



Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 216 - Grundsatzfragen der Krankenhausver-
sorgung, Krankenhausfinanzierung und Personal im
Krankenhaus

Tel.: 030 590097-332
Fax: 030 590097-430

E-Mail: phillip.kaes@landkreistag.de

AZ: V-560-00/1

Datum: 21.8.2025

Ausschließlich per E-Mail:
216-krankenhausreform@bmg.bund.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Kranken- hausreform (KHAG)

Sehr geehrte Frau Sell,
sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem von Ihnen vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) nimmt der Deutsche Landkreistag nach Einbeziehung seiner Mitglieder gerne Stellung. Allerdings müssen wir die kurze Beteiligungsfrist deutlich kritisieren, die eine sachgerechte Beteiligung unserer Mitglieder, die der Bedeutung des vorliegenden Gesetzentwurfes gerecht wird, erschwert. Für derart wichtige gesetzliche Weichenstellungen sollte künftig eine angemessenere Beteiligungsfrist eingeräumt werden, um eine sowohl fachkundige als auch tiefgreifende Einschätzung abgeben zu können.

Wir begrüßen, dass der vorliegende Gesetzesentwurf des KHAG diverse Regelungen aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) konkretisiert bzw. korrigiert. Dies führt verschiedentlich zu einer höheren Transparenz und praxisgerechteren Umsetzungsmöglichkeiten. Trotz dieser positiven Aspekte bleiben aus unserer Sicht dennoch drängende Probleme des KHVVG bestehen, die sich in großen Teilen mit den im „Positionspapier der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zum Änderungsbedarf am KHAG“ formulierten Bedenken decken.

Ausnahmeregelungen der Länder bei Zuteilung der Leistungsgruppen

Die Landkreise begrüßen grundsätzlich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen, insbesondere die erweiterten Handlungsspielräume der Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien (§ 109 SGB V). Insbesondere für Flächenländer ist dies ein wesentliches Instrument, um die stationäre Versorgung – gerade in ländlichen Regionen – zu sichern. Insgesamt sehen wir die zentrale Rolle der Länder bei der Krankenhausplanung und fordern eine dauerhafte Stärkung ihrer Kompetenzen. Denn die Krankenhausreform kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn sie den regionalen Versorgungsrealitäten Rechnung trägt und nicht durch übermäßige Bürokratie und zentrale Steuerung ausgehöhlt wird. Sie muss in den Ländern pragmatisch, rechtssicher und mit ausreichender finanzieller Unterstützung umgesetzt werden können. § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG sieht für den Fall einer Ausnahme bei Zuteilung der Leistungsgruppen die Möglichkeit einer wiederholten Befristung vor. Voraussetzung hierfür ist, dass die zuständige Landesbehörde hierüber Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herstellt.

Hier ist aus unserer Sicht eine Regelung im Benehmen statt im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausreichend.

Darüber hinaus müssen Ausnahmemöglichkeiten in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von 6 Jahren hinaus möglich sein, insbesondere wenn die Abweichung von den Leistungsgruppenvoraussetzungen mit keinerlei Abstrichen in der Versorgungsqualität verbunden ist.

Vorhaltevergütung

Ein Hauptkritikpunkt ist das Festhalten an der Vorhaltevergütung in der bestehenden Form. Die grundsätzliche Idee einer echten Vorhaltefinanzierung ist richtig – aber nicht in der weiterhin vorgesehenen, fallzahlenabhängigen Ausgestaltung. Daran, dass es sich um ein grundsätzlich ungeeignetes Instrument handelt, ändert auch die Fristverlängerung zur Einführung im vorliegenden Entwurf nichts.

Die beschlossene Vorhaltevergütung wird weiter in einem komplizierten Verfahren in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet. Primär sollte die Vorhaltevergütung jedoch der Definition ihrer Bezeichnung entsprechen. Die Kosten, die ein Haus hat, um die Ressourcen für die geforderte Leistungsgruppe vorzuhalten, sollten zu einem erheblichen Anteil übernommen werden, unabhängig von den Fallzahlen. Dies würde dem Versorgungsauftrag verursachungsgerecht Rechnung tragen. Wichtig wäre aus unserer Sicht, hierfür ein transparentes und unbürokratisches Regelwerk zu schaffen. Weitergehende Hinweise hierzu finden sich in der untenstehenden Tabelle.

Definition Fachkrankenhäuser

Im Weiteren ist die mit dem KHVVG in § 135 d Abs. 4 Satz 3 SGB V vorgenommene Definition des Fachkrankenhauses von den Ländern, Kommunen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Gesetzgebungsverfahren nachdrücklich kritisiert worden. Deren Überarbeitung ist im Koalitionsvertrag vorgesehen und dringend vorzunehmen. Noch ist eine befriedigende Definition für Fachkliniken nicht zu finden. Dass die Definition der Fachkliniken gemeinsam mit den Ländern erarbeitet werden soll, ist positiv zu werten. Das Ziel muss sein, die versorgungsrelevanten Fachkrankenhäuser zu erhalten.

Dauerhafte Betriebskostensicherung

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung anerkennt, dass ein Teil der Inflationskosten aus den Jahren 2022 bis 2024 bislang nicht finanziert wurde. Die Umsetzung über einen Rechnungszuschlag ab 1.11.2025 wird unterstützt. Allerdings haben die hohen Inflationsraten dieser Jahre zu einer dauerhaften Anhebung der Betriebskosten der Krankenhäuser geführt. Im Haushaltsbegleitgesetz ist dagegen nur ein zeitlich befristeter Rechnungszuschlag vorgesehen. Es ist zwingend erforderlich, die dauerhaft erhöhten Kosten auch dauerhaft zu finanzieren, wobei es sinnvoll wäre, dabei gezielt auch den Strukturwandel zu unterstützen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)

Zahlreiche Landkreise planen, relativ kurzfristig Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V weiterzuentwickeln. Dazu fehlen jedoch noch die von der Selbstverwaltung nach § 115g Abs. 3 SGB V bis zum 31.12.2025 zu erarbeitenden Kriterien für die zu erbringenden Leistungen sowie die Höhe und Ausgestaltung der degressiven Tagesentgelte nach § 6c KHEntgG. Derzeit verhandeln die Selbstverwaltungspartner bereits über die konkrete Ausgestaltung der Vorgaben nach § 115g Abs. SGB V.

Wichtig ist hierbei, dass die Anforderungen an die ärztliche Präsenz in den SÜV nicht zu hoch angesetzt werden, diese im Vergleich zu stationären Häusern von Bürokratie entlastet werden

und Wege gefunden werden, wie die Instandhaltung und Verwaltung der für den Betrieb eines SÜV übergroßen Flächen in einem ehemaligen Krankenhausgebäude zumindest übergangsweise abgedeckt werden können. Wenn dies nicht gewährleistet ist, bitten wir zu prüfen, ob hierzu gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf besteht. Darüber hinaus sind im vorliegenden Referentenentwurf zum KHAG keine neuen Ausführungen zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen enthalten. Dies bedarf dringend der Korrektur.

In diesem Zusammenhang regen wir an, den Ländern zumindest ein Mitentscheidungsrecht bzgl. des möglichen Leistungsspektrums von SÜV nach § 115g Abs. 2 SGB V einzuräumen und so gegebenenfalls auch weitere Leistungen zu ermöglichen. Dazu zählt die stationäre Langzeitpflege gemäß SGB XI. Daraus könnten sich bei entsprechender Ausgestaltung erhebliche Synergien insbesondere beim Flächenbedarf und dem Einsatz des Pflegepersonals ergeben. Zudem sollte so auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache und nach klar definierten Kriterien in angemessener Weise an der Notfallversorgung teilnehmen und daher auch vom Rettungsdienst angefahren oder von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden können. Dies kann helfen, Überlastungen und unnötige Inanspruchnahmen von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden. Weitergehende Hinweise hierzu sind in den ergänzten Zusatzpunkten in der untenstehenden Tabelle vermerkt.

Hybrid-DRG

Mit dem KHVVG wurde in § 115f SGB V eine unrealistische Fallzahlvorgabe für zukünftige Hybrid-DRG-Leistungen für die Verhandlungen der Selbstverwaltung vorgegeben. Diese Fallzahlvorgabe ist problematisch. Zum einen wirken sie den Regelungen der Krankenhausreform, insbesondere hinsichtlich der Leistungsgruppen entgegen. Darüber hinaus führen die Fallzahlvorgaben zu einem Hybrid-DRG-Katalog, der nichts mehr mit dem Ziel der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen gemein hat. Zudem widerspricht die Vorgabe zur Absenkung des Hybrid-DRG-Erlöses dem Ziel, ab 2030 aufgrund empirischer Daten die Kosten zu kalkulieren. Wir fordern daher bezüglich der Hybrid-DRG dringend ein Moratorium und eine grundlegende Überarbeitung von § 115f SGB V, um die bereits für das Jahr 2026 abzusehenden Fehlentwicklungen aufzuhalten. Mehr dazu führen wir in der untenstehenden Tabelle unter Zusatzpunkt § 115f SGB V auf.

Grouper

Derzeit ist für die Krankenhäuser, die keine differenzierten Fachabteilungsschlüssel haben, unklar, wie dieser Umstand im Rahmen des Groupings (hier insbesondere LG komplexe Gastroenterologie, Pneumologie etc.) und in der Folge beim Vorhaltebudget Berücksichtigung findet. Hier bedarf es dringend klarstellender Regelungen zur Schaffung von Transparenz und Verbindlichkeit.

Weitere Hinweise im Einzelnen:

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Zusatz		Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)	Eine wichtige Aufgabe der SÜV soll die wohnortnahe Weiterbehandlung von stationären Patienten nach einer Erstversorgung in einem Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe sein. Diese Weiterbehandlung kann als stationäre Behandlung oder als Übergangspflege erfolgen. Um diesem wichtigen Versorgungsauftrag gerecht werden zu können, muss sichergestellt sein, dass die medizinische Notwendigkeit solcher „Abwärtsverlegungen“ nicht in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Frage gestellt wird. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits mit den DRG-Erlösen oder den Tagesentgelten abgegolten sind. Dazu wird eine Änderung in § 60 Abs. 2 S. 1 SGB V Ziff. 1 vorgeschlagen:</p> <p><i>„1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,“</i></p> <p>Zusätzlich wird vorgeschlagen, eine neue Ziff. 2 einzufügen:</p> <p><i>„2. bei Fahrten von Versicherten in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zur Übergangspflege nach § 39 e,“</i></p> <p>Wichtig ist, dass die Anforderungen an die ärztliche Präsenz in den SÜV nicht zu hoch angesetzt werden, diese im Vergleich zu stationären Häusern von Bürokratie entlastet werden und Wege gefunden werden, wie die Instandhaltung und Verwaltung der für den Betrieb eines SÜV übergroßen Flächen in einem ehem. Krankenhausgebäude zumindest übergangsweise abgedeckt werden können. Wenn dies nicht gewährleistet ist, bitten wir zu prüfen, ob hierzu gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf besteht. Darüber hinaus sind im vorliegenden Referentenentwurf zum KHAG keine neuen Ausführungen zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen enthalten. Dies bedarf dringend der Korrektur.</p> <p>In diesem Zusammenhang regen wir an, den Ländern zumindest ein Mitentscheidungsrecht bzgl. des möglichen Leistungsspektrums von SÜV nach § 115g Abs. 2 SGB V einzuräumen und so gegebenenfalls auch weitere Leistungen zu ermöglichen. Dazu zählt die stationäre Langzeitpflege gemäß SGB XI. Daraus könnten sich bei entsprechender Ausgestaltung erhebliche Synergien insbesondere beim Flächenbedarf und dem Einsatz des Pflegepersonals ergeben. Zudem sollte so auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache und nach klar definierten Kriterien in angemessener Weise an der Notfallversorgung teilnehmen und daher auch vom Rettungsdienst angefahren oder von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden können. Dies kann helfen, Überlastungen und unnötige Inanspruchnahmen von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden. Weitergehende Hinweise hierzu sind in den ergänzten Zusatzpunkten in der untenstehenden Tabelle vermerkt.</p>
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungs-vertrags trotz	Die Verankerung der Ausnahmeregelungen für Sicherstellungshäuser ist zu begrüßen. Die Länder erhalten zur Sicherstellung der stationären Versorgung, besonders im ländlichen Raum, erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungszuweisung.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Nichterfüllung der Qualitätskriterien	<p>Die zeitliche Befristung weiterer Ausnahmeregelungen auf drei Jahre sowie die vorgesehene Pflicht bei angedachter weiterer max. 3-jähriger Befristung diese nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zuzulassen, ist kritisch zu hinterfragen. Hier ist aus unserer Sicht eine Regelung im Benehmen statt im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausreichend.</p> <p>Darüber hinaus müssen Ausnahmemöglichkeiten in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von 6 Jahren hinaus möglich sein, insbesondere wenn die Abweichung von den Leistungsgruppenvoraussetzungen mit keinerlei Abstrichen in der Versorgungsqualität verbunden ist.</p> <p>Um die eröffneten Chancen (z.B. bei Tageskliniken oder Belegärzten) nicht in die Beliebigkeit der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu entlassen, bedarf es andernfalls in jeden Fall klarer Vorgaben und Definitionen für die Leistungsgruppen-Zuweisung trotz Nichterfüllens der Kriterien.</p> <p>Die Ausnahmeregelung sollte im Hinblick auf die noch offene Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen erweitert werden. Es sollten auch Ausnahmeregelungen für die Länder möglich sein, wenn die Krankenhäuser die vorgegebenen Mindestvorhaltezahlen nicht erreichen (Beispiel Geburten). Auch hier sollten Kooperationen zugelassen werden. Aktuell sind nur Ausnahmen möglich, wenn Qualitätskriterien nicht erfüllt werden.</p> <p>Es ist außerdem wünschenswert, wenn nicht nur Versorgungsverträge, sondern auch Versorgungsaufträge mit entsprechenden Planbetten ermöglicht werden könnten, damit pauschale Fördermittel auch für diese Betten gewährleistet sind.</p>
Zusatz	§ 115f	Hybrid-DRG	<p>Mit dem KHVVG wurde in § 115f Abs. 2 Satz 2 eine unrealistische Fallzahlvorgabe für zukünftige Hybrid-DRG-Leistungen für die Verhandlungen der Selbstverwaltung vorgegeben. Diese Fallzahlvorgabe von einer Million bisher stationärer Fälle bereits in der Vereinbarung für 2026 ist aus mehreren Gründen problematisch.</p> <p>Die Hybrid-DRG wirken den Regelungen der Krankenhausreform, insbesondere hinsichtlich der Leistungsgruppen entgegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsgruppen beziehen sich auf stationäre Behandlungen. Wenn nur ein Großteil von Leistungen bestimmter Leistungsgruppen zukünftig als Hybrid-DRG-Leistungen zu erbringen sind, wirkt sich dies auf sowohl auf das Erreichen der Mindestvorhaltezahlen als auch auf das Vorhaltebudget aus. - Ziel der Umstellung der Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen und deren Vorgaben ist eine Konzentration von Leistungen und eine Steigerung der Behandlungsqualität. Wenn nun ein Großteil bisheriger Leistungen bestimmter Leistungsgruppen als Hybrid-DRG-Leistungen erbracht werden können und damit in und außerhalb von Krankenhäusern (auch in niedergelassenen Praxen)

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>weder der Leistungsgruppenzuordnung noch deren Qualitätsvorgaben unterliegen, unterläuft dies die Reformziele.</p> <p>Die Fallzahlvorgaben in § 115f Abs. 2 Satz 2 führen zu einem Hybrid-DRG-Katalog, der nichts mehr mit dem Ziel der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen gemein hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzte Hybrid-DRG-Katalog für das Jahr 2026 enthält neben der Erhöhung der möglichen Verweildauer auf zwei Belegungstage eine Vielzahl von Leistungen, die bisher ausschließlich stationär erbracht wurden und verantwortungsvoll auch zukünftig ausschließlich mit den Ressourcen eines Krankenhauses zu erbringen sind. Dazu gehören beispielsweise Gallenblasen- oder Blinddarmentfernung, komplexe (Mehrfragment-)Frakturen sowie eine Vielzahl kardiologischer Leistungen und Implantate. Der Katalog wird zu einer Ungleichbehandlung zwischen den niedergelassenen Leistungserbringern und Krankenhäusern führen, da bestimmte, insbesondere aufwändige und teurere Leistungen im Krankenhaus verbleiben. Demgegenüber können niedergelassene Ärzte ihre Patientinnen und Patienten besser hinsichtlich des Risikos und Aufwands selektieren. <p>Die Vorgabe zur Absenkung des Hybrid-DRG-Erlöses widerspricht dem Ziel, ab 2030 aufgrund empirischer Daten die Kosten zu kalkulieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn ab dem Jahr 2030 die Kosten und damit die Erlöse der Hybrid-DRG aufgrund empirischer Daten zu kalkulieren sind (Abs. 1a), dann ist eine vorherige Absenkung auf das AOP-Erlös-Niveau nicht sinnvoll, zumal für etliche vorgesehene Leistungen bisher keine Fälle im ambulanten Bereich existieren. <p>Abgesehen von der grundsätzlichen Notwendigkeit der Überarbeitung von § 115f SGB V und den Regelungen zu Hybrid-DRG bedarf es eines kurzfristigen Moratoriums, um die bereits für das Jahr 2026 abzusehenden Fehlentwicklungen aufzuhalten:</p> <p>Hierzu schlagen wir eine Änderung des § 115f Abs. 2 SGB V vor:</p> <p>„1Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. 2Abweichend von Satz 1 gilt für das Jahr 2026 der für das Jahr 2025 vereinbarte Leistungskatalog unverändert fort. 3Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. 4Bei der Überprüfung und</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind.“</p> <p>Zudem sollte in § 135f SGB V nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:</p> <p>„Bei der Ermittlung der Mindestvorhaltezahlen nach Satz 1 werden die Fälle entsprechender Leistungsgruppen, die nach § 115f SGB abgerechnet wurden (Hybrid-DRG) mitgerechnet.“</p>
Zusatz	§ 115g Abs. 1	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (SÜV)	<p>Es sollte sichergestellt werden, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch Leistungen des § 115f SGB V (Hybrid-DRG) erbringen dürfen.</p> <p>Dazu wird eine Änderung in § 115 g Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgeschlagen:</p> <p>„2. ambulantes Operieren nach § 115 b, Leistungen nach § 115f sowie sonstige ambulante [...]“</p> <p>Es sollte sichergestellt werden, dass ambulante Operationen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen umfassend möglich sind.</p> <p>Dazu wird vorgeschlagen, in § 115g Abs. 1 SGB V nach Satz 1 einen neuen Satz 2 einzufügen:</p> <p>„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können Leistungen nach Satz 1 Nr. 2 auch in Leistungsbereichen erbringen, in denen keine stationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird.“</p> <p>Für die Versorgung vor Ort wird es in vielen Fällen wichtig sein, dass die SÜV auch pflegerisch tätig sein können. Damit dies mit überschaubarem bürokratischem Aufwand möglich ist wird vorgeschlagen, die Möglichkeit, Übergangspflege in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen anzubieten, auf 30 Tage auszuweiten. Dazu wird eine Änderung in § 115 g Abs. 1 Nr. 4 SGB V vorgeschlagen:</p> <p>„4. Übergangspflege nach § 39 e. Dabei kann die Übergangspflege abweichend von § 39 e für längstens 30 Tage erbracht werden.“</p>
Zusatz	§ 115g Abs. 3	Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	<p>Wenn die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen soll, können für die stationäre Leistungserbringung in dem für sie vorgesehenen schmalen Bereich nicht die gleichen Voraussetzungen gelten wie für die stationäre Leistungserbringung in anderen Krankenhäusern. Für letztere wurden die Strukturvoraussetzungen unter der Prämisse definiert, dass damit ein Beitrag zu einer Zentralisierung der Versorgung geleistet wird. Bei den SÜV ist das durch den Anspruch auf Wohnortnähe grundsätzlich anders. Das muss bei den Vorgaben beachtet werden, die der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern in § 115 g Abs. 3 Ziff. 4 SGB V für die Selbstverwaltungsvereinbarungen macht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der verpflichtende und auch der fakultative Versorgungsauftrag eines SÜV nicht das gesamte Spektrum der angesprochenen Fachgebiete beinhalten wird. Strenge strukturelle Vorgaben, wie sie für ein allgemein versorgendes Krankenhaus gelten, verbieten</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>sich. Das allgemeine Qualitätsgebot in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V bleibt davon unberührt.</p> <p>Daher wird vorgeschlagen, einen neuen Satz 2 in § 115g Abs. 3 SGB V einzufügen:</p> <p><i>„Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben bei der Festlegung der Qualitätsanforderungen nach Satz 1 Nr. 4 die Besonderheiten sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, die sich insbesondere aus dem reduzierten Leistungsspektrum nach §115g Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 - 3 ergeben, zu berücksichtigen.“</i></p>
Zusatz	§ 115h	Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	Die im ursprünglichen Referentenentwurf zum KHVVG in § 115 h SGB V enthaltene „medizinisch-pflegerische Versorgung“ muss ermöglicht werden.
Zusatz	§ 116a Abs. 2		<p>Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollten umfassend und auf Dauer zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Angesichts der aktuellen Versorgungslage in den Bundesländern (Bsp. Baden-Württemberg: laut KVBW-Versorgungsbericht mehr als 900 unbesetzte Hausarztsitze) ist eine dauerhafte institutionelle Ermächtigung dieser Einrichtungen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung unausweichlich.</p> <p>Dazu wird eine Änderung in § 116a Abs. 2 SGB V und eine Neueinfügung eines Abs. 3 vorgeschlagen:</p> <p><u>„(2) Der Zulassungsausschuss Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag sind zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen.“</u></p> <p><u>„(3) Die Ermächtigung kann frühestens nach fünf Jahren widerrufen werden, soweit der Widerruf mindestens zwei Jahre vor Ablauf angezeigt wird.“</u></p>
2	§ 135d	<ul style="list-style-type: none"> - Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas - Folgeanpassung aufgrund der Streichung 	Grundsätzlich ist die Streichung der Übergangsfrist zu begrüßen. Das Instrument des Bundes-Klinik-Atlas selbst sollte jedoch abgeschafft werden, da es eine unnötige Doppelstruktur zum Deutschen Krankenhausverzeichnis darstellt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		der LG Notfallmedizin	
3	§ 135e	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Begrüßenswert ist, dass künftig ein Vollzeitäquivalent mit 38,5 Stunden angesetzt wird. Auch die erleichterte Anrechenbarkeit von Belegärztinnen und -ärzten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Problematisch bleibt jedoch die unveränderte Beschränkung, wonach Fachärztinnen und Fachärzte zwingend nur für maximal drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden dürfen. Hier ist weiterhin mehr Flexibilität erforderlich, um gerade in der Fläche eine verlässliche medizinische Versorgung gewährleisten zu können.</p> <p>Zu § 135 Abs. 4 Ziff. 7 c)</p> <p>Die Leistungsgruppen LG1 Allgemeine Innere Medizin und LG14 Allgemeine Chirurgie entsprechen nicht den Strukturen der Krankenhauslandschaft. In den allermeisten Fällen hat ein Krankenhaus mindestens eine Unterteilung der internistischen Bereiche in Kardiologie und Gastroenterologie, im chirurgischen Bereich mindestens in Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie. Alle Abteilungen haben Schnittmengen in den allgemeinen Leistungsgruppen. Die Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen innerhalb der InEK-Logik ist nachvollziehbar, spielt im praktischen Alltag allerdings kaum eine Rolle. Daher ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die Fachärzte, die in den allgemeinen Leistungsgruppen (LG 1 und LG14) ausschließlich in diesen Leistungsgruppen angerechnet werden dürfen und nicht für 3 Leistungsgruppen gezählt werden dürfen, wie es für alle anderen Leistungsgruppen auch gilt.</p> <p>Zu § 135 Abs. 4 Ziff. 7 b)</p> <p>Es muss Klarheit geschaffen werden hinsichtlich der Anrechenbarkeit von Fachärzten beim Rufbereitschaftsdienst. Aktuelles Verständnis der Krankenhäuser ist, dass die Fachärzte im Rufdienst ebenfalls für drei Leistungsgruppen angerechnet werden können. Beispiel: LG Endoprothetik Hüfte, LG Endoprothetik Knie und LG Revision Knie eine Rufdienstlinie mit den gleichen Fachärzten.</p> <p>Zu § 135 e c.) bb) bbb) b) SGB V - KHVVG:</p> <p>In Kombination mit dem nachfolgenden Verweis auf den im Referentenentwurf des KHAG geänderten Buchstaben d.) würde dies bedeuten, dass auch für Belegärzte bzw. für Belegabteilungen die Vorhaltung eines 24/7-Rufdienstes an 365 Tagen/Jahr verpflichtend ist. Dieses entspricht überwiegend nicht der Praxis und ist bei einer unterjährig nicht durchgängigen Belegung der stationären Behandlungskapazitäten (z. B. OP-Tätigkeit an einzelnen Tagen in der Woche/im Monat) nicht notwendig bzw. zielführend. Insofern müssen Belegabteilungen hier gesondert betrachtet werden.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Verweises (entfallen)	Zu § 135e c.) bb) bbb) d) SGB V: Im o. a. Absatz ist die Rede von einer „ausgewiesenen“ Belegabteilung. Derzeit ist es in einzelnen Ländern, z.B. in Niedersachsen gerade nicht so, dass im Krankenhausplan des Landes differenziert wird, zwischen einer Beleg- und einer Hauptabteilung.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Zu § 136c a.) Abs. 2 SGB V: Da die Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung wesentliche Zielsetzung der Krankenhausreform ist, sollte der vorstehende Absatz wie folgt geändert werden: „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für einen in § 40 Abs. 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 mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“
9	§ 275a	<ul style="list-style-type: none"> - Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV - Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens 	Die Streichung des PpUGV-Nachweises durch einen Wirtschaftsprüfer wird begrüßt.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Die Verkürzung der Vorlagezeit für den ersten Evaluierungsbericht um fast 17 Monate (vom 31.12.2028 auf den 31.7.2027) ist zu begrüßen, da eventuelle – aus der Umsetzung des KHVVG resultierende – Problemfelder so eher adressiert werden.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dass die Definition der Fachkliniken gemeinsam mit den Ländern erarbeitet werden soll, ist positiv zu werten. - Die Entscheidung, die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen vollständig zu streichen, ist zu begrüßen. - Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Ausgestaltung von Tages- und Nachtkliniken. Es bedarf praxistauglicher Standards, die an die realen Bedingungen in der Fläche angepasst sind. Für ländlich geprägte Regionen braucht es flexible Lösungen, die Versorgung auch außerhalb klassischer Strukturen ermöglichen. Insbesondere bei zeitlichen Vorgaben zur Leistungserbringung müssen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>zu Koope-rations-möglich-keiten von Fachkran-kenhäu-tern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strei-chung Verweis auf Einbe-ziehung Erfüllung PpUGV - Redaktio-nelle An-passung Verweise und Daten G-BA Richtlinien <p>LG 1 Anpassung Mindestanforde-rungen Endosko-pie, LG 2 Anpas-sung Qualitätskri-terien Versorgung Kinder und Ju-gendliche, Strei-chung 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 personel-len Ausstattung, Streichung der LG 16, LG 19 An-passung bei Er-bringung ver-wandter LG, LG</p>	<p>regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Nur so können Tageskliniken als sinnvoller, ergänzender Bau-stein in die Krankenhausversorgung integriert werden.</p> <p>Zu einzelnen LG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LG 01: Allgemeine Innere Medizin: Sachliche Ausstattung: NRW: Endoskopie (Regeldienst), Bund: Endoskopie täg-lich zehn Stunden im Zeitraum von 6 bis 20 Uhr, NEU: Endoskopie täglich acht Stunden; Fragestellung: Wird zur Erfüllung des Strukturmerkmals ein Dienst des Assistenz-personals Endoskopie außerhalb der Regelarbeitszeit (NRW) auch an Wochenenden und Feiertagen gefordert? Hintergrund: in der Basisnotfallstufe oder in einer Fachkli-nik wird dieser Funktionsdienst i. d. R. nicht vorgehalten. - LG 1 Allgemeine Innere Medizin, LG 14 Allgemeine Chi-rurgie und LG 27 Spezielle Traumatologie: Sachliche Aus-stattung lautet „Basislabor jederzeit“; Fragestellung: Wel-che Anforderungen werden an ein Basislabor gestellt? - LG 11: Die unter personelle Voraussetzungen vorgese-hene Besetzung mit mindestens fünf FÄ für Kardiologie geht über die Besetzungsvorgaben für andere (auch als akut zu definierende) Leistungs-gruppen hinaus. - LG 14: Fachärzte für die LG 14 Allgemeine Chirurgie: - Diese LG bereitet in der Praxis zwei Probleme. Krank-enhäuser haben ihre chirurgischen Bereiche fast durchge-hend in Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie aufgeteilt. Das macht insofern Sinn, da durch die Weiterbildungsord-nung 2004 die Ausbildung der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und die der Fachärzte für Viszeralchi-rurgie thematisch stärker getrennt wurden. Den klassi-schen „Allgemeinchirurgen“ gibt es im Krankenhausalltag fast nicht mehr. Daher ist es völlig unwirtschaftlich und für die Qualität der medizinischen Versorgung auch nicht nö-tig, eine LG vorzuhalten, deren Fachärzte in keiner weite-ren LG angerechnet werden dürfen. - Das zweite Problem liegt im Referentenentwurf des KHAG. Hier kommt es in der LG14 zu einer Anpassung auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses, eine „2 zu 1 Regel“ einzuführen. Demnach soll ein Fach-arzt für Allgemein Chirurgie durch einen Facharzt für Ortho-pädie und Unfallchirurgie UND einen Facharzt für Vis-zeralchirurgie ersetzt werden können. Das würde bedeu-ten, dass ein Haus, das nicht genug Fachärzte für Allge-meinchirurgie einstellen kann, hier eine doppelte Anzahl von Fachärzten benötigt, die in keiner weiteren Leistungs-gruppe angerechnet werden kann. Wenn in der ausste-henden Reform der Weiterbildungsordnungen der ärztli-chen Ausbildung nicht ein neuer Schwerpunkt auf den Facharzt für Allgemein Chirurgie gelegt wird, wird diese An-forderung zu einem ganz großen Problem. Dies zeigen beispielsweise Zahlen der Bayerischen Landesärztekam-mer. Diese zeigen, dass die Anerkennung chirurgischer Facharztbezeichnungen weg von der Allgemein Chirurgie

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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, Streichung der LG 47, LG 52 Anpassung der sachlichen	<p>geht: im Geschäftsjahr 2021/2022 haben nur 32 Ärzte die Facharztweiterbildung Allgemein Chirurgie abgeschlossen, während es 160 in der Orthopädie und Unfallchirurgie sowie 60 in der Viszeralchirurgie waren. Mögliche Problemlösung: Die Vorgabe, dass ein Facharzt aus dieser LG für keine weitere LG angerechnet werden darf, muss aufgehoben werden. Die „2 zu 1 Regel“ darf nicht umgesetzt werden. Es sollten alle Fachärzte für Chirurgie, Allgemein Chirurgie, Viszeralchirurgie oder Orthopädie/Unfallchirurgie für diese Leistungsgruppe anerkannt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - LG 17: Plastisch chirurgische Leistungen im Bereich der Senologie sollten auch durch einen FA für Gynäkologie erbracht werden können. - LG 27: Sachliche Ausstattung fordert eine Intensivstation mit mind. 6 Betten (dies entspricht der Basisnotfallstufe); - LG 37: Die Vorhaltung von drei FÄ für Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie ist für Belegabteilungen unrealistisch. Unter Personelle Ausstattungen sollten Sonderregelungen für Belegabteilungen vorgesehen werden. - Für die LG 41 Senologie ist die LG 9 Leukämie & Lymphome“ weiterhin ein Auswahlkriterium – dieses sollte gestrichen werden. - LG 56: In der personellen Ausstattung sollte neben dem FA für Innere Medizin und Geriatrie weitere Fachärztequalifikationen (z. B. FA für Innere Medizin) aufgeführt werden, da so ausschließlich Fachärzte mit ZW Geriatrie oder der FA für Innere Medizin und Geriatrie bei den vorgesehenen drei FÄ berücksichtigt werden können. - LG 56: Ein inhaltlicher Zusammenhang der LG Geriatrie zur neu aufgenommenen Vorhaltung der LG Wirbelsäulen Chirurgie (Mindestvoraussetzung in Kooperation und Auswahlkriterium am Standort) ist nicht ersichtlich und sollte gestrichen werden. - LG 64: Sachliche Ausstattung verlangt „Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoCLaboranalytik“; Fragestellung: Welche Anforderungen werden an ein Notfall-Labor gestellt? - Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen sind die erweiterte Notfallstufe nach G-BA- Beschluss (10 Intensivbetten mit 10 Beatmungsbetten) gefordert. Beide Angaben sind in sich nicht kongruent.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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)	<p>Insbesondere große Kliniken mit mehreren Standorten benötigen Ausnahmeregelungen. Sie können nicht an jedem Standort sämtliche Leistungsgruppen vollständig vorhalten. Aber auch grundsätzlich muss das Standortdenken überwunden werden. Unter Beachtung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität ermöglichen telemedizinische Verfahren die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, auch mit dem Ziel, kosteneffizienter zu werden.</p> <p>Der Verweis auf die Möglichkeit für eine Ausnahmeregelung über die Selbstverwaltung auf Bundesebene widerspricht eindeutig dem Subsidiaritätsprinzip und ist nicht praktikabel.</p> <p>(Praxisbeispiel: Die Umsetzung der aktuellen Standortdefinition würde dazu führen, dass die Universität Ulm die geburtshilfliche Versorgung einstellen muss, weil zwei Standorte, an denen erforderliche Leistungsgruppen vorgehalten werden, mehr als 2.000 m voneinander entfernt sind. Die Entscheidung über eine mögliche Abweichung sollte nicht auf Bundesebene, sondern im Land von der Planungsbehörde getroffen werden können. Der GKV-Spitzenverband in Berlin ist hier aus unserer Sicht nicht geeignet. Verantwortlich für Abweichungen sollten diejenigen sein, die auch Verantwortung für die Versorgung vor Ort tragen. Das ist die Landesplanungsbehörde in enger Rückbindung mit den Verantwortlichen vor Ort.)</p> <p>Wir fordern daher, den Ländern für entsprechende Einzelfälle Ausnahmen zu ermöglichen.</p>
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch	Diese Ausnahmemöglichkeit ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Empfehlung des Gesetzgebers, dass die Länder nach Möglichkeit

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>eine bundeseinheitliche Umsetzung anstreben sollen, ist nur bedingt zu folgen, da eine bundesweite Regelung mit großer Wahrscheinlichkeit nicht allen unterschiedlichen Bedingungen der Bundesländer in Gänze Rechnung tragen kann.</p> <p>Wir sprechen uns weiterhin dafür aus, der Landesplanungsbehörde eine generelle Abweichungsmöglichkeit bei der Leistungsgruppenzuordnung zuzusprechen und dies nicht auf Sicherstellungssituationen zu begrenzen. Denn das zu starre Festhalten an den Qualitätskriterien kann im Einzelfall nicht etwa zu einer Leistungs- und Strukturkonzentration führen, sondern im Gegenteil einen Aufbau unnötiger Strukturen befördern.</p> <p>(Praxisbeispiel: Hier geht es um ein Krankenhaus in einem Nachbar-Landkreis zu Freiburg mit knapp 300 Betten. Die Universität Freiburg, zu der es beste Kooperationen bis hin zu gemeinsamen Chefärzten gibt, ist in 15 Minuten erreichbar. Das Haus ist regionales Traumazentrum und ist für die komplette Unfallversorgung im Landkreis verantwortlich. Das Haus möchte nun die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ erhalten. Dies wird von allen Akteuren – auch von der Uni Freiburg – begrüßt. Die einzige Strukturvoraussetzung, die dem Haus fehlt, ist ein Herzkatheterlabor. Das Haus braucht jedoch de facto kein Herzkatheterlabor, weil diese Leistung über die Kooperation mit der Uni Freiburg bestens sichergestellt wird. Bei Umsetzung der KHVVG-Regelungen wird es aber dann die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ nicht erhalten. Die Verantwortlichen in der Klinik haben deutlich gemacht, dass man dann wohl ein Herzkatheterlabor einrichten muss, was nicht gewollt sein kann und den Zielen der Reform widerspricht. Richtig wäre es, dem Land für diese Situationen eine Ausnahmeoption zu geben.)</p> <p>Die Formulierung „zwingend erforderlich“ sollte klar definieren, wie eine zwingende Erforderlichkeit nachgewiesen werden muss. Hier sollten ländliche Strukturen unbedingt berücksichtigt werden können.</p>
6	§ 37	<p>Ermittlung Vorhaltevergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 	<p>Hier sollte eine von Fallzahlen unabhängige Vorhaltevergütung definiert werden.</p> <p>Im Februar 2026 erst die Informationen über die Vorhaltepauschalen für 2026 zu erhalten, ist mit Blick auf eine wirtschaftsplanorientierte Steuerung einer Klinik zu spät. Die Vorhaltepauschalen für ein laufendes Jahr müssen im Herbst des Vorjahres bekannt sein. Denn nur bei frühzeitiger Veröffentlichung der relevanten Daten und Simulationstools können sich die Krankenhäuser auf die neue Finanzierungslogik vorbereiten.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	
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	Es ist eine frühzeitige Transparenz zu § 40 KHG (onkochirurgische Operationen) nötig: Das InEK sollte bereits im Herbst 2025 – auf Basis des (ggf. vorläufigen) Groupers – eine Auswirkungsanalyse zur Mindestvorhaltezah von 15 Prozent in den jeweiligen Indikationsbereichen vorlegen. Wenn die Kliniken nicht wissen, welche Leistungen sie zukünftig erbringen dürfen, investieren sie unter Umständen in die falschen Bereiche. Daher sollte diese enthalten: - Die Fallzahlgrenzen, ab denen Einrichtungen betroffen wären. - Die Anzahl und der Anteil der aktuell versorgenden Einrichtungen, die unter die Schwelle fallen würden. - Eine regionale Differenzierung, um Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit sichtbar zu machen.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von	Die aufgrund der Verschiebung des Vorhaltebudgets scheinbar rein technische Entscheidung, die Abschaffung des Fixkostendegressionsbetrages ebenfalls um 1 Jahr zu verschieben, läuft dem Ziel des angestrebten Konzentrationsprozesses zuwider. Durch

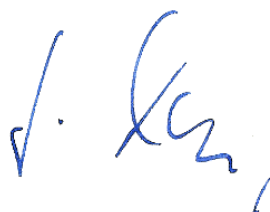
Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung Erlös-budget • Fixkostendegressionsabschlag 	<p>diese Verschiebung werden fusionierte Kliniken und Kliniken, die Leistungszuwächse aufgrund der Schließung anderer Krankenhäuser zu verzeichnen haben, für unvermeidbare Mehrleistungen bestraft.</p> <p>Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe b ist daher zu streichen.</p>
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhaufälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht 	<p>Zu § 6b Abs.1 S. 1:</p> <p>Die hier vorgesehene zeitliche Verschiebung der Umsetzung der sogenannten Vorhaltebudgets um ein Jahr auf den 1. Januar 2028 ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind wesentliche Umsetzungsfragen zur Systematik und den Ausgangsgrundlagen der Ermittlung der Vorhaltebudgets derzeit noch unklar und bedürfen einer zeitnahen Anpassung bzw. Neuregelung.</p> <p>Ein Hauptkritikpunkt bleibt das grundsätzliche Festhalten an der Vorhaltevergütung in der bestehenden Form. Die grundsätzliche Idee einer echten Vorhaltefinanzierung ist richtig – aber nicht in der weiterhin vorgesehenen, fallzahlenabhängigen Form. Zwar wird die Frist zur Einführung im vorliegenden Entwurf verlängert, das grundsätzlich ungeeignete Instrument bleibt jedoch erhalten.</p> <p>Die beschlossene Vorhaltevergütung wird weiter in einem komplizierten Verfahren in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet. Primär sollte die Vorhaltevergütung jedoch der Definition ihrer Bezeichnung entsprechen. Die Kosten, die ein Haus hat, um die Ressourcen für die geforderte Leistungsgruppe vorzuhalten, sollten zu einem erheblichen Anteil übernommen werden, unabhängig von den Fallzahlen. Dies würde dem Versorgungsauftrag verursachungsgerecht Rechnung tragen. Wichtig wäre aus unserer Sicht, hierfür ein transparentes und unbürokratisches Regelwerk zu schaffen.</p> <p>Folgendes muss dabei aber auch berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn die gleichen Qualifikationen für mehrere Leistungsgruppen gefordert sind, dann sollte die Vorhaltevergütung auch nur einmal pro Fachkraft gewährt werden; Beispiel: ein Haus beantragt drei kardiologische Leistungsgruppen (LG 10 EPU und Ablationen, LG 11 interventionelle Kardiologie, LG 12 kardiale Devices). Durch die Anrechenbarkeit der Fachärzte innerhalb dieser LG werden 5 Fachärzte für Kardiologie benötigt und eine apparative Ausstattung, die durch alle drei Leistungsgruppen genutzt werden kann. Hier würde es natürlich keinen Sinn ergeben, die Vorhaltevergütung für alle drei Leistungsgruppen zu gewähren, da ja nicht wirklich dreimal Vorhaltung anfällt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen	<p>Im Gegensatz dazu gibt es Bereiche, in denen nur eine Leistungsgruppe die Höhe der Vorhaltung bestimmt. Dies trifft zum Beispiel auf die LG 64 Intensivmedizin zu. Hier sind keine Überschneidungen mit anderen Leistungsgruppen möglich, so dass hier die tatsächlichen Vorhaltekosten nur für diese Leistungsgruppe anfallen würden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für große Häuser wäre eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung aber unter Umständen schwierig, da sie aufgrund des hohen Patientenaufkommen vielleicht generell mehr Fachärzte für die Behandlung benötigen als in den Qualitätskriterien der entsprechenden Leistungsgruppen gefordert sind. Hier würde die „Rest“-DRG wahrscheinlich nicht mehr ausreichen, um die höheren Fixkosten zu decken. Je nachdem, wie das zukünftige Personalbemessungsinstrument für Ärzte gestaltet wird, könnte dies aber hier für die Berechnung des Facharzt-Bedarfs hinzugezogen werden. - Da es aufgrund des KHVVG zu einer höheren Anzahl an Hintergrund-Dienstlinien kommen wird, wäre es wichtig, diese entweder in der Vorhaltevergütung mit zu berücksichtigen oder nochmals zu prüfen, ob eine Dienstlinienbesetzung, angelehnt an die Regelungen der G-BA Richtlinie zur gestuften Notfallversorgung nicht ausreichend wäre. Denn auch wenn das KHVVG in seinen Qualitätsvorgaben in den meisten Leistungsgruppen nur 3 Vollzeit-äquivalente Facharztstellen vorgibt, reicht dies in der Praxis nicht aus, um eine 24/7 Rufbereitschaft zu gewährleisten. Das würde bedeuten, dass jeder Arzt jeden dritten Tag Dienst hätte, in Urlaubs- oder Krankheitszeiten sogar jeden zweiten Tag. Dies ist zum einen nicht mit den gängigen Tarifverträgen umsetzbar zum anderen wird es nur sehr wenige Ärzte geben, die hierzu bereit wären. <p>Wir sind davon überzeugt, dass eine „Ambulantisierung am Krankenhaus“ sinnvoller ist als eine Ambulantisierung über unausgereifte, nicht validierte, unüberlegt ausgeweitete und mit massiven Fehlanreizen behaftete Hybrid-DRGs. Wenn der aktuelle Weg weitergegangen wird, ist auch mit einer weiter verschlechterten Versorgungssituation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu rechnen. Die Krankenhäuser schlagen vor, im DRG-System einen gesonderten „Hybrid-Bereich“ zu definieren. Die dort enthaltenen Leistungen können ausschließlich von Krankenhäusern erbracht werden. Die Krankenhäuser können selbst entscheiden, ob sie die Patienten vollstationär, teilstationär oder ambulant behandeln. Sie bekommen eine einheitliche Vergütung. Ausgangspunkt für die Vergütungsbemessung ist die durch das InEK ermittelte DRG-Vergütung. Im InEK-Kalkulationsrhythmus würde die Vergütung schrittweise absinken, wenn zukünftig mehr Fälle ambulant behandelt werden. Es ist auch denkbar, dass man die Vergütung schon vorab – also mit Wirkung ab 2026 – absenkt, um die 2026 erwartete stärkere ambulante Behandlung bereits abzubilden. In diesem Falle würde die GKV schon im Jahr 2026 finanziell entlastet.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Es lässt sich außerdem feststellen, dass die Ermittlung des Vorhaltebudgets mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden ist und finanzielle Mittel lediglich durch Hybrid-DRGs umverteilt bzw. Fristen verschoben werden.</p> <p>Derzeit ist für die Krankenhäuser, die keine differenzierten Fachabteilungsschlüssel haben, unklar, wie dieser Umstand im Rahmen des Groupings (hier insbesondere LG komplexe Gastroenterologie, Pneumologie etc.) und in der Folge beim Vorhaltebudget Berücksichtigung findet. Hier bedarf es dringend klarstellender Regelungen zur Schaffung von Transparenz und Verbindlichkeit.</p>
Zusatz	§ 6c		<p>Zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Betriebsführung des SÜV und zur Entlastung der SÜV von bürokratischen Belastungen sollte es möglich sein, Tagesentgelte ohne Degression zu vereinbaren. Neben dem Risiko einer drohenden Unterfinanzierung geht die Bestimmung der krankenhausesindividuellen Degression mit einem hohen Komplexitätsgrad einher, dem die kleinen Einrichtungen administrativ nicht gewachsen sind.</p> <p>Es scheint schwer vorstellbar, dass die Höhe der Degression und der Tag, ab dem die Degression greift, sachgerecht auf Orts-ebene ermittelt werden können.</p> <p>Dafür wird die folgende Änderung in § 6c Abs. 1 S. 2 Nr. 2-4 KHEntgG vorgeschlagen:</p> <p>„Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere [...]</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression, 3. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression, 4. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausesindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, [...] <p>Hilfsweise wird vorgeschlagen, dass die Degression nicht krankenhausesindividuell vereinbart wird, sondern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Vorgaben zur Degression macht (analog zur Degression im PEPP-Systems).</p>
7	§ 9	- Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als	<p>Die Notfallzuschläge decken bereits heute nicht die Kosten der Notfallversorgung. Dies liegt unter anderem auch an einer unzureichenden Vergütung der ambulanten Notfälle, insbesondere wenn aufwändigere Diagnostik nötig war. Die Erhöhung der Notfallzuschläge sollte bereits früher kommen.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Folgeände- rung zur ver- schobenen Einführung der Vorhalte- vergütung - Redaktio- nelle Folge- änderungen zu Anpas- sungen zur Weiterent- wicklung des Orientie- rungswerts	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
3	§ 4	Streichung der Regelung zur An- tragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Wir begrüßen, dass die Bundesregierung anerkennt, dass ein Teil der Inflationskosten aus den Jahren 2022 bis 2024 bislang nicht finanziert wurde. Die Umsetzung über einen Rechnungszuschlag ab 01.11.2025 wird unterstützt. Allerdings haben die hohen Inflationsraten dieser Jahre zu einer dauerhaften Anhebung der Betriebskosten der Krankenhäuser geführt. Im Haushaltsbegleitgesetz ist dagegen nur ein zeitlich befristeter Rechnungszuschlag vorgesehen. Es ist zwingend erforderlich, die dauerhaft erhöhten Kosten auch dauerhaft zu finanzieren, wobei es sinnvoll wäre, dabei gezielt auch den Strukturwandel zu unterstützen.
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
			Art. 7 Inkrafttreten

Mit freundlichen Grüßen
 In Vertretung



Freese