auch Stellungnahme zu § 135e SGB V). Folgendes Beispiel soll die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten in der Spalte „Verfügbarkeit“ verdeutlichen: <u>Zur LG 7 – Komplexe Rheumatologie:</u> <i>Spalte: „Verfügbarkeit“: „3 FA, mind. Rufbereitschaftsdienst: jederzeit“</i> • <u>Interpretationsmöglichkeit 1:</u> ein FA hat in der LG Rheumatologie Rufbereitschaft (vgl. wörtliche Auslegung von § 135e Abs. 4 Nr. 7b SGB V) • <u>Interpretationsmöglichkeit 2:</u> 3 FA, die <u>gleichzeitig</u> (außerhalb der regulären Dienstzeit) mind. Rufbereitschaftsdienst (oder Bereitschaftsdienst) machen müssen • <u>Interpretationsmöglichkeit 3:</u> 3 FA (unabhängig von der Facharztqualifikation), von denen <u>mindestens einer</u> außerhalb der regulären Dienstzeit mindestens Rufbereitschaftsdienst machen muss. • <u>Interpretationsmöglichkeit 4:</u> einer der 3 Fachärzte, die unter der Spalte „Qualifikation“ aufgeführt sind (d.h. hier bei LG 7: <u>FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie</u>), macht mindestens Rufbereitschaftsdienst Unklar ist auch in der Spalte „Verfügbarkeit“, ob und wie viele LG gleichzeitig von einem entsprechend qualifizierten Facharzt außerhalb der Dienstzeiten (d.h. im Rufbereitschaft- oder im Bereitschaftsdienst) erbracht

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - 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	werden dürfen. Hier sollte auch bedacht werden, dass tarifvertraglich festgelegt ist, dass beim Überschreiten einer bestimmten Arbeitsbelastung ein entsprechend höherer Dienst anzuordnen ist. D.h., sollte durchschnittlich eine Arbeitsbelastung von über 25% anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze beim Bereitschaftsdienst, muss ein Schichtdienst angeordnet werden. Daher sollte klar abgegrenzt werden, ob die Anrechenbarkeitsregelung (1 FA für max. 3 Leistungsgruppen) auch außerhalb der regulären Dienstzeit im Rufdienst oder im Bereitschaftsdienst gelten kann. Dabei muss das Gesetz auch das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Unklar ist auch, was der Gesetzgeber unter der Spalte „Qualifikation“ versteht: <i>Eines (von diversen) Beispielen hierfür: LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention</i> <i>Die hier durch den InEK-Leistungsgruppen-Grouper zugeordneten Fälle werden in der absoluten Mehrzahl durch FA für Kardiologie erbracht. Dazu liegen im Bundesqualitätsbericht des IQTIG entsprechende Zahlen vor bzw. sieht die Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappenintervention des Gemeinsamen Bundesausschusses (MHI-Richtlinie) die Leistungserbringung beim Kardiologen. Im Gesetz hingegen ist nur der „FA Herzchirurgie“ aufgeführt. Somit bleibt die Bedeutung der Spalte „Qualifikation“ grundsätzlich unklar.</i> Des Weiteren ist auch die Spalte „Sachliche Ausstattung“ weder für die Krankenhäuser noch für den MD eindeutig festgelegt: In dieser Spalte wird Medizintechnik (z.B. CT, MRT) mit Untersuchungsverfahren (interventionelle Endoskopie einschließlich ERCP, etc.; Sonographie, Lasertherapie, Photochemotherapie, etc.) oder mit Struktur (Angiographiearbeitsplatz) sowie mit einem Prozesskriterium („CT jederzeit, MRT jederzeit“) vermischt. Daher ist nicht rechtssicher festgelegt,

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	was eigentlich zu prüfen ist: Die Medizintechnik, das Vorhandensein der entsprechenden Personen, die es auch bedienen (MTRA) oder befunden können (Radiologe) oder die Struktur? Ein weiterer Punkt, der zur Rechtsunsicherheit beiträgt, ist: Wenn inhaltlich das gleiche gemeint ist, ist es auch identisch zu formulieren. <i>Dies soll das folgende Beispiel illustrieren: Spalte „Sachliche Ausstattung“ zum Sachverhalt „Teleradiologischer Befund möglich“.</i> <i>Während dieser Sachverhalt in einzelnen Leistungsgruppen aufgenommen ist, fehlt er in anderen Leistungsgruppen, wie z.B. in der LG 14 - Allgemeine Chirurgie bzw. in der LG 30 - Bariatrische Chirurgie. Manchmal steht „Teleradiologischer Befund möglich“ unter „Röntgen“, „CT“ und „MRT“, manchmal direkt unter „Röntgen jederzeit“, obwohl dann noch „CT“ und „MRT“ folgen. Hier ist klarzustellen, ob ausschließlich die Röntgenbilder oder auch die CT- oder MRT-Bilder teleradiologisch befundet werden dürfen.</i> <u>Gesamtfazit:</u> Das Gesetz sollte hier rechtssicher eindeutige Vorgaben festlegen, damit der Medizinische Dienst genau den Sachverhalt prüfen kann, den das Gesetz intendiert. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um die Begriffsdefinitionen rechtssicher auszugestalten, sind diese im Gesetz bzw. in einer Verordnung, basierend auf den Beratungsergebnissen des Leistungsausschusses festzulegen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Weiterer, zu regelnder Sachverhalt im Kontext der Anlage 1 Auch die Definition, welche Nachweise für die Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst vorzulegen sind, bedarf mindestens einer Entscheidung im Leistungsgruppenausschuss (LGA). Hierbei kommt es auch insbesondere darauf an, dass nicht extra Dokumente und Nachweise zur Prüfung zu erstellen sind, sondern bereits vorhandene genutzt werden. Dabei sollte der Grundsatz gelten, dass die vorzulegenden Dokumentationen und Nachweise den klinischen Behandlungswegen folgen. Ansonsten wird hier neue Bürokratie aufgebaut, die allerdings zu keiner Qualitätsverbesserung führt. Hier sollte der LGA einbezogen werden. Bislang sind die meisten nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fälle der LG 1 – Allgemeine Innere zugeordnet. Obwohl im Bereich Nuklearmedizin und Strahlenmedizin explizite Anforderungen durch das Strahlenschutzgesetz (und nachfolgender Normen) bestehen, bilden sich diese Anforderungen nicht in den Qualitätskriterien ab. Hingegen sieht diese Leistungsgruppe Qualitätskriterien vor, die nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung oder nach den Gesetzen die Behandlung dieser Fälle nicht erlauben. Z.B. kann ein FA Innere Medizin niemals die Behandlung von nuklearmedizinischen oder strahlentherapeutischen Fällen übernehmen. Zudem erfordern diese Fälle auch zwingend einen Medizinphysiker. Somit werden bei nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fällen Anforderungen gestellt, die anderen Gesetzen widersprechen. Zur Reduktion des Bürokratieaufwands wird ausdrücklich die Streichung von § 6 PpUGV in den LG begrüßt (siehe oben unter § 275a SGB V). Somit entfällt komplizierte Berechnungs- und Abgrenzungs-Bürokratie. Unabhängig von der Streichung an dieser Stelle gilt die PpUGV ohnehin und führt gemäß PpUGV-Sanktionsregelung zu Sanktionen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	§ 2a Krankenhausstandort <u>Sachverhalt:</u> Mit dem KHVVG wurde der Standortbegriff per Gesetz neu definiert und zudem die Möglichkeit einer Ausnahmeregelung für die Standortdefinition geschaffen. Für die Ausgestaltung der Ausnahmeregelung wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt. Die Ausnahmeregelung sieht auch weiterhin einen Umkreisradius von maximal 2 km vor. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. <u>Bewertung:</u> Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Die Praxis zeigt allerdings, dass die aktuelle Regelung Großkrankenhäuser benachteiligt, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt, die Krankenversorgung auf mehrere Standorte aufteilen müssen. Auch können landeshochschulrechtliche Vorgaben der Standortregelung entgegenstehen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. <u>Lösungsvorschlag:</u> Bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder landeshochschulrechtliche Vorschriften dies vorsehen, sollte von einem Standort ausgegangen werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	§ 6a Abs. 4 <u>Sachverhalt:</u> Die bisherigen Vorgaben maximaler PKW-Fahrtzeiten, innerhalb welcher spezifische medizinische Leistungsbereiche erreichbar sein sollen, sind ersatzlos gestrichen worden. Durch den Wegfall dieser Regelung können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nun für einen Zeitraum von mind. 3 Jahren nach eigenem Ermessen über Abweichungen von den vom Bund definierten Qualitätskriterien bei der Zuweisung von Leistungsgruppen entscheiden. Auch wurde die zusätzliche Möglichkeit einer Verlängerung dieser Ausnahmetatbestände im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen um weitere 3 Jahre geschaffen. Darüber hinaus wurde zudem ein Passus ergänzt, der den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vorgibt zu prüfen, inwieweit maßgebliche Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ggf. mittels Kooperationen und in Verbünden erfüllt werden können. <u>Bewertung:</u> Diese umfangreiche Ausweitung der ohnehin bereits bestehenden Ausnahmeregelungen konterkariert die grundlegenden Ziele der Krankenhausreform durch Bündelung von Kompetenzen und Konzentration von Leistungsangeboten die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die nun entfallenen Regelungen bildeten einen soliden Rahmen für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung auf individueller Landesebene mit Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Nun ist konträr zu den Reformzielen einer Konzentration und Qualitätssteigerung der Leistungsangebote, die Möglichkeit geschaffen worden selbst in urbanen Regionen mit bestehender Überversorgung für den langen Zeitraum von bis zu 6 Jahren den Status quo zu zementieren,

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ohne dass ein echter Anreiz zur Erfüllung der bundeseinheitlichen Qualitätskriterien gesetzt wurde. Ganz im Gegenteil steht nun auch die Erfüllung maßgeblicher Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch Kooperationen und in Verbünden, was bisher insbesondere hinsichtlich der Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen Fachkrankenhäusern der Stufe Level F vorbehalten war, grundsätzlich allen Krankenhäusern zu. Hierdurch entsteht ein massiver Fehlanreiz das individuelle Leistungsgruppenspektrum nahezu beliebig auszuweiten, auf Kosten der Versorgungsqualität. Für die hierdurch bedingte zukünftige Vorhaltefinanzierung bedeutet dies zudem, dass Krankenhäuser, welche die sachliche und personelle Ausstattung selbst vorhalten und finanzieren, deutlich benachteiligt werden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die vorgesehenen Änderungen in § 6a Abs. 4 müssen vollständig entfallen. Die bisherigen Ausnahmeregelungen sind ausreichend. § 6a Abs. 6 Satz 2 <u>Sachverhalt:</u> Die Möglichkeit zur Datenübermittlung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK wurde für die budgetneutralen Jahre 2026 (bis 31.12.2025) sowie 2027 (bis 31.12.2026) explizit ergänzt. <u>Bewertung:</u> Hierdurch ist eine Übermittlung der jeweiligen Vorhaltevolumina gemäß § 37 Abs. 5 an die Krankenhausträger, trotz der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, ermöglicht worden. Folglich können auch die Zuschläge

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermittelt werden. Diese Ergänzungen sind somit ausdrücklich zu begrüßen. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die gemäß der aktuellen Formulierung freiwilligen Datenlieferungen sollten, zumindest für das Kalenderjahr 2027 mit Datenlieferung bis 31.12.2026, verpflichtend gefordert werden. Hierdurch wird für die Krankenhausträger Transparenz und Planungssicherheit bereits vor der finanzwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung gewährleistet.
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	§ 6b Satz 1 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Frist zur Übermittlung derjenigen Krankenhäuser an das InEK, denen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die nach § 6 Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen haben, wurde um 11 Monate, auf den 30. September 2027 verschoben. Dies wird mit der Änderung des § 38 mit Verschiebung der Auszahlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken um jeweils ein Jahr nach 2028 begründet. Da jedoch bereits die dortige Verschiebung nicht sachgerecht ist, ist folglich auch hier die Friständerung zu revidieren.
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen.	§ 12b <u>Sachverhalt:</u> Die Finanzierung des Bundesanteils am Transformationsfonds aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Allerdings sind die Universitätsklinika weiterhin nicht angemessen beim Zugang zum Transformationsfonds berücksichtigt, wenngleich der Koalitionsvertrag von

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	CDU, CSU und SPD dies ausdrücklich vorsieht. Auch der Bundesrat hat in seiner Entschließung zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 21. März 2025 beschlossen: „Der Bundesrat hält es daher für erforderlich, dass Hochschulkliniken durch Gesetzesänderung umfassender in den Anwendungsbereich des Transformationsfonds eingeschlossen werden, damit nach Maßgabe der Krankenhausplanung notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen im Sinne des Reformprozesses auch an Hochschulkliniken uneingeschränkt förderfähig sind.“ In der Vergangenheit sind Hochschulkliniken bei Förderinstrumenten des Bundes bereits umfassend berücksichtigt worden, z.B. beim Krankenhauszukunftsfonds. Nach aktuellem Stand sind die Universitätsklinika bisher nur bei zwei von acht Fördertatbeständen im Krankenhaustransformationsfonds anspruchsberechtigt: Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Vorhaben zur Bildung und dem Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen. <u>Bewertung:</u> Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Für einen zielgerichteten Transformationsprozess im Sinne der Krankenhausreform muss das Krankenhausfinanzierungsrecht insbesondere diese Fördertatbestände auch für Universitätsklinika zugänglich machen. Die Trägerschaft eines Krankenhauses allein darf nicht über die Partizipation am Transformationsfonds und damit auch über eine erfolgreiche Weiterentwicklung von stationären Versorgungsstrukturen entscheiden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Lösungsvorschlag:</u> Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist so anzupassen, dass die Universitätsklinika auch für die weiteren Förderzwecke anspruchsberechtigt werden. Mit dem KHAG muss dies nun rechtssicher umgesetzt werden. Universitätsklinika sind hierbei insbesondere bei den Fördertatbeständen zur Konzentration von Versorgungskapazitäten (§ 12b Abs. 1 S. 3 Nr. 1 KHG (neu) bzw. § 3 Abs. 1 KHTFV), Bildung regionaler Krankenhausverbünde (§ 12b Abs. 1 S. 3 Nr. 5 KHG (neu) bzw. § 3 Abs. 5 KHTFV) und Bildung integrierter Notfallstrukturen (§ 12b Abs. 1 S. 3 Nr. 6 KHG (neu) bzw. § 3 Abs. 6 KHTFV) zu berücksichtigen. Es sollte auch klargestellt werden, dass die Verpflichtung der Länder nach § 12b Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe a KHG (neu), „in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile für die aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht“, auch entsprechend für die Investitionsmittel für Hochschulkliniken gilt.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	-
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Weiterer Änderungsbedarf: § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Es erscheint nach wie vor fraglich, ob ein Fallzahlkorridor von plus/minus 20 Prozent bezogen auf das Vorjahr als Kriterium für die Veränderung des Vorhaltebudgets sinnvoll und zielführend ist. Unter Umständen können bei

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	dieser Größenordnung verstärkt wirtschaftliche Anreize für Optimierungsstrategien gesetzt werden. Es könnte sich für Krankenhäuser als besonders vorteilhaft darstellen, wenn sich das Fallzahlniveau „in Richtung 81 Prozent“ absenkt. In diesem Fall wird das Vorhaltebudget auch dann noch ohne Einbußen ausgezahlt. Gleichzeitig erhalten Krankenhäuser mit Fallzahlsteigerungen von bis zu 19 Prozent ebenfalls das ursprüngliche Ausgangsbudget bei der Vorhaltefinanzierung. Eine Erhöhung des Vorhaltebudgets wird entsprechend der Regelung erst ab einer Schwelle von 20 Prozent erwirkt. Besonders herausfordernd könnte sich die Regelung auch bei Leistungsgruppen mit kleinen Fallzahlen, wie z.B. Transplantationen, erweisen. Dort können Leistungsschwankungen aufgrund einzelner, nicht zwingend strukturell bedingter Ereignisse regelmäßig und in deutlichem Umfang auftreten. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um solche Ausschläge im Leistungsgeschehen abzufedern, sollte als Referenz statt des Vorjahres besser ein Mehrjahreszeitraum (z. B. gleitender Durchschnitt über drei Jahre) erwogen werden. Insgesamt kann sich die Regelung bzgl. der Neuermittlung der Vorhaltebudgets insbesondere für Universitätsklinika und Maximalversorger als nachteilig erweisen, wenn sie aufgrund von Krankenhausschließungen oder dem Wegfall von Leistungsgruppen bei anderen Krankenhäusern die Leistungen der betroffenen Kliniken auffangen müssen. Die Frage stellt sich daher prinzipiell, ob der Korridor nicht zu hoch angesetzt ist und stattdessen eher geringer angesetzt werden muss. Ggf. wäre auch ein asymmetrischer Korridor denkbar, bei dem Fallzahlzuwächse bspw. ab zehn Prozent zu einem höheren Vorhaltebudget führen, wohingegen das Vorhaltebudget erst ab einem Fallzahlrückgang von 20 Prozent abgesenkt wird. Alternativ wäre im Falle der Häuser mit absehbaren Fallzahlzuwächsen ebenfalls gut denkbar, dass die Länder mit entsprechenden Planfallzahlen kalkulieren können.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			§ 37 Abs. 5 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Anpassungen der Fristen für die durch das InEK an die Krankenhausträger zu übermittelnde Information über Vorhaltevolumina in den budgetneutralen Jahren 2026 und 2027, welche aus den Ergänzungen zu § 6a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 folgen, sind sachgerecht. Hierdurch wird folgerichtig die Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermöglicht.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 38 Abs. 1 <u>Sachverhalt:</u> Anpassungen der Fristen zur Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken. <u>Bewertung:</u> Die Verschiebung der Förderzuschläge um ein Jahr nach 2028 ist nicht sachgerecht, und deren Begründung durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ebenfalls ein Jahr ist inhaltlich falsch. Die expliziten Ergänzungen in § 6a Absatz Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 zur Datenübermittlung durch die Landesbehörden an das InEK, und die hieraus folgenden Anpassungen der Fristen für die Information des InEK an die jeweiligen Krankenhausträger über deren Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027, ermöglichen ja gerade eben die Ermittlung der Zuschläge zur Förderung der nach § 6b Satz 1 zugewiesenen Aufgaben und verhindern diese ausdrücklich nicht.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die vorgesehenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie die speziellen Vorhaltungen von Hochschulkliniken gemäß § 38 durch diejenigen Krankenhäuser der Level 3U (respektive Level 3), welche durch die Landesbehörden hierfür zu benennen sind, sind insbesondere jetzt in den landesspezifischen Krankenhausplanungen innerhalb der bundeseinheitlichen Leistungsgruppensystematik von essenzieller Bedeutung. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Die Ermittlung und Auszahlung der Förderungen ist gemäß den o.g. Anpassungen im KHAG explizit auch im budgetneutralen Jahr 2027 nach wie vor möglich, unabhängig von der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die ursprünglichen Fristen, sowohl zur Übermittlung der Krankenhäuser durch die Landesbehörden gemäß § 6b Satz 1, als auch die ursprüngliche Frist hier in § 38 Abs 1 sind wieder einzusetzen. Sollten die hierzu benötigten Datenlieferungen der Landesbehörden an das InEK zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für das Jahr 2027 jedoch nicht verpflichtend geregelt werden, wie unsererseits für § 6a Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 KHG gefordert, könnte zur Ermittlung der Zuschläge gemäß § 38 alternativ auch der Case-Mix-Index herangezogen werden. In diesem Zusammenhang muss der Gesetzgeber gleichzeitig auch dafür Sorge tragen, dass die Level-Zuweisungen der Krankenhäuser rechtzeitig erfolgen.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:	-

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	§ 136c Abs. 2 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Neben der Änderung der Fristen wird nun auch für den Fall, dass der G-BA neben seinen Mindestmengen-Reglungen (gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGBV) im nun durch den RefE eingefügten neuen § 136c Abs. 2 eine niedrigere Prozentzahl festlegt, die Höhe dieser Prozentzahl verwendet. <u>Bewertung:</u> Die Überlegungen zu dieser Regelung sind im Prinzip nachvollziehbar: Sie soll verhindern, dass in den Leistungsbereichen, in denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat (Brustkrebs-Chirurgie und Lungenkrebs-Chirurgie) ein weiteres Abschneiden von 15% der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen verhindert wird. Allerdings darf diese Regelung nicht über die diversen negativen Auswirkungen und die fehlende Rechtsklarheit hinwegtäuschen. Exemplarisch werden folgende Punkte genannt: 1. Das InEK ist die zentrale Institution, die das G-DRG-System jährlich kalkuliert und weiterentwickelt, u.a. auf der Basis von ICD- und OPS-Kodes. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich teilweise größere Unterschiede in den Fallzahlen der Krankenhäuser ergeben, wenn man auf der einen Seite die Fallzahl der Mindestmengen-Reglungen des G-BA (aufgrund anderer ICD- und OPS-Kodes) und auf der anderen Seite im Bundes-Klinik-Atlas (unter der Kachel „Krebs“) die dort ausgewiesenen Fallzahlen vergleicht. Da sowohl die Mindestmengen-Reglungen als auch § 40 KHG im Prinzip mit einem Leistungserbringungsverbot einhergehen, sollten zur Rechtssicherheit keine oder nur minimale Unterschiede bestehen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. Der G-BA verwendet 4 unterschiedliche Zählweisen in seinen Mindestmengen-Regelungen, was natürlich auch für die Software-Industrie einen höheren Aufwand generiert, den die Krankenhäuser bezahlen müssen. Zudem werden die meisten Software-Produkte erst unmittelbar vor dem vorgegebenen Abgabedatum fertig, so dass die Krankenhaus-Mitarbeitenden immer erhebliche Probleme und zeitliche Aufwände haben, um die maximal 13 Zahlen (= entsprechend der Fallzahlen in den max. 13 Leistungsbereichen der Mindestmengen-Regelungen) mit der Software fristgerecht bei den Landesverbänden der Krankenkassen abgeben zu können. 3. Der Gesetzgeber sieht keine Regelung für die Fallkonstellationen vor, dass der G-BA derzeit bzw. in naher Zukunft höhere Mindestmengen (in der Onkochirurgie oder in anderen Leistungen) festlegt, so dass nach dem Entfall der unteren 15% der Leistungserbringer in der Onkochirurgie bzw. den angedachten Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen, die G-BA-Mindestmengen-Regelungen zu weiteren Konzentrationen führen. 4. Des Weiteren ist es derzeit sehr wohl möglich, dass bestimmte onkochirurgische Leistungen durch den Leistungsgruppen-Grouper unterschiedlichen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Auch dieser Punkt bedarf zur Rechtssicherheit einer eindeutigen gesetzlichen Regelung. 5. Zudem ist gesetzlich unklar, ob der G-BA dann auch weiteren Mindestmengen zu onkochirurgischen Indikationen in den nächsten Jahren festlegen soll, da es ansonsten ja zu Doppelregelungen kommt. 6. Zur Klarstellung sollte wenigstens in der Begründung genannt werden, dass die Anwendung des Abschneidens der unteren 15%

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen einmalig erfolgt.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	-
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	In Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung soll der Fixkostendegressionsabschlag auch noch im Jahr 2027 Anwendung finden. Diese Fristverschiebung hemmt allerdings den durch das KHVVG gewollten Konzentrationsprozess, da hieraus resultierende Mehrleistungen durch den Fixkostendegressionsabschlag wirtschaftlich benachteiligt werden. Gleichzeitig bedeutet dieser für die Budgetverhandlungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Daher sollte die aktuell geltende Regelung mit einer letztmaligen Anwendung im Jahr 2026 beibehalten werden.
3	§ 5	- Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	-
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	-

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	-
6	§ 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 zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	-
7	§ 9	- Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser,	-

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 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) - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	Bezüglich §21 Abs. 7, siehe oben zu § 135d SGB V
			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	§ 3 <u>Sachverhalt:</u> Die in diesem Paragraphen konkretisierten Fördertatbestände sind unverändert geblieben. Hochschulkliniken sind hier weiterhin lediglich im Fördertatbestand Abs. 4 - Vorhaben zur Bildung von Zentren - sowie in der Begründung zu Abs. 3 - telemedizinische Netzwerkstrukturen erwähnt. <u>Bewertung:</u> Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			die Universitätsklinik von herausragender Bedeutung. Für einen zielgerichteten Transformationsprozess im Sinne der Krankenhausreform muss das Krankenhausfinanzierungsrecht insbesondere diese Fördertatbestände auch für Universitätsklinik zugänglich machen. Die Trägerschaft eines Krankenhauses allein darf nicht über die Partizipation am Transformationsfonds und damit auch über eine erfolgreiche Weiterentwicklung von stationären Versorgungsstrukturen entscheiden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Universitätsklinik sind insbesondere bei den Fördertatbeständen zur Konzentration von Versorgungskapazitäten (§ 3 Abs. 1 KHTFV), Bildung regionaler Krankenhausverbünde (§ 3 Abs. 5 KHTFV) und Bildung integrierter Notfallstrukturen (§ 3 Abs. 6 KHTFV) zu berücksichtigen.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	§ 4 Abs. 4 Nr. 4 <u>Bewertung:</u> Die Folgeänderungen zu Vorhaben nach § 3 Abs. 4 sind sachgerecht.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	-
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	-
6	§ 7	- Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung - Streichung Regelung für Beteiligung PKV - Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	-
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	-

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			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 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	-
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand	Auswirkungen auf Kostenträger und ungleiche Belastungen für Leistungserbringer	Der Gesetzentwurf sieht keine Mehrausgaben durch eine Erweiterung von Ausnahmen bei der Vergabe von Leistungsgruppen vor. De facto werden diese aber bei den Kostenträgern entstehen. Kliniken sollen Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben nach freiem Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Damit droht eine erhebliche Gefährdung der Ziele der Krankenhausreform: Einsparpotentiale und Konzentrationsprozesse werden so ausgebremst. Der Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten. Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird. Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen.
	Ggf. weitere Anmerkungen	Regelung für ein Clearing-Verfahren bzgl. Beantragung von Fachabteilungsschlüsseln aufnehmen	Fachabteilungsschlüssel sind nun bei einzelnen Leistungsgruppen relevant, das heißt, dass es einzelne Leistungsgruppen gibt, die im Leistungsgruppen-Grouper nur über den Fachabteilungsschlüssel angesteuert werden. Neue Fachabteilungsschlüssel können im Rahmen der KH-Budgetverhandlungen bei den Krankenkassen beantragt werden. Bisher war es von nachgeordneter Bedeutung, falls ein Fachabteilungsschlüssel letztendlich doch nicht zugewiesen wurde. Aufgrund der neuen Regelungen zur Krankenhausplanung und -vergütung ist es erforderlich, dass es hier – bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen Kostenträger und Krankenhaus – einen Konfliktlösungsmechanismus gibt. Die Letztentscheidung sollte den Krankenhausplanungsbehörden obliegen.
		Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen enthalten.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung	§ 115f Abs. 2 SGB V – Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung Die Ambulantisierung ist eine sinnvolle Entwicklung, von der zum einen Patienten profitieren. Zum anderen kann sie stationäre Kapazitäten und insbesondere knappes Fachpersonal entlasten. Ambulantisierung ist somit auch eine Antwort auf den Fachkräftemangel. Ambulante Krankenhausversorgung, insbesondere auch in Universitätskliniken, ist jedoch nicht immer mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Die mit den Hybrid-DRGs in § 115f SGB V festgelegte sektorenübergreifende Versorgung weist Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten dennoch einen gemeinsamen Leistungsbereich sowie eine einheitliche Vergütung zu. Unterstellt wird dabei, dass die als Hybrid-DRG bestimmten Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gleichermaßen erbracht werden. Dass dies jedoch häufig nicht der Fall ist, legen die vom InEK analysierten Daten nahe. Insofern muss sich das unterschiedliche Leistungsgeschehen auch in einer nach Krankheitsschwere abgestuften und verweildauerabhängigen Vergütung widerspiegeln. Die Vergütung der Hybrid-DRGs muss für Krankenhäuser wirtschaftlich darstellbar sein, wenn Ambulantisierung tatsächlich gelingen soll. Vor diesem Hintergrund ist das von der Politik vorgegebene Ziel von mind. einer Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2026, mind. 1,5 Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2028 und mind. zwei Mio. ab dem Jahr 2030 besonders kritisch zu sehen. Das Ringen darüber, im geforderten Umfang geeignete Leistungen für den Hybrid-DRG-Katalog 2026 zu identifizieren, macht deutlich, dass sachlich überzeugende Argumente fehlen, auf die eine Leistungsauswahl in einem so erheblichen Umfang gestützt werden kann.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst	§ 275c Abs. 2 – Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst Die von der GKV ermittelten Prüfquoten können aufgrund der Systematik zur Berechnung der Prüfquoten sowie aufgrund der Aufbereitung der Daten nur eingeschränkt etwas über die Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen aussagen. Insbesondere bei Universitätsklinika und Maximalversorgern führen komplexe Fallkonstellationen, längere Verweildauern oder seltene Diagnosen häufiger zu Rechnungsbeanstandungen. Diese können oftmals erst im Rahmen des sog. Erörterungsverfahrens abschließend geklärt werden. So belegen Datenanalysen von Universitätsklinika, dass die tatsächliche Qualität der Krankenhausabrechnungen besser ist, als sie in den Statistiken des GKV-SV ausgewiesen wird. Die Systematik der Abrechnungsprüfung muss dringend dahingehend weiterentwickelt werden, dass in der Statistik zur Prüfquote erfolgreiche Widersprüche sowie das Ergebnis des Erörterungsverfahrens berücksichtigt werden. Bei Nichteinigkeit über das Ergebnis der Stichprobenprüfung und der Hochrechnung ist zudem eine Clearingstelle erforderlich, z. B. Landesschiedsstelle, auch um die Gerichte zu entlasten.
		Folgeänderung Medizinforschungsgesetz	§ 135d Abs. 3 SGB V aktuell Satz 8 (bzw. Satz 6 nach RefE) Der Satzteil „<i>die Krankenhäuser bis zum 30. Juni 2025 die aktuellen Informationen über die Teilnahme an dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern</i>“ muss gestrichen werden, da die Übermittlungspflicht der Krankenhäuser an das IQTIG nach § 135d SGB V nicht mehr besteht. Stattdessen wurde diese Übermittlungspflicht mit dem Medizinforschungsgesetz nun in § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe h KHEntgG geregelt und erfolgt von den Krankenhäusern an das InEK im Rahmen der §21-Datenlieferungen. Eine Streichung des o.g. Satzteils stellt

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eindeutig klar, dass dieser Sachverhalt nicht zusätzlich noch in einem anderen Datenformat an das IQTIG zu übermitteln ist.