

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Städtetag

Datum: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	<p>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</p> <p>Die Änderung in § 109 Abs. 3a S. 4 und 5 SGB V erweitert den Spielraum der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Bisher waren sie bei der ausnahmsweisen Zulassung eines Krankenhauses, das die Qualitätskriterien nicht erfüllt, an verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben gebunden. Zukünftig sollen sie innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden können, ob ein Versorgungsvertrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zwingend erforderlich ist. Dies erhöht die Flexibilität der Länder, schwächt aber potenziell die bundeseinheitlichen Qualitätsstandards, da die Entscheidung stärker von regionalen Einschätzungen als von standardisierten Vorgaben abhängt.</p> <p>Der Referentenentwurf des KHAG sieht an mehreren Stellen Ausnahmemöglichkeiten für die zuständige Landesbehörde vor, sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung „zwingend erforderlich“ ist. Dabei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen Auslegung im Einzelfall erfolgen muss. Die Festlegung eines Kriterienkatalogs wäre angezeigt.</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 der LG Notfallmedizin 	<p>Hinsichtlich des Klinik-Atlas selbst ist festzustellen, dass dieser nur begrenzt neue Erkenntnisse liefert, gleichzeitig jedoch Risiken für Missverständnisse und politische Konflikte birgt. So existiert bereits ein Krankenhausverzeichnis, das ähnliche Basisinformationen bereitstellt. Zudem könnten die Veröffentlichung von Rohdaten zu Fallzahlen oder Qualitätskennzahlen ohne eine angemessene Erklärung zu falschen Schlussfolgerungen führen. Ein weiteres Problem stellt der zusätzliche Aufwand dar, der durch die Pflege</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			und regelmäßige Aktualisierung des Atlas sowie durch das Vorhandensein paralleler Systeme entsteht.
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 Verweises (entfallen) 	<p>Unabhängig von der Frage, ob die Berücksichtigung eines Belegarztes mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag als ein Vollzeitäquivalent sachgerecht ist, ist diese Regelung auf alle angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum, die belegärztlich tätig sind, zu übertragen. Maßgeblich darf nicht der vertragsärztliche Versorgungsauftrag, sondern muss die ärztliche Qualifikation und die zeitliche Ressource sein. Diese maßgeblichen Kriterien sind bei angestellten Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Ärzten mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag gleichermaßen gegeben. Hier bedarf es einer entsprechenden Anpassung.</p>
4	§ 135f	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Hier ist unklar, woran sich der G-BA bei der Festlegung von niedrigen Prozentzahlen orientieren wird.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	<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 	
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: <ul style="list-style-type: none"> - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien 	<p>LG 14: Die neue 2:1-Regelung erscheint uns nicht sinnvoll, da mehr Fachärzte als ursprünglich vorgesehen, benötigt werden.</p> <p>LG 47: Die Streichung benachteiligt große Kinderkliniken, die eine weit höhere Menge an fachlich qualifiziertem Personal vorhalten. Somit muss es eine Vorhaltefinanzierung für Kliniken geben, die die spezielle Kindermedizin erbringen. Ohne gesonderte Ausweisung könnte die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung gefährdet werden.</p> <p>LG 65: Die Streichung benachteiligt gut aufgestellte Krankenhäuser, die eine hohe Notfallstufe (3) erreichen. Für die Vorhaltung und Bereitstellung</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG 	<p>der Expertise verschiedener Fachdisziplinen muss eine Vorhaltefinanzierung erfolgen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Der Begriff des Krankenhaus-Standortes erfährt eine bis dato nicht vorhandene Bedeutung. Dies hat erhebliche Auswirkungen für die Versorgungslandschaft. Einige, besonders große kommunale Krankenhäuser, haben in der Vergangenheit Versorgungsschwerpunkte gebildet und in vorhandene Liegenschaften etabliert. Ein Argument war vielfach der fehlende Platz auf dem bestehenden Innenstadtbereich oder fehlende investive Möglichkeiten der Kommunen. Insofern sollte die Entfernung auf mindestens 5 Kilometer erweitert werden oder ein Krankenhaus als ein Standort auch bei getrennten Liegenschaften anerkannt werden, wenn die Kliniken in einer Stadt liegen und nachweislich eine organisatorische, wirtschaftliche und fach-medizinische Einheit bilden und zudem eine einheitliche Leitung vorliegt. Anhaltspunkte können dabei auch übergreifende Führungsstrukturen (z.B. gemeinsame Führung der Standorte, Pflegedirektion für die Standorte, KH-Hygiene, Datenschutz etc.) sein.
2	§ 6a	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	Die Verschiebung der Verantwortung zu den Ländern bei der Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien kann zu einer bundesweit uneinheitlichen und damit nicht mehr objektiven Umsetzung der Vorgaben des Bundes führen. Es ist –wie schon derzeit bei der Umsetzung von MD-Prüfungen von StrOPS und QS-RL- davon auszugehen, dass nicht einheitliche Bewertungsmaßstäbe angelegt werden und daher die Krankenhäuser nicht mehr vergleichbar bewertet werden.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Ermittlung Vorhaltevergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	<p>Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	
8	§ 39	<p>Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	<p>Aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser führt die im Referentenentwurf vorgesehene Verschiebung der Auszahlung der Förderbeträge gemäß § 39 KHG für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen.</p> <p>Diese Förderbeträge sind für die Aufrechterhaltung der besonderen vorhaltungsintensiven Versorgungsstrukturen in den genannten Bereichen zwingend erforderlich. Durch die im Entwurf vorgesehene zeitliche Verschiebung entfällt ein kompletter Förderrhythmus, ohne dass eine spätere Nachholung oder Kompensation der entgangenen Einnahmen vorgesehen ist.</p> <p>Da die Fixkosten in diesen Bereichen unverändert bestehen bleiben und zudem kein ausreichender Handlungsspielraum zur kurzfristigen Kostenreduktion besteht, entstehen den Krankenhäusern finanzielle Verluste, die nicht mehr aufgeholt werden können. Dies kann nicht in der Absicht stehen, nunmehr eine wirtschaftliche Entlastung der betroffenen Kliniken zu gewährleisten. Die weitere Zuspitzung der wirtschaftlichen Schieflage kann in einigen Fällen die wirtschaftliche Stabilität der betroffenen Einrichtungen gefährden und mittelbar auch negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungsqualität und -sicherheit haben.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wir regen daher dringend an, für die betroffenen Krankenhausbereiche eine Kompensation der ausfallenden Fördermittel vorzusehen oder auf die Verschiebung der Auszahlung zu verzichten, um die Funktionsfähigkeit dieser zentralen Versorgungsstrukturen zu erhalten.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen 	Die Regelung wird weiterhin als bedenklich erachtet, insbesondere da auch weiterhin nicht ersichtlich wird, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung (15%-Grenze) handelt. Die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen wird nicht ausreichend berücksichtigt, sodass es zu einer unkontrollierten Konzentration, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt, kommen kann. Besonders problematisch wäre eine mehrmalige Anwendung dieses rein mathematischen Vorgehens. Auch die Möglichkeit zur Berücksichtigung bestehender Mindestmengen bzw. niedriger Prozentsätze kann dem nicht in ausreichendem Umfang entgegensteuern. Die Regelung sollte demnach gestrichen werden. Beispiel: Ein zertifiziertes onkologisches Zentrum verliert einen Teilbereich (z.B. Urologie/Prostatakrebs oder Gynäkologie/Brustkrebs) und damit auch alle anderen onkologischen Behandlungen, weil das Zentrum durch den Wegfall eines wichtigen Teilgebietes nicht mehr leistungsfähig ist.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027) 	
2	§ 4	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung Erlösbudget 	Der Fixkostendegressionsabschlag sollte ab 2026 komplett entfallen, da er die frühzeitige Verschiebung von LG/Fällen zwischen verschiedenen Trägern/im Verbund erschwert bzw. bestraft. Bereits heute führen Leistungsverlagerungen zwischen Standorten dazu, dass FDA zu bezahlen

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Fixkostendegressionsabschlag 	<p>ist, obwohl die Lstg zweier Standorte in Summe gleichbleibt. Das Minimum wäre eine Eingrenzung des FDA für die Fälle, wo eine Leistungsverlagerung nachgewiesen wird.</p>
3	§ 5	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Ermittlung Vorhaltebudget:</p> <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 Krankenhausfälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen 	<p>Die geplante Vorhaltefinanzierung ist weiterhin sehr kritisch zu betrachten bzw. teils noch klärungsbedürftig.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach aktuellem Verständnis ist noch unklar, wie Fälle im voraussichtlichen Referenzjahr 2025 (Krankenhausanteil) im Vorhaltebudget berücksichtigt werden, wenn sie an einem Standort entlassen werden, der nicht über die betreffende Leistungsgruppe verfügt. - Im Falle der Leistungserbringung an einem anderen Standort des Krankenhauses handelt es sich häufig um Patienten, die ein schweres Krankheitsbild sowie eine lange Verweildauer haben und zur Behandlung an mehrere Standorte eines Krankenhauses verbracht werden. Die Entlassung am Standort, der zwei Jahre später nicht über die entsprechende Leistungsgruppe verfügen wird, darf nicht dazu führen, dass der Anteil an der Vorhaltefinanzierung dem Krankenhaus nicht gewährt wird. Aus unserer Sicht ist hierfür eine Regelung erforderlich. Eine Möglichkeit wäre den Standortbegriff nochmals neu zu definieren und Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser mit mehreren Standorten, die jeweils über verschiedene Spezialisierungen verfügen, zu treffen. - Das KHVVG und KHAG zielen u.a. auf einen Strukturwandel der deutschen Krankenhauslandschaft ab. Dieser wird nochmals durch

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>die Bekanntgabe der Mindestvorhaltezahlen im Dezember 2026 verstärkt. Folglich werden ganze Fachbereiche von einem Krankenhaus zu einem anderen (wahrscheinlich) größerem Krankenhaus verlagert (oder auch von Standort zu Standort innerhalb eines Krankenhauses). Auch bei Krankenhausschließungen erfolgt eine Übernahme der Fachbereiche (und der Patienten) durch andere Krankenhäuser. Dies wird in den meisten Fällen jedoch nicht zu einer Überschreitung des gesetzlich vorgegebenen 20%-Korridors führen.</p> <p>Um eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und eine Übernahme der Fachbereiche und der entsprechenden Patienten zu gewährleisten, muss eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die eine Übertragung der jeweiligen Anteile an der Vorhaltevergütung an das übernehmende Krankenhaus bzw. den übernehmenden Standort vorsieht. Möglich wäre in diesem Kontext eine gänzliche Neuregelung des 20%-Korridors oder eine Ausnahmeregelung des 20%-Korridors für o.g. Konstellationen. In keinem Fall darf die Übernahme von Leistungen in Folge von Schließungen von Standorten oder Krankenhäusern oder Teilen von Standorten oder Krankenhäusern (und damit Verlagerung von Leistungsgruppen und Fallzahlen) dazu führen, dass die Vorhaltevergütung hierfür nicht entsprechend zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>Es fehlt nach wie vor eine konkrete Auswirkungsanalyse der geplanten Vorhaltevergütung. Fraglich ist, ob das neue Finanzierungsmodell die chronische Unterfinanzierung der Betriebskosten tatsächlich beseitigt, wenn sich 40 Prozent der Vergütung weiterhin an Fallzahlen orientiert.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts 	Die Notfallzuschläge sollten bereits frühzeitiger angehoben werden, da die Unterfinanzierung der Notfallversorgung in ausreichend Studien nachgewiesen wurde.
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	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung - Streichung Regelung für Beteiligung PKV - Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte. 	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung s-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Hybrid-DRGs: Im Entwurf des KHAG erfolgen keine Änderungen bei den Hybrid-DRGs, obwohl deren massive Ausweitung ab 2026 sowie die angedachte Erlösanpassung an die AOPs bis 2030 massive Verwerfungen im System zur Folge haben werden. Die Auswirkung des deutlichen Anstiegs an die Vorhaltefinanzierung ist unklar ebenso die Erfordernis der Einhaltung von Qualitätskriterien der LG. Ferner gibt es weiterhin eine Ungleichbehandlung zum ambulanten Bereich. Bei gleichen Erlösen sind die Vorhalterkosten im Krankenhaus deutlich höher als in einer ambulanten Arztpraxis. Ferner werden aufwändige und komplexe Patienten weiterhin eher im Krankenhaus behandelt, so dass auch bei den Hybrid-DRGs eine Selektion wie bisher bei den AOPs erfolgt. Eingriffe/Behandlungen mit wenig Sachaufwand und bei geringer Morbidität der Patienten werden in den Praxen erbracht und das restliche Patientengut an die KH abgegeben.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Es sollten Ausnahmeregelungen für besondere Einrichtungen (z.B. Zentrum für Schwerbrandverletzte) getroffen werden.