

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes:

Datum:

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	Siehe auch Kommentar Nr. 13
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)	Die derzeit vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen sind aus qualitativer und versorgungspolitischer Sicht problematisch. Sie erlauben den Ländern, von den im KHVG und KHAG verankerten Strukturvoraussetzungen abzuweichen, ohne dass hierfür verbindliche und nachvollziehbare Kriterien festgelegt sind. Die im ursprünglichen Reformrahmen vorgesehenen Strukturvorgaben stellen bereits den notwendigen Mindestrahmen für eine patientengerechte und qualitativ hochwertige Versorgung dar. Werden diese Mindeststandards durch großzügige Ausnahmen unterschritten, droht die Gefahr, dass die intendierten Verbesserungen der Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch die Reform unterlaufen werden. Ausnahmen sollten daher ausschließlich auf Basis klar definierter, transparenter und nachprüfbarer Versorgungserfordernisse gewährt werden – nicht nach individualpolitischen Präferenzen der Bundesländer. Ansonsten besteht das Risiko, die Strukturreform in ihrer Wirkung zu schwächen und die

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	Zielsetzung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung zu verfehlen. Vorschlag: Wird festgestellt, dass ein Krankenhaus die Mindeststrukturvoraussetzungen für eine zugewiesene Leistungsgruppe nicht erfüllt, soll dem Krankenhaus ein Zeitraum von sechs Monaten eingeräumt werden, um die bestehenden Defizite zu beheben. Erfolgt innerhalb dieses Zeitraums keine vollständige Nachbesserung und der Nachweis der Erfüllung aller erforderlichen Strukturvoraussetzungen, ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe zu widerrufen.
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	Ein besonders gravierender und aus Sicht der DGIIN völlig inakzeptabler Aspekt des vorliegenden Referentenentwurfs ist die geplante Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium aus der Leistungsgruppensystematik. Diese Maßnahme stellt einen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	gefährlichen Rückschritt in der Qualitätssicherung dar und wird von der DGIIN kategorisch zurückgewiesen. Die Pflegepersonaluntergrenzen, die seit 2019 in pflegesensitiven Krankenhausbereichen gelten und kontinuierlich auf weitere Bereiche ausgeweitet wurden, sind derzeit das einzige verbindliche und flächendeckend wirksame Instrument zur Sicherung pflegerischer Mindeststandards im deutschen Krankenhauswesen. Sie definieren konkret, wie viele Pflegekräfte mindestens auf bestimmten Stationen arbeiten müssen – etwa in der Intensivmedizin mit einem Verhältnis von 2:1 in der Tagschicht und 3:1 in der Nachtschicht, oder in der Geriatrie mit 10:1 bzw. 20:1. Die im Referentenentwurf vorgesehene Begründung – Bürokratieabbau, Abbau von Doppelregelungen und vermeintliche Zweifel an der Wirksamkeit – ist aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht nicht nachvollziehbar. Gerade in der Intensivmedizin, wo die DGIIN ihre Kernkompetenz hat, sind die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ein essentieller Baustein der Patientensicherheit. Die komplexe Behandlung schwerkranker Patienten erfordert eine angemessene pflegerische Betreuung, die ohne verbindliche Mindeststandards gefährdet wäre. Internationale Studien und nationale Erfahrungen zeigen eindeutig, dass ein unzureichendes Pflegepersonal mit einer erhöhten Rate an Komplikationen wie nosokomialen Infektionen, Stürzen, Delirien und Medikationsfehlern verbunden ist. Insbesondere in der Intensivmedizin steigt bei zu hoher Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen das Risiko für eine unzureichende Überwachung, verspätete Interventionen und letztlich auch eine höhere Mortalität. Gleichzeitig verlängern sich Liegedauern und Rehabilitationsverläufe, was die Effizienz des gesamten Systems beeinträchtigt und zusätzliche Kosten verursacht. Damit gefährdet die Aufweichung der PpUG nicht nur die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, sondern konterkariert auch die Ziele einer wirtschaftlich tragfähigen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Zwar soll die PpUGV formal bestehen bleiben, jedoch wird ihre Wirkung als Steuerungsinstrument in der Krankenhausplanung durch die Entkopplung von den Leistungsgruppen faktisch neutralisiert. Dies bedeutet, dass Pflegequalität künftig nicht mehr

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			als planungsrelevantes Kriterium berücksichtigt wird – ein Umstand, der mit dem Anspruch einer qualitätsorientierten Krankenhausreform unvereinbar ist. Schon jetzt werden diese Untergrenzen in der Praxis häufig nicht als Sicherheitsnetz, sondern als faktische Sollgröße interpretiert. Ein Wegfall als planungsrelevantes Kriterium birgt die Gefahr, dass sich die ohnehin angespannte Personalsituation in allen pflegesensitiven Bereichen weiter verschärft. Die DGIIN fordert daher die Bundesregierung nachdrücklich auf, von der geplanten Streichung der PpUG aus der Leistungsgruppensystematik Abstand zu nehmen. Vorschlag: Stattdessen sollten PpUG als bundesweit einheitlich geltende, unveränderbare Basisstrukturmerkmale der Krankenhausplanung gestärkt und ebenso wie pflegesensitive Qualitätsindikatoren weiterentwickelt werden.
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	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV	Die DGIIN spricht sich mit aller Entschiedenheit gegen die im Referentenentwurf des KHAG vorgesehene vollständige Streichung der Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin und Kinderchirurgie aus. Die DGIIN hält diesen Schritt für fachlich in keiner Weise nachvollziehbar. Zu keinem Zeitpunkt haben die jüngsten Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft Anlass gegeben, den Versorgungsauftrag dieser Disziplinen zu relativieren oder gar zu streichen. Im Gegenteil: Die Covid-19-Pandemie hat eindrücklich bewiesen, wie unverzichtbar eine umfassende Notfallversorgung und spezialisierte Infektiologie für die Sicherheit der

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Bevölkerung sind. Das gilt ebenso für die Leistungen der Kinderchirurgie, die einen zentralen Beitrag zur Versorgung junger Patientinnen und Patienten leisten. Besonders unverständlich und gesundheitspolitisch fahrlässig ist die Streichung der Leistungsgruppe 65 "Notfallmedizin" im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), die einen zentralen Bereich der Krankenversorgung betrifft: Im Jahr 2023 wurden 12,4 Millionen ambulante Notfälle in deutschen Krankenhäusern behandelt. Dies entspricht einem Durchschnitt von etwa 34.000 Patienten täglich. Diese Zahl stellt einen neuen Höchststand seit Beginn der systematischen Erfassung im Jahr 2018 dar. Schon jetzt ist die Notfallversorgung völlig unterfinanziert und kann die dramatisch zunehmenden Patientenzahlen kurz- und mittelfristig nicht mehr sachgerecht mit der erwarteten Qualität versorgen. Die Vergütung der Versorgung innerhalb der Notaufnahmestrukturen bildet seit Jahren nicht die hohen Vorhaltekosten ab, während gleichzeitig modernste Diagnostikeinheiten wie CT, MRT und qualifiziertes Personal für 365 Tage rund um die Uhr vorgehalten werden müssen. Der demografische Wandel verschärft diese Situation zusätzlich dramatisch: Etwa 40 Prozent aller erwachsenen Notfallpatienten sind bereits über 65 Jahre alt. Diese älteren Patienten sind im Vergleich zu jüngeren dringlicher behandlungsbedürftig, weisen komplexere Krankheitsbilder auf und benötigen längere Behandlungszeiten. Die Anzahl der älteren Hilfesuchenden in Notaufnahmen steigt überproportional - beispielsweise um 6 Prozent bei über 80-Jährigen gegenüber nur 3 Prozent bei jüngeren Gruppen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren durch die weitere demografische Alterung massiv verstärken. Die Streichung der Leistungsgruppe 65 "Notfallmedizin" hat weitreichende Auswirkungen auf das gesamte System der Versorgungsstufen (Level-System), da diese Leistungsgruppe eine zentrale Rolle in den G-BA-Vorgaben zu den dreistufigen Notfallstrukturen spielt. Ohne die strukturellen Qualitätsvorgaben, die in der Charakterisierung einer Leistungsgruppe verankert sind, ist eine qualitative Schwächung der Notfallmedizin und eine Patientengefährdung zu befürchten. Die meisten Kliniken werden aufgrund der unzureichenden Refinanzierung die notwendigen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Strukturverbesserungen nicht aus eigenem Antrieb vornehmen. Die Entscheidung zur Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin steht damit im direkten Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten und gefährdet die Qualität und Sicherheit der notfallmedizinischen Versorgung von Millionen von Patienten in Deutschland. Die DGIIN fordert stattdessen, die essenziellen Leistungsgruppen – darunter insbesondere die Innere Medizin, Angiologie sowie die genannten Bereiche Infektiologie, Notfallmedizin und Kinderchirurgie – weiter zu stärken und das Angebot bedarfsgerecht zu erweitern. Eine Ausweitung anstelle einer Verengung ist angesichts der Versorgungsrealität, des demografischen Wandels und zunehmender medizinischer Herausforderungen dringend geboten. Die geplante Streichung wichtiger Leistungsgruppen konterkariert die Ziele einer hochwertigen, flächendeckenden und resilienten medizinischen Versorgung und steht damit aus Sicht der DGIIN in klarem Widerspruch zu den gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Erfordernissen der kommenden Jahre. Vorschlag: Den benannten Leistungsgruppen sollte in den nächsten 2 Jahren über den INEK-Grouper keine Fälle zugeordnet werden, aber die Strukturvoraussetzungen gelten. Eine Zuweisung kann dann entwickelt werden. Wir plädieren zudem grundsätzlich dafür der LG Notfallmedizin keine Fällen über den INEK-Grouper zuzuweisen, sondern eine echte, mindestens 80 prozentige Vorhaltevergütung einzuführen, stratifiziert nach den drei Notfallstufen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	Siehe auch Kommentar Nr. 6
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	Die geplante Verschiebung des Beginns der Vorhaltevergütung löst keinerlei Probleme, sondern verschärft die aktuellen nochmals um mindestens 12 Monate. Die erneute Verschiebung um ein Jahr stellt keine sachgerechte Anpassung dar, sondern zeigt deutliche Defizite in der konsequenten Umsetzung dringend benötigter Strukturreformen im Gesundheitswesen. Statt entschlossener und nachhaltiger Reformschritte wird eine Verzögerungstaktik verfolgt, die bestehende Herausforderungen weiter verstärkt und die ohnehin stark beanspruchten Akteure im Krankenhausbereich zusätzlich belastet. Vorschlag: Eine beschleunigte Einführung der Vorhaltevergütung, bereits vor dem 1. Januar 2028, sollte ernsthaft in Betracht gezogen werden.
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	- Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	
			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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung S-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		