

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV)

Die drei ausgewählten Stellungnahmethemen sind rot in der Spalte Stichwort unterlegt.

Datum: 15. August 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	
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	
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	
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	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Das Krankenhausreformenpassungsgesetz verfolgt das Ziel notwendige Anpassungen am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorzunehmen. Das KHVVG will die Qualität der stationären Versorgung in Deutschland durch bundeseinheitliche Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben und Qualitätsanforderungen nachhaltig ausrichten sowie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern. Diese Basisziele der Reform sind zu begrüßen. Angesichts der bereits fortgeschrittenen Umsetzungsprozesse in den Bundesländern sowie den damit verbundenen laufenden Fristen ist eine

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			rechtssichere Fristauslegung erforderlich. Die Anpassung von Prüffristen des Medizinischen Dienstes (MD) sowie zur Beantragung von Fördermitteln, basierend auf den Fristen des KHVVG und der Krankenhaustransformationsfondsverordnung, welche nun im Krankenhausreformenpassungsgesetz revidiert werden, sollten im Gesetzgebungsverfahren vorgezogen werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass: • die begonnen Planungsschritte der Länder rechtssicher abgeschlossen werden können, • keine weiteren Anpassungen an begonnen Umsetzungen erforderlich sind, • Krankenhausträger ausreichend Zeit zur Umsetzung erhalten, • Prüfungsgänge des MD ohne Widersprüche und einheitlich verlaufen, • mögliche Verzögerungen des Gesetzesverfahren auf Bundesebene die Umsetzung in den Ländern nicht konterkarieren. Änderungsvorschlag: Der DEKV fordert daher eine vorgezogene gesetzliche Festlegung der Fristen aus dem Krankenhausreformenpassungsgesetz, um die Synchronisierung zwischen Bundesgesetzgebung, Landesplanung und der Prüfung durch den Medizinischen Dienst sicherzustellen. Es ist dringend erforderlich, die im Gesetz vorgesehenen Fristen für eine rechtssichere Umsetzung der Reform in einem anderen Gesetzgebungsverfahren früher zu verankern. Begründung: 1. Reformumsetzung schreitet in den Ländern voran Unabhängig von weiteren gesetzlichen Änderungen durch das KHAG auf Bundesebene haben mehrere Bundesländer bereits mit der konkreten

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Umsetzung der Reform begonnen. Diese Umsetzung auf Landesebene erfordert Klarheit hinsichtlich der Fristen und den damit verbundenen Anforderungen für Krankenhäuser. • Sachsen: Das Antragsverfahren, in dem die Krankenhäuser Leistungsgruppen beantragen konnten, endete bereits zum 30. April.¹ • Niedersachsen: In Niedersachsen lief das Verfahren zur Leistungsgruppenbeantragung durch die Kliniken vom 1. April bis zum 4. Juli 2025 mit etwa 2.300 Leistungsgruppenanträgen.² • Brandenburg: Gemäß dem Zeitstrahl zur Umsetzung der Krankenhausreform im Land Brandenburg läuft bereits die Beantragung der Leistungsgruppen sowie der Mittel aus dem Transformationsfonds.³ • Thüringen und Sachsen-Anhalt: Auch hier laufen bereits die Beantragungen respektive sind abgeschlossen.⁴ • Bremen und Rheinland-Pfalz: wollen das Antragsverfahren ab August eröffnen.⁵ • Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein: warten mit dem Beginn der Beantragung auf den Referentenentwurf des KHAG.⁶ Diese föderale Realität zeigt deutlich die dringend benötigte Klarheit für die Fristen. Unklare Fristen führen nicht zu einer besseren Umsetzung,

¹ Vgl.: <https://www.aerzteblatt.de/news/so-weit-sind-die-bundeslander-bei-der-umsetzung-der-krankenhausreform-581b0e3f-acea-4085-a819-72e9486f2693> ; vom 14. Juli 2025

² ebd.

³ Vgl.: <https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/themen/gesundheit/umsetzung-der-krankenhausreform/>

⁴ Vgl.: <https://www.aerzteblatt.de/news/so-weit-sind-die-bundeslander-bei-der-umsetzung-der-krankenhausreform-581b0e3f-acea-4085-a819-72e9486f2693>; vom 14. Juli 2025

⁵ ebd.

⁶ ebd.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			sondern erschweren diese durch Unsicherheiten und Mehrarbeit in den Krankenhäusern. 2. Prüffristen des Medizinischen Dienstes Parallel zu den Umsetzungen in den Ländern bestehen damit verbundene Prüffristen des Medizinischen Dienstes (MD) hinsichtlich der Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen. Wenn die gesetzlichen Anforderungen und Fristen auf Bundesebene neu definiert werden, geraten Einrichtungen bei nicht rechtssicherem Status in einen zeitlichen Konflikt mit dem MD. Insbesondere wenn Prüffristenänderungen wie beispielsweise §275 Absatz 2 Satz 7 u. 8 SGB V Einfluss auf die neuen Krankenhauspläne der Länder besitzen. <i>Auszug Begründung Referentenentwurf KHAG Seite 79:</i> <i>„Die Fristen für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird entsprechend auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen. Die Fristenanpassungen ermöglichen, dass die Entscheidungen der Länder zur Zuweisung von Leistungsgruppen, die voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgen, durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und dessen Gutachten angemessen vorbereitet werden.“</i> Diese zu begrüßende Friständerung geht jedoch mit einem Risiko für • wirtschaftliche Schäden durch unnötige Zwischenlösungen oder Fehlinvestitionen, • Rechtsunsicherheit für Träger, Aufsichtsbehörden und Aufsichtsgremien sowie • eine faktische Ungleichbehandlung von Krankenhäusern in den Bundesländern einher.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung	Durch die Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallversorgung fehlt die Transparenz der notwendigen Kostenstrukturen für die personelle und apparative Ausstattung von Notaufnahmen. Die Refinanzierung der Notfallambulanzen in deutschen Krankenhäusern ist durch eine Mischfinanzierung gekennzeichnet. Der Mix aus unzureichender ambulanter Vergütung und nicht abgrenzbaren Erlösen aus der stationären Vergütung führt dazu, dass die Notaufnahmen langjährig strukturell unterfinanziert sind. Exemplarisch hierfür ist, dass die Kosten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme nicht angemessen ermittelt werden können. Grund dafür ist, dass die Finanzierung hauptsächlich auf die stationäre Versorgung ausgerichtet ist. Im Ergebnis führt dies dazu, dass Krankenhäuser nicht die erforderlichen finanziellen Mittel erhalten, um die Notaufnahmen kostendeckend zu betreiben. Gleichzeitig werden ambulante Notfälle bezogen auf die vorgehaltenen Krankenhausstrukturen unzureichend vergütet.⁴ Infolgedessen erhalten auch hier die Notaufnahmen nicht die erforderlichen finanziellen Mittel, um ambulante notfallmedizinische Patientinnen und Patienten kostendeckend zu versorgen. Der DEKV fordert daher die sachgerechte Ausfinanzierung der vorgehaltenen notfallmedizinischen Versorgungsstrukturen in den Krankenhäusern. Darüber hinaus ist es daher notwendig, die Abrechnungsdaten der stationären Notaufnahme stärker im Hinblick auf die Aufnahmegründe zu differenzieren. Das schafft eine bessere Kostentransparenz. Durch diese detailliertere Erfassung der Aufnahmegründe könnte transparenter

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - 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	nachvollzogen werden, welche Kosten tatsächlich durch stationäre Notfallpatientinnen und -patienten verursacht werden. Zur Herleitung der tatsächlich anfallenden Kosten und einer Kostentransparenz sind regelhaft der Aufnahmeanlass und Aufnahmegründe im § 21er-Datensatz für die Notaufnahme bzw. Rettungsstelle weiter zu spezifizieren. Im Rahmen der InEK-Kalkulation ist eine weitere Differenzierung der Notaufnahmen in einer neuen Kostenstellengruppe stationäre Notfallmedizin (Gruppe 14) zu diskutieren.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
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	Im Rahmen der Krankenhausreform zielt §135e SGB V darauf ab, einheitliche, standortbezogene Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser festzulegen. Grundsätzlich ist dieses Ziel im Sinne der Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu begrüßen. Allerdings bedarf es im Hinblick auf hoch spezialisierte Fachkrankenhäuser und Besondere Einrichtungen einer dauerhaften, gesetzlich verankerten Ausnahme, um deren besondere Versorgungsstruktur und medizinische Kompetenz weiterhin gewährleisten zu können.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Änderungsvorschlag: §6a Absatz 4 Satz 4 KHG Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen oder eine Fachklinik oder eine besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Begründung: Eine dauerhafte Ausnahme für Fachkrankenhäuser und besondere Einrichtungen ist aus den nachfolgenden Gründen notwendig und sachgerecht. 1. Hochgradige Spezialisierung Fachkrankenhäuser und besondere Einrichtungen zeichnen sich durch ein eng umrissenes, hoch spezialisiertes medizinisches Leistungsspektrum aus. Sie behandeln häufig seltene, komplexe oder chronische Erkrankungen – etwa in den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Onkologie, Rheumatologie oder Geriatrie – mit einem hohen Maß an fachlicher Expertise. Diese Spezialisierung führt zu: • einer überdurchschnittlichen Behandlungsqualität durch erfahrene Expertenteams, • evidenzbasierten und leitlinienprägenden Therapiekonzepten, • neuen interdisziplinären Versorgungsmodellen sowie • wissenschaftlicher und klinischer Exzellenz auf ihrem Spezialgebiet.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. Fachkrankenhäuser und besondere Einrichtungen sind integraler Versorgungsbestandteil Fachkrankenhäuser und besondere Einrichtungen übernehmen oft Aufgaben, die andere Kliniken qualitativ nicht anbieten können. Dazu gehören Langzeitbehandlungen, hoch spezialisierte Versorgung sowie multimodale Therapiekonzepte und patientenzentrierte Behandlungsprozesse bei chronischen oder komplexen Krankheitsbildern. Damit sichern sie: • bundesweite Behandlungsexpertise für eine flächendeckende, hochspezialisierte medizinische Versorgung auch bei sehr seltenen Erkrankungen, • eine patientenorientierte Struktur, die sich an tatsächlichen Bedarfen orientiert, sowie die Entlastung der Grund- und Regelversorgung durch gezielte Schwerpunktbildung. 3. Nicht sachgerechte pauschale strukturelle Anforderungen Allgemeine standortbezogene Anforderungen, wie beispielsweise das Vorhalten einer Intensivstation, berücksichtigen nicht die medizinisch erforderlichen Strukturen im hoch spezialisierten Versorgungskontext. Die pauschalen strukturellen Anforderungen sind für Fachkrankenhäuser sowie besondere Einrichtungen nicht sachgerecht weil: • die behandelten Erkrankungen regelhaft keine akuten intensivmedizinischen Komplikationen erwarten lassen, so dass keine Intensivkapazitäten oder ähnliches vorgehalten werden, • bei Behandlungsbedarfen im Therapiesetting abgestimmte und etablierte Kooperationen mit umliegenden Akutkliniken bestehen, • zur Verfügung stehende eigene Intermediate-Care-Einheiten oder spezialisierte Monitorbereiche ausreichend sind,

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			der Aufbau zur Erfüllung der Strukturanforderungen unnötige Investitionen bedeutet und folglich die Krankenhäuser gefährdet sowie knappe, aber nicht benötigte Ressourcen bindet. Eine faktische Verpflichtung zum Vorhalten nicht notwendiger Strukturen gefährdet die Wirtschaftlichkeit und das Überleben dieser Einrichtungen und stellt keine Verbesserung der Versorgungsqualität dar. Die Spezialisierung basiert folglich auf höchster medizinischer Qualität, was durch pauschale Anforderungen an Strukturqualität, etwa im Bereich der Grund- und Notfallversorgung, nicht angemessen abgebildet wird.
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an 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	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung:	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	
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

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 3	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
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 Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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.	Vorschrift	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
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		