

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Bundesärztekammer

Datum: 21.08.2025

Allgemeine Bewertung des Referentenentwurfs:

- Das Anpassungsgesetz ist ein wichtiger erster Schritt, um kurzfristige und dringliche Anpassungen und Korrekturen an den Regelungsinhalten vorzunehmen. Daneben besteht jedoch auch Handlungsbedarf bei Themen, die voraussichtlich längere Abstimmungsprozesse und ggf. weitere gesetzliche Regelungen erfordern, wie etwa bei der geplanten, stark fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung, der Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik, der Umsetzung von weiteren Empfehlungen im Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) zur Leistungsgruppensystematik und bei der Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung.
- Um Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zu erarbeiten, wurde der LGA gemäß § 135e Abs. 3 SGB V eingesetzt. Dieser hat bisher unter anderem kurzfristig umzusetzende Anpassungserfordernisse in einzelnen Leistungsgruppen erarbeitet (Anlage 1 zu § 135e SGB V), und es wurden weitere Themen wie Regelungen zu Belegärztinnen und Belegärzten, zur Rufbereitschaft und Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, zur Definition von Fachkliniken oder zu den Auswirkungen der Reform auf die Spezielle Schmerztherapie beraten. Überwiegend konnten dabei noch keine Empfehlungen konsentiert werden. Unabhängig davon sind für eine erfolgreiche Umsetzung der Krankenhausreform unbedingt noch weitere Anpassungen notwendig. Für jede der zunächst vorgesehenen 61 Leistungsgruppen müssen die Fallzuordnung (Grouper), die Qualitätskriterien und das Prüfkonzept des Medizinischen Dienstes Bund aufeinander abgestimmt und wo nötig angepasst werden. Die dazu erforderlichen Empfehlungen sind im Leistungsgruppenausschuss zügig zu erarbeiten, damit sie möglichst noch im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden können. Mit einer umfassenderen Weiterentwicklung der Systematik, zu der auch die Prüfung der Aufnahme weiterer Leistungsgruppen gehört, muss sich der Leistungsgruppenausschuss ab dem Jahr 2026 befassen.
- Die im Referentenentwurf vorgesehenen Anpassungen von Fristen sind richtig, denn sie tragen den Erfordernissen der Umsetzung Rechnung. Es wäre verfehlt, wenn der Medizinische Dienst Krankenhäuser mit Blick auf die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen überprüft, während die endgültige Ausgestaltung dieser Qualitätskriterien im Bundesrecht noch nicht abgeschlossen ist. Deswegen darf die Überprüfung durch die Medizinischen Dienste erst beginnen, wenn das jetzt laufende Gesetzgebungsverfahren abgeschlossen ist. Erst auf dieser Basis können dann auch die Länder die krankenhaushausplanerische Zuweisung der Leistungsgruppen vornehmen. Die jetzt vorgesehene Anpassung der Fristen basiert offenbar auf der Annahme, dass das Anpassungsgesetz spätestens zu Beginn des Jahres 2026

in Kraft tritt. Sollte diese Frist aufgrund des Ablaufs des parlamentarischen Verfahrens in Bundestag und Bundesrat überschritten werden, sind auch die Fristen nochmals anzupassen.

- Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (**Vorhaltevergütung**) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Diese Überarbeitung darf nicht bis zum Jahr 2027 aufgeschoben werden. Stattdessen muss sofort mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes begonnen werden. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln. Der Grundgedanke sollte dabei sein, dass sich die Vorhaltevergütung am jeweiligen Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan orientieren muss. Für eine Neukonzeption der Vorhaltevergütung muss zudem der Gedanke leitend sein, dass für die Vorhaltung in der Krankenhausversorgung die Personalausstattung von zentraler Bedeutung ist. Die Vorhaltevergütung muss eine für den krankenhausplanerisch zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sichern. Anstelle des vorgesehenen Fallzahlbezuges ist die Vorhaltevergütung am Umfang des Versorgungsauftrages und an der zu versorgenden Population auszurichten.
- Für die Steuerungswirkung der **Leistungsgruppen** kommt es entscheidend darauf an, welche Behandlungen (Fälle) den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Denn davon hängt letztendlich das künftige Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser ab. Der vorliegende für die Fallzuordnung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelte hochkomplexe Algorithmus (**InEK-Grouper**) zeigt, dass es derzeit nicht sinnvoll ist, bei allen Leistungsgruppen eine Fallzuordnung vorzunehmen. Das betrifft insbesondere die Zuordnung von Leistungen in großen Gebieten wie der Inneren Medizin und der Chirurgie. Der InEK-Grouper ist stark von einer Abrechnungslogik geprägt. Daraus ergeben sich bei der konkreten Umsetzung Verwerfungen, die den eigentlichen Reformzielen zuwiderlaufen können. Vor diesem Hintergrund ist zu entscheiden, ob für die Planung die in Nordrhein-Westfalen bereits erfolgreich erprobte Fallzuordnungslogik zur Anwendung kommen soll (mit geringfügigen Modifikationen für die bundesweite Anwendung) oder ob der InEK-Grouper nicht nur für die Abrechnung, sondern auch für die Planung genutzt werden soll. In letzterem Fall wäre es allerdings erforderlich, die Auswirkungen des InEK-Groupers für die einzelnen Leistungsgruppen sorgfältig zu überprüfen und dort, wo Verwerfungen entstehen, Anpassungen vorzunehmen. Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat gefordert, den Leistungsgruppen-Grouper des InEK in der derzeitigen Form nicht zur Umsetzung der Krankenhausreform in Deutschland zuzulassen. Die Leistungsgruppensystematik als zentraler Bestandteil der zukünftigen Optimierung der Krankenhausstruktur muss darauf abzielen, die Krankenhausstruktur so umzugestalten, dass Expertise in kritischen Bereichen gebündelt und damit zentralisiert wird, während gleichzeitig eine wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung auf hohem Niveau sichergestellt wird.
- Im Rahmen der Krankenhausreform muss auch die **Krisenresilienz** der Krankenhäuser gestärkt werden. Neben baulichen Maßnahmen für Klimaanpassung und Investitionen in die Cybersicherheit müssen auch Reservekapazitäten kritischer Versorgungsstrukturen sowie

spezialisierte Versorgungsbereiche mitgeplant und umgesetzt werden. Die Gewährleistung einer robusten Krisenresilienz muss in tegraler Bestandteil der Krankenhausreform und der Umsetzung in den Bundesländern sein, um die medizinische Versorgung auch unter außergewöhnlichen Belastungen flächendeckend und verlässlich sicherzustellen. Die Krisenresilienz muss deswegen als Reformziel ausdrücklich gesetzlich verankert werden. Außerdem sind ausreichende Mittel aus den geplanten Sondervermögen bereitzustellen.

- Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat die zuständigen Ministerien der Länder aufgefordert, für die Umsetzung der Krankenhausreform die **Ärztেকammern einzubeziehen**, da die Veränderungen und ggf. Verschlankung der Krankenhauslandschaft durch die Krankenhausreform nicht nur den stationären Sektor, sondern auch die ambulanten Versorgungsstrukturen und auch die Weiterbildungsstrukturen deutlich verändern wird. Die Bewertung und Steuerung dieser Strukturveränderungen und Entwicklungen für die Versorgung und die Weiterbildung braucht das sektorenübergreifende ärztliche Versorgungswissen, das die Landesärztেকammern bündeln.
- Die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung sind weiterhin nur unzureichend berücksichtigt: Da die Planung auf Basis von Leistungsgruppen zu einer stärkeren Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Versorgungsinhalte führen wird, ist eine verstärkte Kooperation von Krankenhäusern mit weiteren Weiterbildungsstätten essenziell, um auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Weiterbildung zu gewährleisten, z.B. im Rahmen von Weiterbildungsverbünden. Gerade hier hindern arbeits- und steuerrechtliche Fragen, insbesondere in Bezug auf fehlende Ausnahmen für die ärztliche Weiterbildung bei der Arbeitnehmerüberlassung, praktikable Lösungen. Gleichzeitig fehlt weiterhin eine ausreichende und angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Diese Anliegen wurden auch vom diesjährigen 129. Deutschen Ärztetag im Beschluss Ic-09 („Krankenhausreform praxistauglich weiterentwickeln“) noch einmal ausdrücklich unterstrichen. Auch die den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zugeordnete Rolle in der Weiterbildung wird absehbar deutlich geringer sein als vom Gesetzgeber vorge sehen. Denn durch das deutlich eingeschränkte Leistungsspektrum (z.B. keine Notfallversorgung) ist fraglich, ob die hier insbesondere vorgesehene Eignung als Weiterbildungsstätte für das Gebiet Allgemeinmedizin wirklich vorhanden ist. Durch die genannten Hürden für die Bildung von Weiterbildungsverbünden wird eine entsprechende Integration der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zudem erschwert. Die BÄK appelliert daher an den Gesetzgeber, entsprechende Nachbesserungen zu veranlassen.

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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer befürwortet, dass beim Abschluss von Versorgungsverträgen notwendige Handlungsspielräume gewährt werden. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden, regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG vorgegebenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Über die Entwicklung sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte daher zunächst der LGA beraten. Sinnvoll ist auch die Vorgabe, dass im Zuge der Prüfung zu klären ist, ob Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können.
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Änderungen sind nachvollziehbar.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	
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)	Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Nummer 3 Buchstabe c) Buchstabe aa) Die Streichung der Regelung zu Fachkliniken in Abs. 2. Satz 2 Nr. 4 ist nachvollziehbar. Es bleibt jedoch dabei, dass die in Abs. 4 Satz 3 verbleibende Regelung zu Definition von Fachkrankenhäusern auf § 135d Abs. 4 SGB V verweist. Die Definition in § 135d Abs 4 SGB V ist nicht zielführend. Auch der Regelungsort im Kontext des sogenannten Klinikatlas ist nicht sachgerecht. Deswegen ist die Definition in § 135d Abs. 4 SGB V zu streichen. Stattdessen ist die Definition von Fachkliniken systematisch im Kontext der Leistungsgruppensystematik in § 135e SGB V aufzunehmen. Eine Regelung muss die Anforderungen an Fachkliniken zum einen qualitativ beschreiben (Spezialisierung, besondere Leistungsfähigkeit, sinnvolle Einbindung in die Versorgungsstrukturen), zum anderen sind quantitative Maßstäbe zu entwickeln und sorgfältig zu erproben. Beide Aspekte sind als Grundlage für die Zuweisung des Fachklinikstatus durch die Länder zu formulieren. Dabei muss den Ländern ein Ermessensspielraum mit Blick auf die regionalen Versorgungsstrukturen bleiben. Ziel muss es sein, die in der Versorgung bewährten Fachkliniken zu erhalten und gleichzeitig bei der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen einen prinzipiellen Vorrang für breit aufgestellte Krankenhäuser mit sinnvoller Schwerpunktbildung und Aufgabenteilung zu gewährleisten. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Nummer 3 Buchstabe c) Buchstabe bb) Buchstabe bbb):

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Zu § 135e Abs. 4 Nr. 7 d (Belegärzte) Die hier vorgeschlagene Formulierung ist eine notwendige Klarstellung der bisherigen Regelung. Darüber hinaus besteht jedoch weiterer Änderungsbedarf. Die Forderung nach drei Belegärzten kann in manchen Regionen zum Wegfall von Belegabteilungen führen, die einen zwar begrenzten, aber durchaus relevanten Versorgungsbeitrag (z.B. im Bereich der Mandeloperationen) leisten, ohne dass es dabei zu Qualitätsdefiziten kommt. Deswegen ist es den Ländern zu ermöglichen, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung auch Belegabteilungen auszuweisen, an denen nur zwei Belegärzte mit vollem Versorgungsauftrag tätig sind. Ergänzender Änderungsbedarf zu § 135e Abs. 4 Nr. 7 c: Die Regelungen zur Anrechnung von Fachärzten für mehrere Leistungsgruppen sind der aktuellen Form nicht sachgerecht. Sie führen aufgrund ihrer pauschalen Formulierung zu Ergebnissen, die für manche Konstellationen zu einschränkend und für andere Konstellationen zu weitgehend sind. Die Bundesärztekammer hat die zugrundeliegenden Sachverhalte in einem Vermerk zusammengestellt (siehe Anlage) und auf dieser Basis einen Alternativvorschlag erarbeitet, der die Anrechenbarkeit mit Blick auf die fachlichen Erfordernisse sachgerecht regelt: <i>c) Fachärzte für mehrere Leistungsgruppen, 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</i>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung für mehrere Standorte und Gebiete setzt die Aufteilung des Stellenanteils voraus.</i> Diese Regelung lässt Raum dafür, ggf. für einzelne hochspezialisierte Leistungsgruppen in der Leistungsgruppen-Tabelle (Anlage 1 zum Gesetz) gesonderte Regelungen zu treffen, wenn dies nach Beratung im Leistungsgruppen-Ausschuss auf Basis einer Auswirkungsanalyse geboten erscheint. Die weiteren in § 135e SGB V vorgesehenen Änderungen sind aus Sicht der Bundesärztekammer nachvollziehbar. Die Bundesärztekammer betont jedoch, dass diese Änderungen (wie auch die in der Anlage 1 vorgesehenen Änderungen) nur erste, unmittelbar offensichtliche Anpassungen umfassen und für eine erfolgreiche Umsetzung der Reform nicht ausreichen. Die Leistungsgruppenplanung bedarf für eine erfolgreiche Umsetzung unbedingt noch weiterer Anpassungen. Erstes Ziel muss es sein, für jede der zunächst vorgesehenen 61 Leistungsgruppen die Fallzuordnung (Grouper), die Qualitätskriterien und das Prüfkonzert des Medizinischen Dienstes Bund aufeinander abzustimmen und wo nötig anzupassen. Die dazu erforderlichen Empfehlungen sind im Leistungsgruppenausschuss zügig zu erarbeiten, damit sie nach Möglichkeit noch im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden können. Mit einer umfassenderen Weiterentwicklung der Systematik, zu der auch die Prüfung der Aufnahme weiterer Leistungsgruppen gehört, muss sich der Leistungsgruppenausschuss ab dem Jahr 2026 befassen. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Nummer 3, Buchstabe c) Buchstabe cc):

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Bundesärztekammer befürwortet, dass die Länder mehr Handlungsspielräume erhalten. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden, regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG vorgegebenen vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Über die Entwicklung sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte daher zunächst der LGA beraten. Ergänzende Stellungnahme der Bundesärztekammer zu § 135e Absatz 3 SGB V: Ergänzend zu der Stellungnahme zum KHVVG vom 23.09.2024 weist die BÄK erneut darauf hin, dass die Auswirkungen der Leistungsgruppen auf die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt werden müssen. Dies ist vor dem Hintergrund, dass die personellen Anforderungen der Leistungsgruppen nur dann auf Dauer zu erfüllen sind, wenn kontinuierlich qualifiziertes ärztlichen Personal weitergebildet wird, von entscheidender Bedeutung. § 135e Absatz 3 SGB V sollte daher dahingehend ergänzt werden, dass der Leistungsgruppenausschuss insgesamt bei seinen Empfehlungen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt:

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
4	§ 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 - Folgeanpassung Fristen	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Wie bereits in der Stellungnahme zum KHVVG ausgeführt, lehnt die Bundesärztekammer die Einführung von Mindestvorhaltezahlen ab. Diese Regelung überfrachtet die Leistungsgruppensystematik, wirft zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf und birgt erhebliche Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform. Um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, stellt bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument dar. Zudem stellt sich die Frage nach der Evidenz für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen. Für die Generierung der erforderlichen Evidenz würden, sofern überhaupt erfolgreich, viele Jahre nötig werden. Fragen zu Mindestvorhaltezahlen sollten daher zunächst durch den Leistungsausschuss gemäß §135f Absatz 3 SGB V auf Grundlage der Empfehlungen von IQWiG und InEK beraten werden. Da bereits die Leistungsgruppenzuordnung ein ausreichendes Steuerungsinstrument darstellt, um eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung zu verhindern, fordert die Bundesärztekammer: <i>die Streichung von §135f SGB V.</i> Konsekutiv ist die in Satz 5 in § 8 Absatz 4 KHEntgG vorgesehene Knüpfung der Entgelte an die Erfüllung der Mindestvorhaltezahl zu streichen. Sofern an der Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen festgehalten wird sollte der Leistungsausschuss diesbezügliche Fragen beraten

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Stellungnahme der Bundesärztekammer: keine
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG Bedenken zu der 15 %-Grenze geäußert, insbesondere da auch aus dem Begründungstext nicht ersichtlich wurde, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung handelt. Ein pauschaler Prozentsatz berücksichtigt die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen nicht ausreichend und könnte zu einer ungewollten Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt. Die Bundesärztekammer hatte daher gefordert, diese Regelungen zu streichen und Fragen zu onkochirurgischen Leistungen und ggf. zusätzlich nötigen Regelungen durch den Leistungsgruppenausschuss beraten zu lassen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Streichung der Regelungen zur Onkochirurgie weiterhin angezeigt. Die nun getroffene Regelung ist dafür kein Ersatz, folgt aber immerhin aus der Erkenntnis, dass eine starre Regelung zu erheblichen Problemen führen kann. Es ist zu begrüßen, dass eine Beteiligung der Bundesärztekammer gemäß § 136 Absatz 3 SGB V an den entsprechenden Beratungen vorgesehen ist. Damit sichergestellt wird, dass Regelungen zur Onkochirurgie erst greifen, wenn eine ausreichende fachliche Analyse und Folgenabschätzung erfolgt sind, ist die Regelung so zu fassen, dass in allen Indikationsbereichen eine

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Befassung und ggf. Beschlussfassung im G-BA dem Wirksamwerden der Abrechnungsverbote vorausgeht.
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer begrüßt die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds; zu den Einzelheiten mit Blick auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt die Bundesärztekammer nicht Stellung.
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer nimmt zu den Einzelheiten der Regelungen zum Gesundheitsfonds nicht Stellung, sieht die jetzt notwendigen Anpassungen aber als Hinweis auf die unbedingt anzugehenden, grundsätzlichen Finanzprobleme im Bereich der GKV.
9	§ 275a	- Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV - Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Anpassung der Zwischenfristen der Krankenhausreform ist von zentraler Bedeutung. Nur so kann sichergestellt werden, dass die im Koalitionsvertrag verankerten Änderungen – unter anderem im Hinblick auf die Leistungsgruppen – bei der Umsetzung der Reform durch die Bundesländer auch wirksam werden können. Die Prüfung der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst und die darauf

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			aufbauende Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Länder dürfen erst erfolgen, wenn die Anpassung der Qualitätskriterien und der weiteren Vorgaben auf der Bundesebene vollzogen ist. Ansonsten würden die für die künftigen Krankenhausstrukturen wegweisenden Entscheidungen auf Landesebene nicht auf der richtigen Grundlage getroffen. Die Bundesärztekammer befürwortet daher grundsätzlich die geplanten Änderungen, weist allerdings darauf hin, dass der damit vorgegebene Zeitplan für alle Beteiligten sehr ambitioniert ist. Die jetzt vorgesehenen Fristen sind deswegen nur umsetzbar, wenn das Gesetz spätestens zum Beginn des Jahre 2026 in Kraft treten kann. Sollte dies aufgrund des Zeitbedarfs des parlamentarischen Verfahrens nicht gelingen, sind auch jetzt vorgesehenen Fristen zu knapp bemessen.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine SN
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Stellungnahme der Bundesärztekammer Keine SN
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG die Themen Auswirkungsanalyse und Evaluation ausführlich dargelegt.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Dabei wurden sowohl der Zeitpunkt der ersten Evaluation und die Frequenz nachfolgender Evaluationen als auch die Inhalte der geplanten Evaluationen kritisch gesehen. Insbesondere die komplexen Auswirkungen der neuen Leistungsgruppensystematik auf die ärztliche Weiterbildung erfordern eine differenzierte Betrachtung. Außerdem sollten auch die Auswirkungen auf den Verwaltungs- und Bürokratieaufwand der Krankenhäuser, insbesondere ihres in der Patientenversorgung tätigen Personals, der Planungsbehörden der Länder, der Krankenkassen sowie des Medizinischen Dienstes evaluiert werden. Insofern begrüßt es die Bundesärztekammer, dass die erste Evaluation nun ca. 1,5 Jahre früher als bisher vorgesehen vorgelegt werden soll. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern sind dabei für eine Unterstützung bei der Bewertung der Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung einzubeziehen. Die Bundesärztekammer ist außerdem in den Kreis der Adressaten der anonymisierten Berichte in § 427 Satz 3 mit aufzunehmen. Stimmig wäre es im Übrigen aus Sicht der Bundesärztekammer, die Fristen für die Folge-Evaluationen ebenfalls vorzuziehen, da ansonsten zwischen der ersten und der zweiten Evaluation ein Zeitraum von 3,5 Jahren verstreicht.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu	Vorbemerkung der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer hat sich wiederholt dafür ausgesprochen, zunächst von den 60 in Nordrhein-Westfalen entwickelten somatischen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in	Leistungsgruppen auszugehen und weitere Leistungsgruppen auf Grundlage einer Analyse zunächst im Leistungsgruppenausschuss zu beraten. Die Bundesärztekammer begrüßt daher, dass diesem Vorgehen hier weitgehend entsprochen wird. Mit Blick auf die jetzt vorgenommenen Änderungen an den Kriterien für die einzelnen Leistungsgruppen ist festzuhalten, dass es sich dabei nur um erste Anpassungen bei besonders offensichtlichem Korrekturbedarf und Konsensfähigkeit im Leistungsgruppen-Ausschuss handelt. Für eine sorgfältige Bearbeitung der einzelnen Leistungsgruppen ist es erforderlich, zunächst die Fallzuordnung durch den Grouper zu erörtern, auf dieser Basis die Qualitätskriterien zu überprüfen, eine Analyse der Auswirkungen vorzunehmen und schließlich auch die Umsetzung in der Prüfrichtlinie des MD Bund in den Blick zu nehmen. Dies ist bisher im Leistungsgruppen-Ausschuss noch nicht erfolgt. Auf Basis der weiteren Beratungen sollten deswegen im Gesetzgebungsverfahren ggf. weitere Änderungen an der Tabelle vorgenommen werden. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“: Die BÄK befürwortet die Streichung dieser Regelung in den relevanten Leistungsgruppen. Stattdessen ist die Definition von Fachkliniken systematisch im Kontext der Leistungsgruppensystematik in § 135e SGB V aufzunehmen. Eine Regelung muss die Anforderungen an Fachkliniken zum einen qualitativ beschreiben (Spezialisierung, besondere Leistungsfähigkeit, sinnvolle Einbindung in die Versorgungsstrukturen), zum anderen sind quantitative Maßstäbe zu entwickeln und sorgfältig zu

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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 – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	erproben. Beide Aspekte sind als Grundlage für die Zuweisung des Fachklinikstatus durch die Länder zu formulieren. Dabei muss den Ländern ein Ermessensspielraum mit Blick auf die regionalen Versorgungsstrukturen bleiben. Ziel muss es sein, die in der Versorgung bewährten Fachkliniken zu erhalten und gleichzeitig bei der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen einen prinzipiellen Vorrang für breit aufgestellte Krankenhäuser mit sinnvoller Schwerpunktbildung und Aufgabenteilung zu gewährleisten. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“: Die Bundesärztekammer befürwortet die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium, weil die Erfüllung der Anforderungen der PpUGV ohnehin gesetzlich vorgegeben ist. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 1 (Allgemeine Innere Medizin): Die bisherige Vorgabe zur Endoskopie (täglich 10 Stunden im Zeitraum von 6 bis 20 Uhr) hätte einen regulären Zwei-Schicht-Betrieb in der Endoskopie erfordert, was nicht in allen Krankenhäusern mit internistischer Grundversorgung realisierbar und erforderlich ist; die Rücknahme auf täglich 8 Stunden stellt insoweit eine Verbesserung dar. Um einen regulären Ein-Schicht-Betrieb zu ermöglichen, sind 8 Stunden wegen der erforderlichen Randzeiten allerdings noch zu hoch angesetzt. Die Regelung lässt außerdem offen, wie die Endoskopie außerhalb der geforderten 8 Stunden gewährleistet wird. Die Vorgabe sollte folgendermaßen gefasst werden: <i>„Endoskopie werktags im Regelbetrieb, außerhalb des werktäglichen</i>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	<i>Regelbetriebs und am Wochenende Gewährleistung mindestens im Rahmen einer Rufbereitschaft“</i> Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 2 (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie): Anders als die Begründung angibt, sind die Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses (LGA) bei der dieser LG (versehentlich?) nicht vollständig umgesetzt worden. Die BÄK spricht sich dafür aus, die LGA-Empfehlungen vollständig umzusetzen (hier mit Blick auf die Erwähnung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und das Erfordernis der Vorhaltung einer LG Allg. Kinder- und Jugendmedizin). Der LGA hat empfohlen, dass bei dieser Leistungsgruppe neben Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie auch Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie berücksichtigt werden können (diese Empfehlung ist in Anlage 1 auch umgesetzt). Die Empfehlung wurde erforderlich, weil der Leistungsgruppen-Grouper des InEK dieser Leistungsgruppe – anders als bei der Fallzuordnung in NRW – bestimmte OPS-Codes für stationäre Diabetes-Behandlungen exklusiv zuweist. Dieser Entscheidung des InEK lagen weder Beratungen von Bund und Ländern noch im Leistungsgruppen-Ausschuss zugrunde. Das InEK hat damit den Charakter der Leistungsgruppe von einer Leistungsgruppe mit einer hohen Spezialisierung und Kompetenzanforderung (drei Fachärzte mit Spezialisierung sowohl in Endokrinologie als auch in Diabetologie) hin zu einer Leistungsgruppe verändert, die die stationäre Diabetologie in der Breite betrifft. Konsekutiv blieb dem LGA keine andere Möglichkeit, als eine Absenkung der Qualitätskriterien zu empfehlen. Es ist zu fragen, ob dieses

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ergebnis den eigentlichen Intentionen der Krankenhausreform entspricht. Jedenfalls zeigt der Vorgang exemplarisch, dass die Entscheidungen über die Fallzuordnung (Grouper) zunächst im LGA beraten und von Bund und Ländern entschieden werden sollten, bevor eine Umsetzung durch das InEK erfolgt. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 14 (Allgemeine Chirurgie): Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassung bei den ärztlichen Personalanforderungen. Sie trägt dazu bei, dass sowohl eine viszeralchirurgische als auch eine unfallchirurgische Grundversorgung durchgängig gewährleistet werden kann. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 19 (Carotis operativ/interventionell): Die Änderungen sind zutreffend. Allerdings bezieht sich der zweite Absatz der Begründung auf die Spalte „Kooperation“ und nicht auf die Spalte „Standort“. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 54 (Stroke Unit): Die Änderungen sind nachvollziehbar. Zur Begründung ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass sich das Erfordernis der Vorhaltung der LG „Allgemeine Innere Medizin“ bereits aus der Verknüpfung mit der LG „Allgemeine Neurologie“ ergibt, die ihrerseits die Vorhaltung der LG „Allgemeine Innere Medizin“ voraussetzt (soweit es sich nicht um Fachkliniken handelt). Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 56 (Geriatric):

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Bei dieser Leistungsgruppe sind die Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses (LGA) nicht vollständig umgesetzt worden. Die Bundesärztekammer rät dazu, den Empfehlungen des LGA vollständig zu folgen und auch die Begründung anzupassen. Die Zusatz-Weiterbildung „Geriatric“ kann von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete erworben werden. Dies entspricht dem interdisziplinären Charakter der Geriatric. Der LGA hat deswegen empfohlen, von der bisher vorgegebenen Begrenzung auf bestimmte Facharztbezeichnungen abzugehen. Diese Empfehlung ist im Referentenentwurf umgesetzt. Damit verbleibt als Anforderung die Vorhaltung von drei Fachärzten (unabhängig vom Gebiet), von denen zwei über die Zusatz-Weiterbildung Geriatric verfügen müssen. Im Referentenentwurf sind nun neben der Zusatz-Weiterbildung alternativ der Schwerpunkt Geriatric und der Facharzt für Innere Medizin und Geriatric aufgenommen. Diese beiden Bezeichnungen sind in der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht enthalten. Die Leistungsgruppen-Tabelle führt die Bezeichnungen in allen anderen Zeilen nur Basis der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung zu § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6. Die Bundesärztekammer rät dazu, diese Systematik auch bei der LG „Geriatric“ beizubehalten und nur die Zusatz-Weiterbildung Geriatric aufzuführen, wie dies auch der LGA empfohlen hat. Materiell ergibt sich dadurch keine Verschlechterung, weil vergleichbare Bezeichnungen aufgrund früherer oder auf Landesebene abweichender Weiterbildungsordnung auf Basis von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			berücksichtigt werden können. Die Bundesärztekammer hat dazu mittlerweile im Zusammenwirken mit den Landesärztekammern eine Tabelle erstellt, in der die jeweils vergleichbaren Bezeichnungen aufgeführt sind. In dieser Tabelle ist auch kenntlich gemacht, dass der Schwerpunkt Geriatrie und der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie als vergleichbare Bezeichnungen zur Zusatz-Weiterbildung Geriatrie im Sinne von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 zu berücksichtigen sind. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu LG 58-63 (Transplantationen): Zu den „Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird jeweils der „Transplantationsbeauftragte“ gezählt. Dieser ist samt seinen Aufgaben in § 9b TPG vorgegeben und spielt bei der Transplantation als solcher eher keine Rolle. Vermutlich intendiert ist eine Person, die als (interner) „Transplantationskoordinator“ o. ä. vorzusehen ist. Redaktionell ist anzumerken, dass die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer obligate interdisziplinäre Transplantationskonferenz bei diesen Leistungsgruppen verkürzt „interdisziplinäre Transplantkonferenz“ genannt wird. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine redaktionelle Anpassung. Ergänzender Änderungsbedarf: Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat darauf hingewiesen, dass die Krankenhausreform in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kritische Auswirkungen auf die bestehenden stationären Angebote in der Speziellen Schmerztherapie haben wird. Dies geht auf die Systematik der Fallzuordnung durch den InEK-Grouper zurück. Um die wichtigen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			stationären Angebote für schwersterkrankte Schmerzpatientinnen und -patienten nicht zu gefährden, rät die Bundesärztekammer dringend dazu, dass der Leistungsgruppen-Ausschuss gemeinsam mit dem InEK eine Lösung für dieses Problem erarbeitet. Dies muss so zügig geschehen, dass evtl. erforderliche gesetzliche Änderungen noch im laufenden Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden können.

			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die auf Bundesebene vorgegebenen Standortdefinitionen können mit Blick auf die Zuweisung von Leistungsgruppen, aber auch in anderen Regelungskreisen (Zentrumsausweisungen, PPP-RL) zu relevanten Problemen bei der regionalen Umsetzung führen, die nicht im Sinne einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung sind. Die Bundesärztekammer empfiehlt deswegen, es den Bundesländern zu ermöglichen, in gut begründeten Fällen Abweichungen von der starren bundeseinheitlichen Standortdefinition vorzugeben.
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	Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Nummer 2, Buchstabe c): Die Bundesärztekammer befürwortet, dass die Länder mehr Handlungsspielräume erhalten. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden. Dazu muss es ermöglicht werden, regionale Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung im Gesetzentwurf ausreichend zu berücksichtigen. Die mit dem KHVVG vorgegebenen vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien von 30 bzw. 40 Minuten waren zudem nicht sachgerecht, weil sie die Heterogenität der Leistungsgruppen nicht ausreichend berücksichtigten und überdies methodische Fragen aufwarfen (fehlende Angaben zum Berechnungsmodus und zum jeweils relevanten Bevölkerungsanteil). Über die Entwicklung

			sachgerechter und bezogen auf die Leistungsgruppen differenzierter Kriterien sollte daher zunächst der LGA beraten.. Richtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer die Aufnahme eines Ausnahmetatbestandes für Krankenhäuser, deren Betrieb eingestellt werden soll. Die Bundesärztekammer begrüßt auch die Möglichkeit, eine Ausnahmeregelung in gut begründeten Fällen nach drei Jahren ein weiteres Mal zu verlängern. Der Referentenentwurf sieht dazu ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor. Dies steht aus Sicht der Bundesärztekammer nicht im Einklang mit §7 Abs. 1 Satz 2 KHG. Danach sind bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben, also mit den Mitgliedern der Landesausschüsse für Krankenhausplanung. Dies sollte auch für den vorliegenden Sachverhalt gelten. Ein einseitiger Einvernehmungsvorbehalt nur für die Krankenkassen ist aus Sicht der Bundesärztekammer abzulehnen. Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Nummer 2 Buchstabe e): Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (Vorhaltevergütung) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung und kann daher nur ein erster Schritt sein. Die Bundesärztekammer rät dazu, umgehend mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes zu beginnen. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln.
--	--	--	---

3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine
4	§ 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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der ursprünglich zur Finanzierung des Transformationsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgesehene Anteil aus dem Sondervermögen Infrastruktur bereitgestellt wird. Die Bundesärztekammer begrüßt auch die Streichung der Vorgaben zur Prüfung des Insolvenzrisikos durch die Länder, die – wie die Begründung ausführlich und zutreffend erläutert – nicht sachgerecht waren. Ergänzender Änderungsbedarf zu § 13 KHG: Unabhängig von den jetzt vorgesehenen Änderungen in § 12b KHG erneuert die Bundesärztekammer ihren Hinweis, dass auf der Landesebene die Landesausschüsse für Krankenhausplanung in die Förderverfahren einzubinden sind, wie dies in § 7 Abs .1 KHG vorgegeben ist. Eine einseitige Privilegierung der Krankenkassen in diesem Verfahren war schon unter den bisher vorgesehenen Bedingungen nicht richtig. Nachdem nun die Finanzierung des Transformationsfonds vollständig aus Bundes- und Landesmitteln erfolgt (und nicht mehr aus Mitteln des Gesundheitsfonds) ist eine solche Privilegierung der Krankenkassen erst recht nicht mehr begründbar. § 13 Satz 1 und 2 KHG sind deswegen wie folgt zu ändern: Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Die Länder treffen die Entscheidung, welche

			Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll; § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend. SieDie Länder können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (Vorhaltevergütung) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung und kann daher nur ein erster Schritt sein und schafft dafür den erforderlichen zeitlichen Spielraum. Die Bundesärztekammer rät dazu, umgehend mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes zu beginnen. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln. Ergänzende Stellungnahme zu § 17b Absatz 1: Die Bundesärztekammer weist noch einmal mit Nachdruck auf die nicht sachgerechten Regelungen in Absatz 1 Satz 14 hin, nach denen ohne Einbezug der Bundesärztekammer Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung entwickelt werden sollen. Das InEK soll gemäß der Gesetzesbegründung ein entsprechendes Konzept vorlegen, auf dessen Grundlage die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Zu- und Abschläge für die Krankenhäuser festlegen sollen.

			Die Zuständigkeit der Ärztekammern für die Weiterbildung ergibt sich aus den Heilberufe- und Kammergesetzen. Die Ärztekammern sind insbesondere unter anderem für die Zulassung von Weiterbildungsstätten nach definierten Kriterien, die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen sowie die Abnahme von Weiterbildungsprüfungen zuständig und stehen somit in regelmäßigem Kontakt mit weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten sowie Weiterbildungsbefugten. Sie können einschätzen, welche Qualitätsindikatoren für den Prozess in Betracht kommen und ausschlaggebend sind. Zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung müssen angesichts der unzureichenden Finanzierung zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, anstatt Abschläge vorzusehen. Um zu gewährleisten, dass die Bundesärztekammer hier strukturell einbezogen wird, ist eine entsprechende Ergänzung vorzusehen, nach der die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren für die ärztliche Weiterbildung in Abstimmung mit der Bundesärztekammer zu erfolgen hat: <i>„Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 in Abstimmung mit der Bundesärztekammer bis zum 31. Dezember 2025, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein, die in Abstimmung mit der Bundesärztekammer festzulegen sind. und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.“</i>
--	--	--	---

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 - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine
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	Stellungnahme der BÄK: Die Bundesärztekammer hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG Bedenken zu der 15 %-Grenze geäußert, insbesondere da auch aus dem Begründungstext nicht ersichtlich wurde, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung handelt. Ein pauschaler Prozentsatz berücksichtigt die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen nicht ausreichend und könnte zu einer ungewollten Konzentration führen, die einer bedarfsorientierten

			Versorgung entgegenwirkt. Die Bundesärztekammer hatte daher gefordert, diese Regelungen zu streichen und Fragen zu onkochirurgischen Leistungen und ggf. zusätzlich nötigen Regelungen durch den Leistungsgruppenausschuss beraten zu lassen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Streichung der Regelungen zur Onkochirurgie weiterhin angezeigt. Die nun getroffenen Regelungen sind dafür kein Ersatz, folgen aber immerhin aus der Erkenntnis, dass eine starre Regelung zu erheblichen Problemen führen kann. Damit sichergestellt wird, dass Regelungen zur Onkochirurgie erst greifen, wenn eine ausreichende fachliche Analyse und Folgenabschätzung erfolgt sind, sind die Regelungen zur Onkochirurgie so zu fassen, dass in allen Indikationsbereichen eine Befassung und ggf. Beschlussfassung im G-BA dem Wirksamwerden der Abrechnungsverbote vorausgeht.
--	--	--	--

			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die derzeit vorgesehenen Vergütungsregelungen (Vorhaltevergütung) sind hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen kaum abschätzbar, erzeugen erheblichen bürokratischen Aufwand und verfehlen das Ziel einer fallzahlunabhängigen Vergütung. Dieser Teil der Reform bedarf einer grundlegenden Überarbeitung. Die Verlängerung der Konvergenzphase ändert nichts an dieser Notwendigkeit einer grundlegenden Überarbeitung und kann daher nur ein erster Schritt sein. Die Bundesärztekammer rät dazu, umgehend mit der Erarbeitung eines stimmigen Konzeptes zu beginnen. Dieses Konzept ist gemeinsam mit den sachkundigen Akteuren der Versorgung, einschließlich der Bundesärztekammer, zu entwickeln.
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Stellungnahme der Bundesärztekammer:

		- 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 hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
7	§ 9	- Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Keine

		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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die grundsätzliche Bewertung der Bundesärztekammer unter Artikel 3, Nr. 1.
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der ursprünglich zur Finanzierung des Transformationsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgesehene Anteil aus dem Sondervermögen Infrastruktur bereitgestellt wird. Unabhängig von den jetzt vorgesehenen Änderungen erneuert die Bundesärztekammer ihren Hinweis, dass auf der Landesebene die Landesausschüsse für Krankenhausplanung in die Förderverfahren einzubinden sind. Ein einseitige Privilegierung der Krankenkassen in diesem Verfahren war schon unter den bisher vorgesehenen Bedingungen nicht richtig. Nachdem nun die Finanzierung des Transformationsfonds vollständig aus Bundes- und Landesmitteln erfolgt (und nicht mehr aus

			Mitteln des Gesundheitsfonds) ist eine solche Privilegierung der Krankenkassen erst recht nicht mehr begründbar.
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Stellungnahme der Bundesärztekammer:

		– Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Siehe hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer unter Artikel 4, Nr. 1.
			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)	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Die Bundesärztekammer begrüßt die Anpassungen der Zusammenschlusskontrolle bei den Landesbehörden für die Krankenhausplanung. Gesundheitspolitisch planerische Entscheidungen können sinnvollerweise bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden erfolgen. Eine Kontrolle der Kartellbehörden ist für den Zusammenschluss nicht erforderlich, im Rahmen der Missbrauchskontrolle aber weiterhin sinnvoll. Die vorgesehenen Anpassungen der Verfahrensabläufe und Zuständigkeiten sowie Klarstellungen hält die Bundesärztekammer für nachvollziehbar. Bürokratischer Aufwand und rechtliche Unsicherheiten können damit vermieden werden
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	Stellungnahme der Bundesärztekammer: Noch in Prüfung
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung S- aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		

Ergänzender Stellungnahmebedarf:

Zu § 115g SGB V in Verbindung mit § 6c KHG (**Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**)

Die Bundesärztekammer erneuert ihre Kritik, dass keine Beteiligung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorgesehen ist. Während die Bundesärztekammer richtigerweise im Ausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V vertreten ist, ist eine Einbindung im Zusammenhang mit der Festlegung des stationären Leistungsspektrums der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der Festlegung der Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation für die Erbringung dieser Leistungen nicht vorgesehen.

Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Um eine Beteiligung der Bundesärztekammer bei der weiteren Ausgestaltung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer in Absatz 3 Satz 1 folgende Ergänzung:

„(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren [...] im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, [...]“

Um eine Beteiligung der Landesärztekammern bei der Planung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen, fordert die Bundesärztekammer zudem folgende Änderung in § 6c Absatz 1 KHG:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. § 7 Abs. 1 KHG gilt entsprechend. [...]“

Hierbei ist grundsätzlich anzumerken, dass die Bundesärztekammer in allen Bundesländern eine Beteiligung der Landesärztekammern in den Landeskrankenhausplanungsausschüssen mit Sitz und Stimme fordert.