

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Caritasverband (DCV) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD)

Datum: 21.08.2025

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	s. Kommentierung zu § 6a KHG
	§ 115f	Ergänzende Stellungnahme: Spezielle sektorengleiche Vergütung	<u>Diese Änderungen in § 115f SGB V halten wir für erforderlich:</u> Die Ausweitung des Leistungskatalogs der Hybrid-DRG auf Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen führt zu massiven und unüberschaubaren Folgen auf das vollstationäre Fallpauschalensystem. Sie gefährdet die Kalkulation der Grenzverweildauern, die Ermittlung der Bewertungsrelationen, Zu- und Abschlagsregelungen, die pädiatrische Vergütung (betrifft die sog. „Günstigerprüfung“, d.h. werden Kurzliefgefälle bei Kindern dem Hybrid-DRG entzogen, fällt die Kostenbasis für pädiatrische DRGs) und die Basisfallwertlogik insgesamt. Da die Auswirkungen auf die Patientenversorgung derzeit völlig unklar sind, ist die Ausweitung der Fälle mit mehr als einem Tag Verweildauer aus Sicht einer sicheren Patientenversorgung nicht verantwortbar. Die gesetzliche Vorgabe von 1 Mio. Hybrid-Fälle für 2026 ist unverzüglich zu streichen, ebenso die Fallvorgaben für die folgenden Jahre. Die Kalkulationsinstitute müssen die Möglichkeit erhalten, ambulante und stationäre Fälle für den Hybrid-DRG-Leistungsbereich nach sachlichen medizinischen und ökonomischen Kriterien auszuwählen. Eine quantitative Vorgabe ist hier nicht sachgerecht. Die Absenkung der Vergütung auf EBM-Niveau ist nicht sachgerecht, da Behandlungen, die in Bezug zum System Krankenhaus erbracht werden,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			höhere Kosten verursachen und daher grundsätzlich höher vergütet werden müssen als Leistungen in einem ambulanten Setting. Dies ist auch vor dem Hintergrund geboten, da die Krankenhäuser die Ambulantisierung mittragen sollen und die Erbringung potenziell ambulanter Leistungen in Kliniken nur unter qualitäts- und planungssichernden Aspekten möglich ist. <u>Forderung: Änderung § 115f Abs. 1 Satz 1 Punkt 1 SGB V:</u> „1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird, und 2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.“ <u>Forderung: Änderung § 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V:</u> In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen eine sachgerechte Vergütung der Hybrid-DRG erreicht wird. <u>Forderung: Streichung § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V:</u> „Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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	<u>Wir halten weitere Änderungen in § 135d für erforderlich:</u> <u>Zu § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V:</u> Es ist nicht sachgerecht, dass Landesbehörden den Status als Fachkrankenhaus nur zuweisen dürfen, wenn Krankenhäuser mindestens 80 % ihrer Leistungen in maximal vier Leistungsgruppen erbringen. Viele Fachkrankenhäuser müssen ergänzende Leistungen erbringen, wie z.B. Notfallversorgung, Allgemeinmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Radiologie und Labordiagnostik etc., um ihre Patienten umfassend zu versorgen. Die starre 80-%-Vorgabe kann dazu führen, dass Fachkrankenhäuser ihren Status verlieren, obwohl sie spezialisierte und hochwertige Versorgung leisten. Die Beschränkung auf maximal vier LG bildet nicht die Versorgungswirklichkeit in Fachkrankenhäusern ab, insbesondere bei komplexen und multimorbiden Patienten. Die Fachkrankenhäuser, die aus medizinischen Gründen breiter aufgestellt sein müssen, werden durch diese Regel unnötig benachteiligt. Die Definition orientiert sich ausschließlich an der LG-Systematik und nicht an tatsächlicher medizinischer Spezialisierung oder Versorgungskompetenz. Das kann dazu führen, dass Häuser ihr Versorgungsangebot abbauen müssen, um sicher zu stellen, dass 80 % ihrer Leistung in nur vier LG erbracht werden, auch wenn das bisherige Leistungsspektrum zur Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig ist. <u>Forderung: Änderung § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V:</u> „Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet. wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorher gehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt.“ <u>Zu § 135d Absatz 3 SGB V: Bundes-Klinik-Atlas</u> Der Bundes-Klinik-Atlas verfehlt sein Ziel, Transparenz und Orientierung für Patientinnen und Patienten zu schaffen. Die vereinfachte Darstellung komplexer medizinischer Versorgungsrealitäten führt zu einer Verzerrung des tatsächlichen Leistungsgeschehens. Statt objektiver, kontextualisierter Qualitätsinformationen werden isolierte Kennzahlen präsentiert, die weder Fallzahlen noch Spezialisierungsgrade angemessen berücksichtigen. Die Veröffentlichung von Daten ohne ausreichende Einbettung in regionale Versorgungszusammenhänge fördert Fehlinterpretationen und schwächt das Vertrauen in wohnortnahe Versorgungseinrichtungen. Das Portal verursacht hohen bürokratischen Aufwand bei den Kliniken, bindet erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen und liefert dennoch fehleranfällige, unvollständige und teilweise irreführende Daten. Kliniken berichten immer noch von häufigen Datenfehlern, wie bspw. falschen Fallzahlen und fehlenden Zertifikaten, was zu Verwirrungen bei der Bevölkerung führt. Anstatt zusätzliche Bürokratie für Krankenhäuser zu schaffen, sollte der Fokus auf der Weiterentwicklung bereits etablierter, qualitätsgesicherter Informationssysteme liegen, wie bspw. das „Deutsche Krankenhausverzeichnis“, mit einer klaren Ausrichtung auf fachlich belastbare und patientenverständliche Information. <u>Forderung: Wegfall des Atlas als sofortige Bürokratieentlastung</u>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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>Zu § 135e Abs. 4 Satz 2 Nummer 7a) SGB V:</u> Die Anpassung der anrechenbaren Stundeanzahl pro Vollzeitäquivalent von 40 auf 38,5 entspricht einer Forderung von DCV und KKVD, weil das eher der tatsächlichen tariflichen oder betrieblichen Wochenarbeitszeit entspricht. <u>Zu § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V:</u> Wir begrüßen ausdrücklich die Regelung, dass Fachkrankenhäuser zur Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ diese auch in Kooperationen und Verbünden erfüllen können, da so Ressourcen effizient genutzt, Spezialisierungen gestärkt und zugleich die Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten gewährleistet wird. <u>Wir halten weitere Änderungen in § 135e für erforderlich:</u> <u>Zu § 135e Abs. 1 Satz 1 Nrn. 3 und 4 SGB V:</u> Wenn Kooperationen und bestimmte Versorgungsaufträge auf Bundesebene pauschal ausgeschlossen werden, können regionale Besonderheiten nicht mehr angemessen berücksichtigt werden. Das gefährdet die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in den Flächenländern, ländlichen Räumen oder bei spezialisierten Leistungsgruppen, wo Kooperationen unverzichtbar sind. Die Krankenhausreform verlangt von den Krankenhäusern erhebliche strukturelle Anpassungen. Zusätzliche, bundesrechtlich normierte Ausschlüsse oder Kooperationsvorgaben würden die Planungs- und Investitionssicherheit der Krankenhäuser untergraben. Eine klare Zuständigkeit der Länder verhindert widersprüchliche Vorgaben.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Nr. 3 und 4 weisen dem BMG (mit Zustimmung des Bundesrates) Aufgaben zu, die originär in der Verantwortung der Länder liegen, nämlich die verfassungsrechtlich garantierte Planungshoheit. Zudem sollte die Entscheidung über Ausnahmen ausschließlich den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vorbehalten sein, ohne dass hierfür ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich ist. Es ist zwingend erforderlich, dass Ausnahmeregelungen auch über den Zeitraum von sechs Jahren hinaus möglich sind. Andernfalls drohen sachlich nicht begründbare Einschränkungen, die weder der Versorgungsqualität noch der Planungssicherheit der Krankenhäuser dienen. Insbesondere dann, wenn die Abweichung von den Voraussetzungen der Leistungsgruppen ohne Qualitätsverluste bleibt, müssen flexible Lösungen vorgesehen werden. <u>Forderung: Streichung § 135e Absatz 1 Satz 1 Nrn. 3 und 4 SGB V:</u> „3. Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen, 4. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.“ <u>Zu § 135e Abs. 3 Satz 7 SGB V:</u> Der Leistungsgruppen-Ausschuss des BMG nach § 135e Abs. 3 SGB V ist bereits durch seine Zusammensetzung unausgewogen. Die Interessen der Krankenhäuser, die die Umsetzung der Reform maßgeblich tragen müssen, sind im bestehenden Teilnehmerkreis nur schwach abgebildet. Eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zusätzliche Beteiligung der Patientenorganisationen und des Medizinischen Dienstes Bund ist daher weder erforderlich noch sinnvoll – zumal mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss bereits ein Gremium existiert, das in vergleichbarer Weise arbeitet. Wenn die Aufgaben ohnehin inhaltlich deckungsgleich sind, sollten sie konsequenterweise direkt beim G-BA angesiedelt werden. Die bisherigen Beratungen im LG-Ausschuss haben gezeigt, dass mit jedem weiteren Akteur die Entscheidungsfindung komplexer und langwieriger wird. Die vorgesehene Erweiterung um Patientenorganisationen – sogar mit Antragsrecht nach § 140f Abs. 2 Satz 4 SGB V – und den MD Bund birgt daher erhebliche Risiken: zusätzliche Konfliktlinien, Verzögerungen und eine weitere Schwächung der Handlungsfähigkeit des Ausschusses. Besonders kritisch ist die Rolle des MD Bund. Als Prüfinstanz für die Leistungsgruppen muss er neutral bleiben. Wird er gleichzeitig Teil des Beratungsprozesses, entsteht ein klarer Rollenkonflikt: Der MD wäre Mitgestalter und Kontrolleur zugleich. Das untergräbt seine Glaubwürdigkeit und gefährdet die notwendige Trennung von Beratung und Kontrolle. <u>Forderung: Streichung § 135e Absatz 3 Satz 7 SGB V:</u> „Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen; § 140f Absatz 2 Satz 4, Absatz 5, 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss richten. Der Medizinische Dienst Bund kann ebenfalls beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen.“ <u>Zu § 135e Abs. 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V:</u> Die Regelung, dass teilstationäre und Besondere Einrichtungen die Voraussetzungen der Leistungsgruppen erfüllen müssen, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist abzulehnen. Die Leistungsgruppensystematik ist ausdrücklich darauf ausgelegt, die DRG-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vergütung zu reduzieren und durch eine Vorhaltevergütung zu ersetzen. Da teilstationäre Einrichtungen und Besondere Einrichtungen jedoch in der Regel nicht nach DRGs vergütet werden, ist ihre Einbeziehung in dieses System weder sachgerecht noch systemkonform. Gerade bei Tageskliniken zeigt sich die Problematik deutlich, insbesondere in strukturschwachen Gebieten: Wenn ein vollstationärer Standort die Voraussetzungen für eine Leistungsgruppe nicht mehr erfüllen kann, werden Leistungen konzentriert und teilweise auf Tageskliniken, bspw. in der Geriatrie, verlagert, um die wohnortnahe Versorgung überhaupt aufrechtzuerhalten. Werden diesen Einrichtungen jedoch dieselben Anforderungen wie einer vollstationären Versorgung auferlegt, ist das weder praxistauglich noch zielführend. Dies gilt in besonderem Maße für Besondere Einrichtungen, die aus medizinischen oder strukturellen Gründen bewusst vom DRG-System ausgenommen sind. Gerade weil sie Sonderrollen in der Versorgung einnehmen, können die an den Regelfall ausgerichteten Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen nicht unverändert auf sie übertragen werden. Die Eingrenzung, wonach bestimmte Vorgaben lediglich während der Betriebszeiten einzuhalten sind, greift hier zu kurz. Für ausschließlich reine Tages- oder Nachtkliniken ohne Anbindung an vollstationäre Einrichtungen sowie für Besondere Einrichtungen benötigt es Sonderregelungen. <u>Forderung:</u> 1. <u>Streichung § 135e Abs. 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V</u> „4. dass, soweit in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ zeitliche Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit genannt sind, diese für Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten gelten,“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. <u>Änderung § 8 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG</u> In § 8 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG werden nach dem Wort „dürfen“ ein Komma sowie die Wörter „soweit Leistungen betroffen sind, die nach Fallpauschalen vergütet werden“, eingefügt. <u>Zu § 135e Abs. 4 Satz 2 Nummer 7c) SGB V:</u> Die gesetzliche Begrenzung, dass Fachärzte nur auf maximal drei LG angerechnet werden dürfen, ist sachlich unbegründet und verschärft unnötig die Personalvorgaben. Sie führt dazu, dass Krankenhäuser für medizinisch eng verwandte Leistungsgruppen deutlich mehr Fachärzte vorhalten müssen als tatsächlich erforderlich wäre. Besonders problematisch ist die Sonderregelung, dass Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie nicht für andere LG angerechnet werden dürfen. Dies betrifft zahlreiche Leistungsbereiche wie bspw. die Orthopädie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Visceralchirurgie und Kardiologie. Folge ist, dass der Personalbedarf künstlich in die Höhe getrieben wird und die problematische Arbeitsmarktsituation einerseits negiert und zusätzlich angeheizt wird. <u>Forderung: Änderung § 135e Satz 2 Nummer 7c):</u> „c) Fachärzte für bis zu drei mehrere Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,“ <u>Zu § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7d) SGB V:</u> Wir begrüßen die Anpassung zur vollen Berücksichtigung von Belegärzten mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag, weil damit die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Versorgungsrealität in vielen Regionen anerkannt wird. Belegärzte erbringen einen wesentlichen Teil der stationären Versorgung, oft mit hoher Spezialisierung und Eingriffszahlen, und tragen so direkt zur Qualität bei. Gerade in kleinen und spezialisierten Kliniken sind Belegärzte entscheidend für das Angebot bestimmter Fachrichtungen. In dieser Regelung wird auf eine „ausgewiesene Belegabteilung“ Bezug genommen. Eine derartige Differenzierung zwischen Beleg- und Hauptabteilungen erfolgt bei einigen Ländern im Krankenhausplan jedoch nicht. Damit entfaltet diese Formulierung keine Relevanz. <u>Forderung: Der Begriff „ausgewiesene Belegabteilung“ ist bundesrechtlich zu präzisieren, um Rechtsklarheit und Planungssicherheit zu gewährleisten.</u> Darüber hinaus verweist die Regelung auf die in den Buchstaben b) und c) festgelegten Kriterien, die entsprechend auch für Belegabteilungen gelten sollen. Dies hätte zur Folge, dass Belegärzte bzw. Belegabteilungen verpflichtet wären, einen 24/7-Rufdienst an 365 Tagen im Jahr vorzuhalten. Dieses Erfordernis entspricht jedoch nicht der Versorgungspraxis und ist bei einer nicht durchgängigen Belegung der stationären Behandlungskapazitäten (z. B. OP-Tätigkeit an einzelnen Wochentagen oder in einzelnen Monaten) weder erforderlich noch sachgerecht. Belegabteilungen müssen daher mit Blick auf die Strukturvoraussetzungen gesondert berücksichtigt werden. <u>Forderung: Änderung § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7d) SGB V:</u> „d) in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeit-äquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			angerechnet werden kann; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend,
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	<u>Wir halten weitere Änderungen in §135f SGB V für erforderlich:</u> <u>Zu § 135f SGB V:</u> Die Mindestvorhaltezahlen sollten gestrichen werden, da sie nicht zur Realität der klinischen Versorgung passen und gravierende Probleme bei der Versorgungssicherheit verursachen: • Mindestvorhaltezahlen setzen bundesweit einheitliche Schwellenwerte, unabhängig von der Bevölkerungsdichte, dem tatsächlichen Patientenaufkommen oder regionalen Besonderheiten. Das führt dazu, dass kleinere oder ländliche Kliniken systematisch benachteiligt werden, obwohl sie für die Versorgung vor Ort unverzichtbar sind. • Falsche Anreizwirkung: Kliniken könnten versuchen, „auf Mindestzahl zu kommen“, um Leistungen überhaupt erbringen zu dürfen oder finanziert zu bekommen, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf oder der Versorgungsqualität. Das verzerrt die Steuerung und gefährdet die Patientensicherheit. • Wenn Vorhaltefinanzierung nur dann gewährt wird, wenn bestimmte Schwellenwerte erfüllt sind, entsteht keine verlässliche Kalkulations- und Finanzierungsbasis für Personal, Infrastruktur oder Investitionen. Kliniken wissen nicht, ob sie im nächsten Jahr überhaupt finanziert werden. • Die Anforderungen an Krankenhäuser ändern sich bspw. durch demografische Entwicklungen, Ambulantisierung, Digitalisierung und KI. Mindestvorhaltezahlen sind ein starres, vergangenheitsorientiertes Instrument, das keine dynamische Entwicklung ermöglicht. • Die Finanzierung muss sich an realen Fixkosten und einer qualitativ hochwertigen, erreichbaren Versorgung orientieren und nicht an

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			formalen Schwellenwerten. Mindestvorhaltezahlen engen die Gestaltungsspielräume der Länder ein und erschweren bedarfsorientierte Strukturanpassungen. <u>Forderung: Streichung § 135f SGB V</u>
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	<u>Wir halten weitere Änderungen für erforderlich:</u> <u>Zu § 136c Abs. 2 Satz 1 SGB V:</u> Im Entwurf ist vorgesehen, dass der G-BA eine niedrigere als die in § 40 Abs. 1 Satz 3 KHG genannte Prozentzahl festlegen kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Diese Formulierung räumt dem G-BA jedoch lediglich eine Möglichkeit ein. Damit besteht das Risiko, dass die entscheidende Voraussetzung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in der Praxis nicht hinreichend umgesetzt wird. Gerade in der Onkochirurgie ist jedoch klar, dass eine gleichzeitige Erfüllung hoher Fallzahlvorgaben und der Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung nicht in allen Regionen realisierbar ist. Ohne eine verpflichtende Absenkungsmöglichkeit drohen Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten. Die Krankenhausreform verfolgt jedoch ausdrücklich das Ziel, eine patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Daraus ergibt sich zwingend, dass der G-BA nicht nur die Möglichkeit, sondern die Pflicht haben muss, die Prozentzahl abzusenken, wenn andernfalls Versorgungslücken entstehen würden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Forderung: Änderung § 136c Abs. 2 Satz 1 SGB V:</u> „Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hat für einen in § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Indikationsbereich eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festzulegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Mit der vorgesehenen Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und der Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds auf 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds wird die Spanne zwischen der Obergrenze und der Untergrenze der Liquiditätsreserve geringfügig um 2,5 Prozentpunkte auf 7,5 Prozentpunkte ausgeweitet. Der BRH hat sich in seinem jüngsten Bericht zur Entwicklung der Finanzlage in der GKV vom 15. August für eine deutliche Erhöhung dieser Spanne ausgesprochen und sowohl die Höhe der Mindestrücklage als auch der Obergrenze als zu niedrig bewertet. Die Folge der gegenwärtigen Regelung ist eine permanente, mittlerweile auch unterjährige Anhebung der Zusatzbeiträge, die den Beitragszahler belasten. Eine Anhebung von Mindestreserve und Obergrenze ist somit dringend für eine Stabilisierung der Finanzgrundlage der GKV vonnöten. Dass die Liquiditätsreserve zu gering ist, zeigt sich aktuell in der Notwendigkeit, dem Gesundheitsfonds bereits in 2025 ein Darlehen von 2,3 Mrd. Euro gewähren und die Rückzahlung eines Darlehens aus dem Jahr 2023 in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2026 auf Ende 2033 verschieben zu müssen, um eine Unterschreitung der Mindestreserve oder eine weitere Erhöhung des Zusatzbeitrags zum 15. Januar 2027 zu vermeiden.
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV	<u>Wir halten weitere Änderungen für erforderlich:</u>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	<u>Zu § 275a Abs. 1 Satz 5 SGB V:</u> Die Zulassung unangekündigter Vor-Ort-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst stellt für die Krankenhäuser eine unverhältnismäßige organisatorische und bürokratische Belastung dar und ist in der aktuellen Praxis realistisch nicht umsetzbar. Diese Regelung erkennt die Realität der Datenvorhaltung in Krankenhäusern. Anders als in vollautomatisierten Systemen erfolgt die Dokumentation, Ablage und Verknüpfung von Nachweisen in den meisten Häusern noch teilweise manuell und über mehrere Systeme hinweg. Viele Krankenhäuser werden noch Jahre benötigen, um die notwendigen technischen Voraussetzungen für eine Echtzeit-Datenbereitstellung zu schaffen. Ohne vorherige Ankündigung ist es somit organisatorisch nicht möglich, alle relevanten Dokumente und Nachweise innerhalb kürzester Zeit in prüffähiger Form zusammenzutragen. Um unangekündigte MD-Prüfungen realistisch zu meistern, müssten Krankenhäuser eine ständige Daten- und Personalbereitschaft gewährleisten. Das würde bedeuten, dass zusätzliche Ressourcen dauerhaft gebunden werden müssten, parallel zur laufenden Patientenversorgung (Ärzte, Pflegekräfte, Kodierfachkräfte müssen ad hoc aus der Versorgung abgezogen werden, um Unterlagen zusammenzustellen etc.) und sich die administrativen Aufgaben verdoppeln (Pflege von Echtzeitdaten etc.). Damit steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen. Durch diese Regelung droht, dass die vorhandenen Strukturen in den Krankenhäusern zusätzlich belastet werden und der Fokus vom Patientenwohl auf die Bürokratie verlagert wird. <u>Zu § 275a Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V:</u> Die neue Zeitschiene sieht vor, dass die MD-Prüfungen als Grundlage der Leistungsgruppenzuordnung im Zeitraum 31.12.2025 bis 31.07.2026 durchgeführt werden. Aus unserer Sicht ist dieser Zeitraum für eine

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			flächendeckende Prüfung aller Krankenhäuser in sämtlichen beantragten Leistungsgruppen vollständig unrealistisch. Dies birgt das Risiko einer ungleichen Behandlung: Ein Teil der Krankenhäuser würde unter strengen MD-Prüfungen bewertet – und das, obwohl Prüfmethode und Kriterien im Vorfeld nicht abschließend geklärt sind –, während andere ihre Leistungsgruppenzuordnung auf Basis möglicherweise unrealistischer Selbsteinschätzungen erhielten. Dies benachteiligt die geprüften Häuser und gefährdet die Gleichbehandlung im Verfahren. <u>Forderung:</u> Wenn nicht gewährleistet werden kann, dass alle Krankenhäuser innerhalb des vorgesehenen Zeitraums geprüft werden, sollten die Leistungsgruppen zunächst einheitlich auf Basis von Selbsteinschätzungen zugeteilt werden. Die MD-Prüfungen müssten dann nachgelagert und für alle Häuser gleichermaßen erfolgen. Alternativ muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass der Medizinische Dienst im genannten Zeitraum tatsächlich alle beantragten Leistungsgruppen in allen Krankenhäusern prüft.
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	Eine frühzeitige erste Evaluation der LG-Einteilung durch die Länder wird für sinnvoll gehalten, um eventuelle Fehlentwicklungen frühzeitig korrigieren zu können.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu	<u>Wir halten weitere Änderungen für erforderlich:</u>

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	<u>Zu LG Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“, sachliche Ausstattung:</u> Die Anforderung „Endoskopie täglich acht Stunden“ sieht vor, dass die Endoskopieleistungen in Krankenhäusern jeden Tag mindestens acht Stunden verfügbar sein müssen. Gerade in kleineren Krankenhäusern ist es personell und organisatorisch oft nicht möglich an Wochenenden oder Feiertagen Endoskopieleistungen in dieser Form vorzuhalten. Das führt zu unnötigem Druck auf das Personal und kann die wirtschaftliche Tragfähigkeit kleinerer Häuser gefährden. Daher sollte die Anforderung auf „Montag bis Freitag“ beschränkt werden. Dadurch wird eine realistische Planbarkeit gewährleistet, ohne die Versorgungsqualität unter der Woche zu beeinträchtigen. Krankenhäuser können so ihre Ressourcen effizient einsetzen und dennoch die notwendige patientenorientierte Versorgung sicherstellen. Gleichzeitig wird vermieden, dass kleinere Häuser von der Erfüllung der Mindestanforderung ausgeschlossen werden, nur weil sie am Wochenende keine vollständige Endoskopie bereitstellen können. <u>Forderung:</u> - Anpassung der sachlichen Ausstattung: „Endoskopie täglich acht Stunden von Montag bis Freitag“ <u>Zu LG Nr. 11 „Interventionelle Kardiologie“, sachliche Ausstattung:</u> Die in den personellen Voraussetzungen geforderte Besetzung mit mindestens fünf Fachärzten geht deutlich über die Vorgaben vergleichbarer Leistungsgruppen hinaus, die ebenfalls mit akuten und zeitkritischen Versorgungssituationen verbunden sind. Die hohe Anzahl ist unverhältnismäßig und verschärft die ohnehin bestehende Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum.

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	<u>Forderung:</u> - Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Fünf Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit <u>Zu LG Nr. 27 „Spezielle Traumatologie“:</u> Wir begrüßen ausdrücklich, dass von den im KHVVG geplanten fünf zusätzlichen LG zum NRW-Modell nun vier gestrichen wurden. Das reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser erheblich, verhindert unnötige Zersplitterung der Leistungsstrukturen und erlaubt eine fokussierte Umsetzung der notwendigen Transformation der Krankenhauslandschaft mit den bereits erprobten LG aus NRW. Die Einführung der neuen LG Nr. 27 aus dem KHVVG sehen wir weiterhin kritisch, denn Kliniken, die die Qualitätskriterien der neuen LG „Spezielle Traumatologie“ nicht erfüllen, indem sie z.B. die zusätzlich benötigten spezialisierten Fachkräfte nicht vorhalten können, werden benachteiligt, obwohl sie in der Gegenwart eine hochwertige traumatologische Versorgung anbieten. <u>Forderung: Streichung der LG Nr. 27</u> <u>Zu LG Nr. 56 „Geriatric“, personelle Ausstattung:</u> Die Anforderung von mindestens zwei FÄ „mit ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric“ halten wir für viele Krankenhäuser für zu hoch angesetzt. Bereits heute bestehen in vielen Regionen erhebliche Versorgungsengpässe, so dass die Gewinnung von Fachärzten in ausreichender Zahl schwierig ist.

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	<u>Forderung:</u> - Anpassung der Qualifikation: ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin - Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens zwei ein mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin <u>Zu LG Nr. 57 „Palliativmedizin“, personelle Ausstattung:</u> Die Anforderung von „mindestens 2 FÄ mit ZW Palliativmedizin“ halten wir für viele Krankenhäuser für kaum realisierbar. Insbesondere in kleineren Häusern oder ländlichen Regionen ist die Vorhaltung von Ärzten mit dieser speziellen palliativmedizinischen Zusatzweiterbildung oft nicht realistisch. Laut Statistik der Bundesärztekammer verfügen in Deutschland deutlich weniger Krankenhausärzte über die ZW Palliativmedizin als etwa über die ZW Notfallmedizin oder Intensivmedizin. Diese Anforderung wird dazu führen, dass Kliniken diese LG nicht mehr anbieten können und das obwohl die flächendeckende Versorgung mit den jetzt bestehenden Strukturen schon nicht gegeben ist. Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bieten derzeit nur etwa 17 % der Kliniken eine Palliativstation für erwachsene Palliativpatientinnen und -patienten an, und lediglich 4 % verfügen über einen multiprofessionellen Palliativdienst auf weiteren Stationen. <u>Forderung:</u> - Anpassung der Qualifikation: ZW Palliativmedizin oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care - Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens zwei ein FA mit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			ZW Palliativmedizin oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care <u>Zur Streichung des Verweises auf die PpUGV in Anlage 1:</u> Die Streichung des Verweises auf die PpUGV ist absolut notwendig. Wir begrüßen den Wegfall dieses Prüfkriteriums („Erfüllung der PpUGV“). Darüber hinaus fordern wir, dass die PpUGV endlich vollständig durch die PPR 2.0 ersetzt wird und damit die derzeitige doppelte Nachweispflicht für beide Personalbemessungsinstrumente beendet wird. Die doppelte Nachweispflicht für gleiche Sachverhalte muss abgebaut werden, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten und das Personal wieder mehr Zeit für die tatsächliche Pflege am Patientenbett zur Verfügung hat. Die alte PpUGV verursacht hier unnötige Doppelstrukturen und widerspricht einer effizienten und klaren Regulierung. <u>Forderung: Ersatz der PpUGV durch die PPR 2.0</u>
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	<u>Wir halten weitere Änderungen in § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG für erforderlich:</u> Viele Krankenhäuser erbringen ihre Versorgungsangebote über mehrere Standorte oder Gebäudekomplexe verteilt, um die Versorgung wohnortnah abzusichern, bestehende Infrastruktur effizient zu nutzen und ambulante und stationäre Angebote sektorenübergreifend miteinander zu verknüpfen. Die Begrenzung des Standortbegriffs auf eine maximale Entfernung von 2.000 Metern ist weder in Großstädten sinnvoll, wo viele Träger ihre Campi über die Stadt verteilt haben, noch in Flächenregionen. Eine Ausweitung auf 10.000 Meter würde es ermöglichen, dass kleinere Klinikstandorte, ambulante Einrichtungen und Fachabteilungen in einem gemeinsamen Versorgungsverbund zusammengefasst werden, dabei trotzdem als ein

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Standort im Sinne der Krankenhausplanung gelten und damit die Schließung und Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen im bestehenden Verbund zu vermeiden. Durch moderne Kommunikations- und Dokumentationsinfrastruktur, digitale Patientenakten, telemedizinische Vernetzung sowie einheitliche Leitungs- und Qualitätsstrukturen erfolgt die Versorgung auch in räumlich getrennten Gebäuden so koordiniert, als fände sie „unter einem Dach“ statt, ohne Einbußen bei Qualität, Sicherheit oder Patientennähe. <u>Forderung: Änderung § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG:</u> „Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2.000 10.000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	<u>Wir halten weitere Änderungen in § 6a Abs. 4 Satz 3 KHG für erforderlich:</u> Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Länder zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, nun die Möglichkeit erhalten, Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien zuweisen zu können und vor der Zuweisung ausdrücklich auch zu prüfen, ob die Qualitätsvorgaben durch Kooperationen und Verbundstrukturen sichergestellt werden können. Die zeitliche Begrenzung dieser Zuweisung halten wir für nicht sachgerecht, da sie die Planungen der Länder erheblich einschränkt: Die erste Befristung ist mit 3 Jahren für die Fallkonstellation der Nummer 1 (zur zwingenden Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung) zu kurz bemessen; das kann auch die zweite Befristung, die wiederum nur mit 3 Jahren bemessen ist, nicht heilen. Diese wird durch das „Einvernehmen“ der Kassen in der Realität für die Länder kaum umsetzbar sein. Kasseninteressen könnten die Versorgungssicherheit untergraben, indem wirtschaftliche Erwägungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			kurzfristig über den langfristigen Erhalt notwendiger Versorgungsstrukturen gestellt werden. <u>Forderung: Änderung § 6a Abs. 4 Satz 3 KHG:</u> „Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; eine weitere Befristung von höchstens drei Jahren ist in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig unbefristet möglich.“
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an das InEK	
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	<u>Zu § 12b Abs. 1 Sätze 1 bis 3 KHG:</u> Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Finanzierung des KHTF nun sachgerecht aus Steuermitteln erfolgt, denn die zu fördernden Umstrukturierungsmaßnahmen der Krankenhauslandschaft infolge des KHVVG sind eindeutig eine Staatsaufgabe und dürfen nicht einseitig den GKV-Beitragszahlerinnen und -zahlern aufgebürdet werden. <u>Zu § 12b Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHG:</u> Wir begrüßen die von uns in der Stellungnahme zum KHVVG geforderte Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. Dadurch wird unnötige Bürokratie abgebaut und die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds vereinfacht.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	<u>Wir halten weitere Änderungen in § 17b KHG für erforderlich:</u> Die Verknüpfung von Vorhaltevergütung und Leistungsgruppen ist problematisch. Leistungsgruppen dienen der Krankenhausplanung auf Landesebene sind aber als Finanzierungsinstrument ungeeignet.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die im Gesetz angelegte Systematik der Vorhaltevergütung ermöglicht den Kliniken keine wirtschaftliche Planbarkeit. Grund dafür ist, dass die Kostenstruktur der Leistungserbringung im Klinikprozess nicht den Kriteriendefinitionen der Leistungsgruppen folgt und in der Behandlungspraxis auch nicht damit in Einklang zu bringen ist. Das führt bereits in der Theorie zu erheblichen „Soll-Bruch-Stellen“, wie folgt exemplarisch dargestellt: Nach der jetzigen Regelung erhält eine Klinik die Vorhaltevergütung für die jeweilige Fachabteilung nicht nur aus den direkt zugewiesenen Leistungsgruppen zu dieser Fachabteilung, sondern anteilig auch noch durch Fälle, die durch den Grouper in die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ einsortiert werden. Diese Gruppen sind breit gefasst, damit sie in der Planungslogik als „Sammelbecken“ für viele sonstige internistischen und chirurgischen Leistungen fungieren können. Dies führt dazu, dass die Klinik jegliche finanzielle Planungs- oder Steuerungsmöglichkeit verliert, da sie nicht mehr zuordnen kann, welche Kosten in den jeweiligen Fachabteilungen durch die Vorhaltevergütung refinanziert werden. Beispiel: Eine Klinik hat 7 Fachärzte, 3 davon werden allgemeinchirurgisch eingeteilt und 4 arbeiten in der Fachabteilung Visceralchirurgie. Viele Leistungen, die von den Chirurgen in der Abteilung Visceralchirurgie erbracht werden, wie z.B. Blinddarmoperation oder die Entfernung eines Dünndarmtumors, werden allerdings nicht in eine der 5 speziellen Leistungsgruppen der Visceralchirurgie zugeordnet, sondern der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie. Eine Berechnung der Vorhaltefinanzierung der Fachabteilung Visceralchirurgie wird so unmöglich. In der Abrechnungspraxis muss sich die Klinik die Vorhaltevergütungsanteile für die Fachabteilung Visceralchirurgie aus 5 unterschiedlichen Leistungsgruppen und dem Sammelbecken „Allgemeine Chirurgie“ zusammensuchen. Diese Systematik macht eine wirtschaftliche Finanzierungs- und Budgetplanung in der Praxis nicht nur unkalkulierbar, sondern gänzlich unmöglich.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Daher muss die Vorhaltefinanzierung von den Leistungsgruppen entkoppelt werden. Sie sollte sich sinnvollerweise an den realen Fixkosten für die Leistungserbringung orientieren und unabhängig von Mindestvorhaltezahlen ausgestaltet werden. Die aktuelle Systematik mit Umverteilung pauschaler Budgetanteile bestehender Mittel bietet weder Finanzierungssicherheit noch Planbarkeit. Nötig ist ein realistisches, verlässliches Modell zur vollständigen Refinanzierung echter Vorhaltekosten, um eine nachhaltige Versorgung zu gewährleisten. Zudem ist es falsch die Vorhaltefinanzierung einzuführen, bevor die Krankenhausplanung der Länder abgeschlossen ist. Stattdessen müsste zuerst der regionale Versorgungsbedarf analysiert und darauf aufbauend eine bedarfsorientierte Krankenhausstruktur geschaffen werden — begleitet von einer gezielten Investitionsförderung. Auf der dann realisierten, zukunftsfähigen Kliniklandschaft sollte in einem darauffolgenden Schritt eine langfristig tragfähige Vorhaltefinanzierung entwickelt werden. Die jetzige Vorhaltevergütungsregelung nach KHVVG muss daher ausgesetzt werden und die Systematik und Kalkulation neu aufgesetzt werden. <u>Forderung: Aussetzung § 17b Abs. 4b KHG</u>
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: 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	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
An 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	<u>Wir halten weitere Änderungen in § 4 KHG für erforderlich:</u> Darüber hinaus sollte der bisherige Fixkostendegressionsabschlag (FDA) zu einem Strukturkostenausgleich (SKA) weiterentwickelt werden, der sowohl

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fixkostendegressionsabschlag	bei Leistungssteigerungen als auch bei rückläufiger Leistungsentwicklung angemessen greift. Gleichzeitig müssen die verbleibenden Strukturkosten im Falle einer rückläufigen Leistungsentwicklung künftig auch basiswirksam in die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte einbezogen werden können. Unabhängig davon ist es erforderlich, den FDA nicht wie geplant erst ab 2026, sondern bereits ab 2025 abzuschaffen. Andernfalls würden die derzeitigen Abschläge auf Mehrleistungen gewünschte und notwendige Konzentrationsprozesse, die schon vor Inkrafttreten der Reform angestoßen werden, erheblich behindern. <u>Forderung: Änderung in § 4 Abs. 2a KHEntgG:</u> - In Satz 1 wird die Angabe „2026“ nicht durch die Angabe „2027“ ersetzt. - In Satz 11 wird jeweils die Angabe „2027“ nicht durch die Angabe „2028“ ersetzt.
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 – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach	<u>Folgeänderung zu § 17b KHG</u> <u>Forderung: Aussetzung § 6b KHEntgG</u> Begründung siehe unter § 17b KHG

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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, 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	
			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	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
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	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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
	Erfüllung S-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		

Kontakt

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix
Leiterin Kontaktstelle Politik
Tel. 030 284 47 46
kontaktstelle.politik@caritas.de