

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh), Verband rheumatologischer Akutkliniken (VRA)

Datum: 18.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	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	Die Nutzung von Leistungsgruppen als Berichtsebene im Bundes-Klinik-Atlas ist nicht sachgerecht. Der Bundes-Klinik-Atlas richtet sich an Patientinnen und Patienten und muss deren Empfängerhorizont berücksichtigen. So werden Leistungen der Rheumatologie abhängig vom verwendeten Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V unterschiedlichen Leistungsgruppen zugewiesen. Ein Vergleich von Krankenhäusern in Bezug auf rheumatologische Leistungen ist daher nicht möglich. Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ selbst identifiziert Fälle gänzlich unterschiedlicher Versorgungsstrukturen (z.B. Rheumatologie [undifferenziert], Rheumaorthopädie [auch operative Fälle!] und Kinder- und Jugendrheumatologie). Auch innerhalb der Rheumatologie selbst gibt es viele Subspezialisierungen, die nicht vergleichbare Patientenkollektive mit nicht vergleichbaren Ressourcen und Vorhaltungen behandeln. In keiner Weise werden über die Leistungsgruppe gezielt „komplexe“ Fälle der Rheumatologie identifiziert. Das Leistungsgruppensystem soll primär der Krankenhausplanung und Vorhaltefinanzierung dienen. Eine differenzierte Abbildung unterschiedlicher und medizinisch homogener Fallkollektive würde das Leistungsgruppensystem überfrachten. Nur bei medizinischer Homogenität wäre eine Nutzung der Leistungsgruppen als Berichtsebene im Bundes-Klinik-Atlas sinnvoll möglich.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Versorgungstufen können nicht sinnvoll über die reine Anzahl von Leistungsgruppen beschrieben werden. So unterscheiden sich die verschiedenen fachärztlichen internistischen Kompetenzbereiche in der Anzahl der entwickelten Leistungsgruppen, ohne dass daraus eine höhere Qualität oder breitere medizinische Versorgung für die einzelnen Kompetenzbereiche abgeleitet werden könnte. Leistungen der Kardiologie sollten in NRW lediglich differenzierter geplant werden, weshalb vier Leistungsgruppen entwickelt wurden. Andere fachärztliche internistische Kompetenzbereiche bedürfen hingegen nur einer Leistungsgruppe (Endokrinologie und Diabetologie, Pneumologie, Nephrologie, Rheumatologie, Geriatrie). Eine unterschiedliche Wertigkeit (Hierarchie) der fachärztlichen internistischen Kompetenzbereiche war sicherlich bei der Entwicklung der Leistungsgruppen nicht intendiert, wurde nun aber durch die Regelung zu den Versorgungsstufen eingeführt. Dies hat einen Einfluss auf die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern, die nun gezielter die Entwicklung von Fachbereichen mit vielen Leistungsgruppen fördern. Den Zielen einer bedarfsgerechten Versorgung stehen diese Anreize entgegen. Die DGRh und der VRA regen eine Überarbeitung der Definition der Versorgungsstufen an (z.B. Orientierung an den Leistungsbereichen aus NRW). Die Definition von Fachkrankenhäusern in § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V bedarf noch einer Anpassung (im Koalitionsvertrag bereits in Aussicht gestellt). Es wäre sinnvoll, wenn Krankenhausstandorte ohne Grundversorgung, die medizinisch zwar sehr unterschiedlichen Leistungsangebote bündeln, aber vergleichbare Vorhaltungen nutzen, als „Fachkrankenhäuser“ anerkannt werden können. So können beispielsweise Personal und besondere Strukturen sinnvoll und synergistisch für Leistungen der rheumatologischen Komplexbehandlung, Schmerztherapie, Geriatrie und frührehabilitative Leistungen genutzt werden, ohne dass am selben Standort zwingend eine internistische und/oder chirurgische Grundversorgung mit der Vorhaltung einer Intensivstation notwendig wäre. Es wäre kaum im Sinne der Ziele der Krankenhausreform, wenn diese Standorte gezwungen würden, zusätzlich noch

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine nicht bedarfsnotwendige Grundversorgung zum Erhalt der bedarfsnotwendigen spezialisierten Leistungsangeboten aufzubauen. Sollten weiter Krankenhausstandorte bestehen bleiben, die weder über eine intensivmedizinische Versorgung verfügen, noch als Fachkrankenhäuser oder sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (Level 1i) gelten dürfen, bedarf es noch einer dafür passenden Versorgungsstufe. Redaktionell sollte ggf. auf das „n“ bei Level 1n verzichtet werden, da die Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ gestrichen wurde und auch keine Teilnahme an der Notfallversorgung (z.B. G-BA-Notfallstufe) gefordert wird.
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)	Absatz 1 Satz 3: Das Leistungsgruppensystem (Leistungsgruppendifinitionen und Abgrenzungen) wurde bislang durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Zwecke des Bundes-Klink-Atlas („Was prägt den Fall?“) entwickelt und entspricht nur in Bezug auf die Anzahl und Textbezeichnungen dem in NRW eingesetzten Leistungsgruppensystem. Beispielsweise unterscheiden sich beide Leistungsgruppensysteme erheblich in Bezug auf die Abbildung der internistischen Facharztkompetenzen und die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“. Die Nutzung der Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V und die enge Verknüpfung mit dem sich jährlich weiterentwickelnden DRG-System bringen erhebliche Probleme mit sich. Solange das Leistungsgruppensystem noch nicht ausgereift ist, sollte für die Abbildung der internistischen Facharztkompetenzen die Logik des NRW-Leistungsgruppensystems und nicht der KHTG-Grupper genutzt werden. Das Leistungsgruppensystem des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus muss aufgrund der engen inhaltlichen Verknüpfung mit dem DRG-System jährlich weiterentwickelt werden und wird dabei Änderungen in der Leistungsgruppensystemzuordnung erfahren. So werden sich beispielsweise die Fälle, die der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ über Basis-DRG-Listen zugeordnet werden, jährlich ändern.

			Absatz 4 Satz 2 Nr. 4: Tageskliniken sollten grundsätzlich die Vorhaltungen nur während der Betriebszeiten erfüllen müssen. Es ist medizinisch nicht nachvollziehbar, wieso zwischen reinen tagesklinischen Standorten und Standorten mit (ggf. nur fachfremden) vollstationären Angeboten unterschieden werden soll. Die Vorhaltung von Personal außerhalb der Betriebszeiten ist unwirtschaftlich und bietet keinen qualitativen Vorteil. Es fehlen noch weitere Anpassungen in Absatz 4: - Satz 2 Nr. 2: Regelungen zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Es gibt medizinisch keine starre Altersgrenze bis zu der bzw. ab der Jugendliche und junge Erwachsene zwingend in der Kinder- und Jugendrheumatologie bzw. Erwachsenenrheumatologie behandelt werden müssten. Häufig prägen die lokalen Versorgungsstrukturen und eine angemessene Transition die Behandlungsabläufe. Der Leistungsgruppengrouper muss jedoch Fälle immer eindeutig einer einzigen Leistungsgruppe zuordnen und bedarf daher einer starren Altersgrenze. Fälle können damit einer Leistungsgruppe zugewiesen werden, für die am Krankenhausstandort kein Versorgungsauftrag besteht und auch nicht angestrebt wird. Ein Abrechnungsverbot wäre hier unverhältnismäßig und kann zu nicht notwendigen Versorgungslücken führen. Eine beidseitige Abrechnungserlaubnis innerhalb eines Korridors um die Altersgrenze ist in der Regel nicht mit qualitativen Einbußen verbunden und sollte entweder hier oder in § 8 Abs. 4 KHEntgG verankert werden. - Satz 2 Nr. 7: - o b) In Anlage 1 werden in den Spalten „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ die Anforderungen vermischt, sodass nicht immer eindeutig ist, welche Anforderungen in Bezug zur Qualifikation sich auf die Vorhaltung am Standort („angestellt“) und welche sich auf die Vorhaltung für den Rufbereitschaftsdienst beziehen. Eine Klarstellung wäre sinnvoll.
--	--	--	--

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			○ c) Diese Regelung ist zu streichen. Die quantitativen Anforderungen an die personelle Ausstattung, die in NRW entwickelt wurden, beziehen sich auf die Minimalanforderung zur Aufrechterhaltung eines fachärztlichen Rufbereitschaftsdienstes und haben keinen Bezug zu einem krankenhausindividuellen Personalbedarf. Durch die Regelung kann sich derzeit der Personalbedarf unverhältnismäßig vervielfachen und sich ungezielt auf die Versorgungsstrukturen auswirken. Erbringt beispielsweise eine rheumatologische Klinik (z.B. Fachkrankenhaus) unter einem spezifischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V Leistungen (u.a. die rheumatologische Komplexbehandlung), so muss dieser Standort „nur“ die drei fachärztliche Vollzeitäquivalente der Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ vorhalten. Werden <u>die identischen Leistungen</u> unter einem unspezifischen internistischen Fachabteilungsschlüssel erbracht, so werden aufgrund der verteilten Abbildung der Fälle auf die beiden Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Komplexe Rheumatologie“ schon sechs fachärztliche Vollzeitäquivalente gefordert. - Satz 2 Nr. 8 Satz 3: Die Einschränkungen der Ausnahmeregelung lediglich auf den Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ ist nicht sachgerecht. Fachkrankenhäuser benötigen auch andere qualitative Vorhaltungen in den weiteren Anforderungsbereichen.
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	Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ beschreibt keine medizinisch homogenen Leistungen. Die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ kondensiert bei Nutzung des KHTG-Groupers des InEK sehr unterschiedliche Fallkollektive. Neben rheumatologischen Subspezialisierungen (z.B. rheumatologische Komplexbehandlung vs. Behandlung rheumatologischer Systemerkrankungen) werden auch Fälle der Rheumaorthopädie und Kinder- und Jugendrheumatolo-

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			gie der Leistungsgruppe zugewiesen. Alle Subspezialisierungen weisen unterschiedliche mittlere Fallzahlen auf, ohne dass ein Zusammenhang mit der Versorgungsqualität oder Wirtschaftlichkeit besteht. So werden beispielsweise stets nur sehr wenige Fälle der Kinder- und Jugendrheumatologie (mit einer Multimodalen kinder- und jugendrheumatologischen Komplexbehandlung) der Leistungsgruppe zugewiesen. Einrichtungen, die diese Leistung erbringen, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Mindestvorhaltezah erreichen können. Ein Großteil der rheumatologischen Versorgung wird mit dem KHTG-Grouper in der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ abgebildet. Die Rheumatologie erbringt in der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ meist geringere Fallzahlen als andere Spezialisierungen oder eine internistische Grundversorgung. Viele rheumatologische Kliniken nutzen einen unspezifischen internistischen Fachabteilungsschlüssel. Fälle dieser Kliniken werden weitgehend unabhängig vom Behandlungsinhalt der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet. Der „Sammel- und Restleistungsgruppe“ „Allgemeine Innere Medizin“ werden auch viele Fälle weiterer internistischer Facharztkompetenzen, aber auch der Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Radiologie, Schmerztherapie, Suchtmedizin, u.v.a. zugewiesen. Die Fallzahlen der o.g. Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ kann damit keine sinnvolle Auskunft über die Qualität, Wirtschaftlichkeit oder Vorhaltekosten geben. Bei der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ können damit die Ziele der Mindestvorhaltezahlen nicht erreicht werden. Es besteht die Gefahr, dass Spezialisierungen, die geringere Fallzahlen aufweisen als eine Grundversorgung notwendige Vorhaltevergütung verwehrt bekommen, wenn sie die fachfremd bestimmte Mindestvorhaltezah der Sammelgruppe nicht erreichen. Für Leistungsgruppen, in denen kurzverweilende Fälle mit Fällen medizinisch notwendiger langer Verweildauer gebündelt werden, setzen Mindestvorhaltezahlen negative qualitative Anreize. Wenn nur auf die

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fallzahl und nicht auf die Behandlungsinhalte fokussiert wird, müssen Krankenhäuser ihre Ressourcen vermehrt in die Behandlung kürzer verweilender Fälle stecken. Rheumakliniken, die bislang die rheumatologische Komplexbehandlung anbieten, werden dann gezwungen, sich auf Fallkollektive neu zu spezialisieren, bei denen auch kürzere Behandlungen durchgeführt werden können. Nur so könnten mit den vorhandenen Kapazitäten die Fallzahlen gesteigert werden. Auf diese Weise können Versorgungslücken für notwendige länger dauernde Behandlungen entstehen. Mindestvorhaltezahlen dürfen nur bei medizinisch homogenen Leistungsgruppen eingesetzt werden, bei denen auch die Ziele des § 135f SGB V erreicht werden können und keine Fehlanreize gesetzt werden.
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 Verwaltungsverfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	

Nr im Entw.	Vorschrift	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 – Streichung der LG 16	Entgegen der Festlegung im Koalitionsvertrag wurde das Leistungsgruppensystem aus NRW bislang nicht explizit übernommen. Der Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, dass der Gesetzgeber ein Leistungsgruppensystem vorgibt. Stattdessen erscheint es weiterhin so, dass das Leistungsgruppensystem, welches das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für den Bundes-Klinik-Atlas entwickelt hat („KHTG-Leistungsgruppengrouper“) und nun nach der Begründung zur Änderung des § 21 Absatz 3c KHEntgG dauerhaft weiterentwickeln soll, zum Einsatz kommen könnte. Bis zur Verabschiedung einer RVO-LG, die auch konkrete Festlegungen zu § 135e Abs. 1 Nr. 1 SGB V beträfe, würde daher das unter anderen Aspekten und Zielen („Was prägt den Fall?“) entwickelte Leistungsgruppensystem des InEK genutzt. Dieses benutzt zwar die textlichen Bezeichnungen der Leistungsgruppen aus dem NRW-System, besitzt jedoch entscheidend andere Leistungsgruppengrößen als das NRW-Modell. Aufgrund abweichender Fallzuordnungen passen die Qualitätskriterien aus NRW, die überwiegend in die Anlage 1 übernommen wurden, nicht mehr zum genutzten Leistungsgruppensystem. Fälle der Rheumatologie werden vom KHTG-Grouper (selbst bei identischem Leistungsinhalt) in Abhängigkeit des genutzten Fachabteilungsschlüssels nach § 301 SGB V den beiden Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Komplexe Rheumatologie“ zugeordnet. Zu diesen Leistungsgruppen nehmen die DGRh und der VRA Stellung: LG 1 (Allgemeine Innere Medizin):

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 19 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Aus-stattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraus-setzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Aus-stattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Aus-stattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - Streichung der LG 47	Die geforderten qualitativen Mindestvoraussetzungen der Sammel- und Restegruppe haben keinen Bezug zur Rheumatologie. Beispielsweise besteht keine medizinische Notwendigkeit, in der Rheumatologie täglich eine Endoskopie vorzuhalten (welche überhaupt?). LG 7 (Komplexe Rheumatologie): Die qualitativen Mindestvoraussetzungen passen nicht zur Definition der Leistungsgruppe, die das InEK vorgenommen hat (KHTG-Grouper). Sofern tatsächlich in der Leistungsgruppe 7 viele und sehr unterschiedliche Fallkollektive (rheumatologische Subspezialisierungen, Rheumaorthopädie und Kinder- und Jugendrheumatologie) gebündelt bleiben sollen, müssen die Qualitätskriterien so angepasst werden, dass sie von allen abgebildeten Strukturen bei hoher Versorgungsqualität auch erfüllt werden können. Zudem wäre es dann sinnvoll, auch die textliche Bezeichnung der Leistungsgruppe anzupassen, so dass diese nicht spezielle Versorgungsstrukturen für komplexe rheumatologische Leistungen suggeriert. Sinnvoller erscheint jedoch, dass zunächst politisch bestimmt wird, welche Fallkollektive in Bezug auf die Krankenhausplanung und die Vorhaltefinanzierung steuerungsbedürftig erscheinen, um dann davon ausgehend aktiv eine Leistungsgruppendefinition vorzunehmen. Bei Kenntnis einer sinnvollen Leistungsgruppendefinition können dann erst in einem zweiten Schritt die passenden Qualitätskriterien definiert werden. Sofern es bei der Leistungsgruppendefinition des KHTG-Groupers bleiben soll: - Auf die Forderung der Erbringung von „verwandten Leistungsgruppen“ am Standort sollte dann verzichtet werden. Es gibt keine „verwandten Leistungsgruppen“ die sowohl für alle rheumatologischen Subspezialisierungen, als auch für die Rheumaorthopädie und die Kinder- und Jugendrheumatologie vorgehalten werden müssten. Sinnvolle „verwandte Leistungsgruppen“ hängen von der Spezialisierung ab und können nicht pauschal gemeinsam vorgegeben werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	Hilfsweise müsste zumindest die Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ in einer Oder-Verknüpfung ergänzt werden, damit reine Kinderkliniken mit einer Kinder- und Jugendrheumatologie die Mindestvoraussetzungen auch erfüllen können. - Eine besondere sachliche Ausstattung kann ebenfalls nicht gefordert werden. Die Vorhaltung eines Sonographiegeräts ist nicht diskriminierend zwischen guter und minderwertiger Versorgung und wird nach der LOPS-Richtlinie des Medizinischer Dienstes auch nicht geprüft. Eine Osteodensitometrie wird nicht bei allen Spezialisierungen, die in der Leistungsgruppe 007 vom KHTG-Grouper abgebildet werden, benötigt. Z.B. ist eine Knochendichtemessung bei der multimodalen kinder- und jugendrheumatologischen Komplexbehandlung nicht sinnvoll. - In Bezug auf die personelle Vorhaltung sollte für die internistische Rheumatologie zumindest das Gleiche gelten wie für die anderen internistischen fachärztlichen Kompetenzen. Warum die Forderungen an die personelle Ausstattung und Verfügbarkeit in der Rheumatologie höher sein sollten, als in der Onkologie, Endokrinologie, Geriatrie, Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie oder Palliativmedizin, erschließt sich fachlicherseits nicht. An Standorten, an denen überwiegend die rheumatologische Komplexbehandlung erbracht wird, ist eher von einer geringeren fachärztlichen Dienstbelastung auszugehen. Es wird analog zu den anderen Facharztkompetenzen folgende Formulierung vorgeschlagen: <i>„Drei FÄ, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit. Bei internistischer Versorgung: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein“</i> Eine sinnvolle personelle Vorhaltung für die ebenfalls in der Leistungsgruppe abgebildete Rheumaorthopädie und die Kinder- und Jugendrheumatologie, sollte von den jeweiligen Fachgesellschaften erfragt werden. Es ist jedoch wichtig, dass entsprechende alternative Vorhaltungen mit in Anlage 1 aufgenommen werden. Derzeit dürften

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			die Einrichtungen der Kinder- und Jugendrheumatologie die Anforderung an die personelle Vorhaltung verständlicherweise nicht erfüllen können. Die in der Leistungsgruppe abgebildete OPS-Klasse 8-986 fordert als Strukturkriterium die Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie (gemeint sind vermutlich die Zusatzbezeichnung oder der Schwerpunkt Kinder- und Jugendrheumatologie, eine Anpassung des OPS auf die neue Muster-Weiterbildungsordnung steht noch aus). Die durchgängige Streichung des Verweises auf Einbeziehung der „Erfüllung“ der PpUGV ist wichtig. Die bislang ermittelten Pflegepersonaluntergrenzen sind für viele rheumatologische Subspezialisierungen unpassend. Die damit verbundene Fehlallokation und der ineffiziente Einsatz von kostbarem Pflegepersonal müssen am Ende von der Solidargemeinschaft aufgrund des Selbstkostendeckungsprinzips des Pflegebudgets finanziert werden.
			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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 – 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: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Durch das neue Leistungsgruppensystem des InEK (KHTG-Grouper) werden verstärkt Fachabteilungsschlüssel zur Leistungsgruppenzuordnung genutzt. So werden durch den KHTG-Grouper erstmals auch Fälle der Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ zugeordnet. In NRW wurde der Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ hingegen ohne Fälle (diese werden in der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin abgebildet) vergeben. Da fast nur Krankenhausstandorte mit einem (speziellen) Fachabteilungsschlüssel der Rheumatologie vom KHTG-Grouper

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Fälle zugewiesen bekommen, gelten viele – vor allem auch große universitäre – Rheumatologien nach dem KHTG-Grouper nicht mehr als Leistungserbringer, obwohl sie im NRW-System noch ihre rheumatologische Kompetenz herausstellen konnten. Einige Krankenhausträger reagieren darauf und passen ihre Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V an, sodass sie weiterhin ihre Fachlichkeit darstellen können. Analoges ist bei anderen internistischen Facharztkompetenzen zu beobachten. Zudem wurden die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem KHVVG beauftragt, bundeseinheitliche Bezeichnungen und Bestimmungen von Fachabteilungen zu entwickeln (§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V). Nach der mit dem Haushaltsbegleitgesetz geplanten Änderung des § 37 Abs. 1 Satz KHG i.V.m. der im KHAG geplanten Änderung in Satz 6 sollen die Daten aus 2024 für die Jahre 2026-2029 die Höhe der leistungsgruppenbezogenen Vorhaltebudgets auf Landesebene bestimmen. Zur Ermittlung des krankenhausstandortbezogenen Anteils daran, sollen jedoch abweichend Daten anderer Kalenderjahre herangezogen werden. Durch die damit technisch möglichen Diskrepanzen in der Leistungsgruppenzuordnung zwischen dem Kalenderjahr, das zur Ermittlung der Vorhaltebudgets auf Landesebene herangezogen wird und dem Kalenderjahr, das zur Ermittlung des standortbezogenen Anteils daran genutzt wird, können erhebliche Fehlverteilungen der Vorhaltevergütung resultieren. Krankenhausstandorte partizipieren dann an der Umverteilung in anderen Leistungsgruppen als denen, zu deren landesweiten Budgets sie beigetragen haben. Für die Ermittlung der Vorhaltevergütung sollten daher stets die Daten eines einzigen gemeinsamen Datenjahrs verwendet werden.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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	Zur Begründung von Satz 1: Nach § 1 Abs. 4 Satz Nr. 1 VBE können ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung für Kinder- und Jugend-Rheumatologie als Besondere Einrichtung nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG von der DRG-Anwendung ausgenommen werden. Besondere Einrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Leistungen erbringen, die so anders sind, dass sie über die DRG-Fallpauschalen nicht sachgerecht vergütet werden können. Die qualitativen Mindestvoraussetzungen der noch viel größeren Leistungsgruppen, denen die Leistungen besondere Einrichtungen zugewiesen werden, werden damit überwiegend ebenso wenig passend sein. Besondere Einrichtungen sollten daher vom Zwang der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen ausgenommen werden. Bereits eine Zuweisung von Leistungsgruppen erscheint wenig sinnvoll, da sonst besondere Einrichtungen datentechnisch als gleichwertige (Grund-)Versorger in den Leistungsgruppen wahrgenommen würden.
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 – 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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 Maß-gabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermög-lichte.	
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
	Erfül-lungs-aufwand		

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Ggf. wei-tere An-merkun-gen		Wir verweisen ergänzend auf folgende Stellungnahmen und Veröffentlichungen zum Thema hin: https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/2.-Stellungnahme-Krankenhausreform.html https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/3.-Stellungnahme-zum-Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.html https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/Stellungnahme-zum-Krankenhaustransparenzgesetz.html https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2539-0037.pdf https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2371-4969.pdf https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2376-5561.pdf