

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20.08.2025**

zum Referentenentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform**

(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

I. Allgemeines

Mit dem Krankenhausreformatransformationsgesetz (KHAG) beabsichtigt die Bundesregierung, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestoßenen Reformen praxisgerecht fortzuentwickeln. Dazu gehören u. a. die Verschiebung zentraler Fristen, die Anpassung von Leistungsgruppen- und Qualitätskriterien, die Erweiterung von Ausnahmeregelungen sowie eine geänderte Finanzierung des Transformationsfonds.

Die Zielsetzung, die Umsetzbarkeit der Reform zu verbessern und gleichzeitig die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, ist nachvollziehbar. Gleichwohl bestehen erhebliche Bedenken, ob die geplanten Änderungen in dieser Form den Anspruch einer strukturell tragfähigen und qualitätsorientierten bundesweit vergleichbaren Krankenhausversorgung einlösen können.

Kritisch zu sehen ist insbesondere, dass die vorgesehenen Ausnahmeregelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien die intendierte Qualitätsverbesserung verwässern können. Auch die mehrfachen Fristverlängerungen bergen die Gefahr, dass dringend notwendige Strukturveränderungen weiter verzögert werden. Die in der Gesetzesbegründung betonte Praxisnähe darf nicht dazu führen, dass zentrale Steuerungsinstrumente geschwächt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine sorgfältige Abwägung zwischen Flexibilität in der Umsetzung und der Sicherung der Reformziele zwingend erforderlich. Ohne klare und verbindliche Vorgaben droht das KHAG, mehr Umsetzungsaufschub als Reformfortschritt zu bewirken.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf im nachfolgenden Umfang auch unter Verweis auf die bereits erfolgten grundlegenden Ausführungen in ihren Stellungnahmen zum KHVVG vom 28. August 2023 und 23. September 2024 Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Prof. Josef Hecken

Karin Maag

Dr. med. Bernhard van Treeck

(Unparteiischer Vorsitzender)

(Unparteiisches Mitglied)

(Unparteiisches Mitglied)

II. Spezifische Kommentare, die konkrete Teile des Dokuments betreffen

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll im Wesentlichen § 109 Absatz 3a Satz 4 und 5 SGB V dergestalt ersetzt werden, dass (auch hier) die bisherigen Erreichbarkeitsvorgaben des § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG als Ausnahmevoraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einem Krankenhaus entfallen, dass die Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen nicht erfüllt. Nach der bisherigen Regelung ist der Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die danach maßgebliche Fahrzeit betrug für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten.

		<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.73):</u> Entsprechend der Parallelvorschrift des § 6a KHG zur Leistungsgruppenzuweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde seien nach der bisherigen Regelung zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen gewesen. Aufgrund der zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungsgruppenzuweisung erhalten sollen, würden in der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG die Erreichbarkeitsvorgaben entfallen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben würden nunmehr auch vorliegend entfallen. Stattdessen hätten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums zu entscheiden, ob der Abschluss des Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Durch diese Änderung wird der durch das KHVVG bereits eröffnete und höchst bedenkliche Weg zu einer föderalen Fragmentierung und Absenkung des Qualitätsniveaus fortgesetzt und vertieft. Dieser Weg steht weiterhin in Widerspruch zu der nach den prägenden Strukturprinzipien des SGB V bundeseinheitlich zu gewährleistenden Qualitätssicherung. Ohne Sicherstellung eines bundeseinheitlichen Qualitätsniveaus der Leistungserbringung bleibt die auch durch das KHVVG selbst adressierte Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen
--	--	---

			Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem qualitativ hohen Niveau nicht realisierbar. Nach der Begründung zum KHVVG (BT-Drs. 20/11854) vom 17. Juni 2024 sollten die gesetzlichen Erreichbarkeitskriterien zur Bemessung für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gerade eine bundesweit einheitliche Anwendung der geregelten Ausnahme und damit eine insgesamt hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung gewährleisten. Durch den Wegfall der bisher vorgesehenen Berücksichtigung der Fahrzeiten wird der Begriff „Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ entgegen dieser Zielsetzung folglich inhaltlich nahezu vollständig entleert und kann beliebig von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene operationalisiert werden. Im Ergebnis wird mit diesem Gesetzesentwurf nochmals verdeutlicht, dass die Qualitätskriterien im Sinne von § 135e Abs. 1 SGB V keine auch nur annäherungsweise hinreichende Steuerungswirkung für das „Wie“ der Leistungserbringung haben können.
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	<u>Regelungsinhalt:</u> Mit der Änderung wird § 135d Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB V gestrichen. Der bisherige Satz 3 hat eine Veröffentlichungsfrist von nach Leistungsgruppen differenzierten Fallzahlen der erbrachten Leistungen zum Gegenstand und Satz 4 eine entsprechende gesonderte Kennzeichnungspflicht der betroffenen Standorte. Im Übrigen wird § 135d (auch an die Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin in Anlage 1) entsprechend angepasst

			<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.74):</u> Die Übermittlung der zugewiesenen Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus habe nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstmals bis zum 30. September 2027 zu erfolgen. Aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin in Anlage 1 zu § 135e würden die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe angepasst. <u>Bewertung:</u> Es wird angeregt, §135d SGB V insgesamt zu streichen, da der Klinikatlas mehr Aufwand für die Krankenhäuser (und das IQTIG) bedeutet und zumindest bisher keinen Mehrwert für Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen Portalen oder den Qualitätsberichten des Gemeinsamen Bundesausschusses bietet. Ein Link auf solche Quellen auf der Homepage des BMG hätte denselben Effekt und würde Kosten einsparen.
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern	<u>Regelungsinhalt:</u> Mit der Änderung wird u.a. in § 136e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b) die entsprechende Geltung des § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG gestrichen.

		– Sonderregelung für Tages- und Nacht-kliniken (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)	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.76):</u> Die Regelung diene der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass den Ländern zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen ermöglicht werden sollen. Dementsprechend sei die Möglichkeiten zur Ausnahme von der Erfüllung von Qualitätskriterien in § 6a Absatz 4 KHG erweitert worden. Im Zusammenhang mit dieser Erweiterung der Ausnahme werde auch die Kooperationsmöglichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erweitert. Demnach liege es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung der Streichung des Verweises von § 135e Abs. 3 Satz 2 Nr. 8 b SGB V auf § 6a Abs. 4 Satz 2 und 3 KHG wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 109 Absatz 3a Satz 4 und 5 SGB V verwiesen.
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	<u>Regelungsinhalt:</u> Im Wortlaut des § 136a Absatz 7 Satz 1 SGB V soll die Angabe „in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1“ durch die Angabe „in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13“ ersetzt werden.

		<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.77):</u> Bei dieser Ersetzung würde sich um eine rechtstechnische Klarstellung handeln. § 136a Absatz 7 SGB V stelle eine Spezialermächtigung dar, die keine Bezugnahme auf § 136 Absatz 1 SGB V erfordere. Weiter heißt es auszugsweise wörtlich: „<i>Es handelt sich um eine Grundlage für den Erhalt des Förderbetrags nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG, mit dem die in der geburtshilflichen Versorgung bereits gut etablierten Strukturen für hebammengeleitete Kreißsäle durch Positivanreize im Sinne einer finanziellen Förderung gestärkt werden sollen. Die vom G-BA festzulegenden sektorbezogenen Vorgaben stellen dabei keine Mindestanforderungen im Sinne von § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V dar.</i>“ <u>Bewertung:</u> Die beabsichtigte Ersetzung bewirkt keine wesentliche inhaltliche Änderung des § 136a Absatz 7 SGB V. Die Motive und Absichten der Begründung stehen im offenen Widerspruch zu Wortlaut, Systematik als auch Sinn und Zweck der krankenversicherungsrechtlichen Qualitäts-sicherungsvorschriften. Ebenso lassen sie sich nicht mit Wortlaut und Sinnzusammenhang der Förderungsvorschrift des § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG vereinbaren. Selbst wenn diese Änderung des Gesetzes in Kraft träte, würden die erklärten Motive und Absichten folglich im Gesetzeswortlaut keinen erkennbaren Ausdruck gefunden haben und müssten deshalb bei der Auslegung und Anwendung des § 136a Absatz 7 SGB V ohne Bedeutung bleiben (vgl. etwa BVerfG, Beschluss vom 17. Mai 1960, Az. 2 BvL 11/59, juris Rn. 19 m.w.N., BSG, Urteil vom
--	--	---

		25. Oktober 2023, Az. B 6 KA26/22 R, juris Rn. 25, BGH, Urteil vom 6. Juni 2019, Az. I ZR 67/18, juris Rn. 66). Schon nach dem Wortlaut § 136a Absatz 7 SGB V und seiner systematischen Stellung innerhalb des SGB V würde die Ersetzung keine wesentliche inhaltliche Änderung bewirken, da § 136 Absatz 1 SGB V seit der Umstrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt des vierten Kapitels („Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“) des SGB V durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) als Grundnorm für Richtlinien des GBA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V ausgestaltet wurde. So heißt es explizit im eigenen Wortlaut von § 136 Absatz 1 SGB V selbst, dass der G-BA die maßgeblichen Qualitätsanforderungen „<i>durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13</i>“ bestimmt. Davon abgesehen finden ohnehin auf Qualitätsanforderungen nach §§ 136, 136a SGB V gleichermaßen die gesetzlichen Regelungen zu ihrer Prüfung und Durchsetzung gemäß §137 Absatz 1 und 3 SGB V (uneingeschränkt) Anwendung. Ferner steht es auch weder im Belieben des G-BA, auf die Ausgestaltung von Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung eigenmächtig zu verzichten, noch losgelöst von der konkreten Ausgestaltung eine der gesetzlichen Anleitung des § 137 Absatz 1 SGB V nicht entsprechende Rechtsfolge festzulegen. Auch aus dem Sinnzusammenhang des § 136a Absatz 7 SGB V mit der krankenhaushausfinanzierungsrechtlichen Vorschrift des § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG ergibt sich nichts anderes, da der Förderbetrag hiernach explizit nur für Krankenhausstandorte vorgesehen ist, die die vom G-BA
--	--	--

			nach § 136a Absatz 7 SGB V festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen. Es ist auch nicht erkennbar, dass im Allgemeinen Qualitätsanforderungen des SGB V nicht Hand in Hand mit krankenhaushfinanzierungs- und entgeltrechtlichen Sondertatbestände gehen könnten und auch gehen wie beispielsweise § 17b Absatz 1a Satz 1 Nummer 4 und 5 KHG zeigt. In dieser Hinsicht erscheint auch explizit regelungs- und erklärungsbedürftig, weshalb dies vorliegend nicht gerechtfertigt sein soll bzw. ist.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.77):</u> Bislang gelte für die vom InEK gemäß § 40 KHG vorzunehmende Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG unterliegen würden, eine einheitliche quantitative Vorgabe. Der neue Absatz 2 solle ein differenziertes Vorgehen ermöglichen, indem dem G-BA die Möglichkeit eingeräumt werde, für bestimmte Indikationsbereiche eine geringere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich sei. Dadurch würden bereichsspezifische Unterschiede des Versorgungsangebotes und bestehende Steuerungsansätze berücksichtigt werden können. Insbesondere führe die Festlegung von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 SGB V durch den G-BA in bestimmten Indikationsbereichen

			(insbesondere Brustkrebs) bereits zu einer Konzentration von Leistungen. Eine undifferenzierte Reduktion des Leistungsangebots könne die flächendeckende Versorgung gefährden. <u>Bewertung:</u> Um insbesondere die erwähnten unerwünschten Wechselwirkungen mit den Mindestmengenregelungen gemäß § 136b SGB V zu vermeiden, wird vorgeschlagen, von der Regelung des § 136c Absatz 2 SGB V abzusehen. Stattdessen sollte das eigenständige, spezifische Steuerungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V aus dem Anwendungsbereich des § 40 KHG ausgenommen sowie auch im Übrigen insbesondere von den Vorschriften zu den Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V insgesamt klar und eindeutig abgegrenzt werden. Im Ergebnis erscheint eine Festlegung weiterer Mindestmengen durch den G-BA im onkologischen Leistungsbereich wesentlich zielführender. Damit würde zudem ein unnötiger zusätzlicher erheblicher fachlicher und technischer Aufwand für die Ermittlung und Bewertung der zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung in Sinne der vorgesehenen Regelung vermieden. Das eigenständige, spezifische und bundeseinheitlich ausgerichtete Qualitätssicherungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V kann allein schon wegen seines umfassend gesetzlich angeordneten Leistungsbewirkungs- und Abrechnungsverbots einen effektiveren und wegen seiner wissenschaftlichen Evidenz auch einen wesentlich zielführenderen und rechtssicheren Wirkbeitrag zu der nach der
--	--	--	---

			Begründung des KHVVG zu § 40 KHG ebenfalls intendierten qualitäts-gerechten Konzentration im Bereich der onkochirurgischen stationären Versorgungsstrukturen leisten. Im Unterschied zu den auf einer rein quantitativen bzw. rechnerischen Ableitung beruhenden Liste des InEK als Voraussetzung eines lediglich partiellen entgeltrechtlichen Abrechnungsverbots, beruhen die Mindestmengenregelungen des SGB V insbesondere auf einer wissenschaftlich-evidenzbasierten Ermittlung und Bewertung der Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge sowie einer entsprechend konkreten Datenanalyse zur Folgenabschätzung. Zudem führt die nach § 40 Absatz 2 KHG vorgesehene Liste des InEK gemäß § 8 Absatz 4 KHEntgG lediglich zu einem partiellen entgeltrechtlichen Abrechnungsverbot, während für die Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V ein umfassendes Leistungsbewirkungs- und Abrechnungsverbot gesetzlich angeordnet ist, welches auch entgeltrechtlich in § 8 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG seine Entsprechung findet. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Berücksichtigung der in die Mindestmengenregelungen des G-BA einbezogenen Leistungsbereiche im Rahmen der Liste des InEK nicht nur überflüssig, sondern entfaltet erkennbar sogar unerwünschte und vermeidbare Folge- und Wechselwirkungen bzw. Beeinträchtigungen der beiden zu unterscheidenden Regelungsinstrumente. Insoweit bleibt unklar, wie sich die auf Grundlage des neuen § 136c Absatz 2 gewonnenen Erkenntnisse auf die Mindestmengen und weitere Richtlinien des G-BA auswirken werden.
--	--	--	--

			Im Allgemeinen dürfte es daher weiterhin an einer eindeutigen und klarstellenden gesetzlichen Abgrenzung und Unterscheidung zwischen den Regelungen im Kontext der Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135 f SGB V bzw. gemäß § 40 KHG auf der einen Seite und den Mindestmengenregelungen des G-BA gemäß § 136b SGB V auf der anderen Seite insgesamt fehlen. Die unparteiischen Mitglieder des G-BA haben bereits auch über die in der Begründung des Referentenentwurfs erwähnte Mindestmenge für chirurgische Behandlung des Brustkrebses hinaus weitere Mindestmengen mit einem konkret onkochirurgischen Anwendungsbereich festgelegt (z.B. zur thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen oder zur Rektum- und Kolonkarzinomchirurgie). Weitere Beratungsverfahren zur Festsetzung von Mindestmengen in diesem Leistungsbereich werden folgen bzw. sind bereits eingeleitet (z.B. für die Chirurgie bei Magenkarzinom und Karzinomen des gastroösophagealen Übergangs (AEG Typ I-III)).
neu	§136c § 21 KHEntgG	Klarstellende Regelungsvorschläge für Beauftragungen des IQTIG u.a. zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung der G-BA-Vorgaben nach § 136c	Das IQTIG ist bereits nach geltender Rechtslage befugt, übermittelte Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG sowohl für das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V als auch für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V zu verarbeiten. Aufgrund von Schwierigkeiten bei Beauftragungen des IQTIG mit Datenauswertungen zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c wird eine klarstellende Ergänzung des § 136c SGB V und des § 21 Absatz 3a KHEntgG vorgeschlagen.

			<u>Regelungsvorschlag für einen § 136c Absatz 7 (neu):</u> <i>„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung seiner Vorgaben das Institut nach § 137a oder eine andere fachlich unabhängige, wissenschaftliche Stelle insbesondere auf Grundlage des § 21 Absatz 3a Krankenhausentgeltgesetz mit der Auswertung ausgewählter Leistungsdaten beauftragen. Für Beauftragungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 8 entsprechend.“</i> Regelungsvorschlag für eine Ergänzung des § 21 Absatz 3a KHEntgG: <i>„(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann auswählte, gemäß Absatz 1 übermittelte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <u>oder Aufträge nach § 136c Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</u> durchführen zu können.“</i>
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.80 ff.):</u> Die Anlage 1 zu § 135e werde neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des gemäß Absatz 3 eingerichteten Leistungsgruppen-Ausschusses sei in einigen Leistungsgruppen die Qualitätsvorgaben verändert worden. Insbesondere:

	– 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 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	<i>„Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium wird durchgängig gestrichen. Die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern gelten verbindlich und sind von den Krankenhäusern stets einzuhalten, sodass im Sinne des Abbaus von Bürokratie eine Prüfung des Medizinischen Dienstes entbehrlich ist.“</i> <i>Die Verweise sowie die Daten der letztmaligen Änderung von Beschlüssen des G-BA wurde im Anforderungsbereich Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen in den jeweils relevanten LG angepasst.“</i> <u>Bewertung:</u> Begrüßt wird die Aktualisierung der Verweise auf die in Bezug genommenen Regelungen und Richtlinien des G-BA. In der aktuell geltenden Fassung der Anlage 1 zu § 135e SGB V ist für eine Reihe von pflegeintensiven Leistungsgruppen die Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen als sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzung festgelegt. Mit der beabsichtigten Streichung dieser Strukturvoraussetzung in der Anlage 1 zu § 135e SGB V wird das einzige Qualitätskriterium zur Pflegepersonalausstattung in den Leistungsgruppen ersatzlos gestrichen, obwohl unumstritten sein dürfte, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung unabdingbar ist. Soweit die Streichung damit begründet wird, dass die Pflegepersonaluntergrenzen ohnehin verbindlich seien und durch die Streichung im Sinne von Bürokratieabbau Prüfaufwand verringert würde, vermag dies
--	---	--

	– 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	nicht zu überzeugen. Die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen hat derzeit nach § 137i Absatz 5 SGB V lediglich retrospektiv die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zur Folge. Nach § 137i Absatz 4 Satz 1 SGB V ist der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen schon jetzt u.a. gegenüber der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die vorhandenen Informationen über die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium von den Krankenhausplanungsbehörden bei Entscheidungen über die Zuweisung von Leistungsgruppen nicht mehr obligatorisch berücksichtigt werden sollen. Die aus der Streichung resultierende Reduktion der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen auf sachliche Ausstattung und personelle Ausstattung mit ärztlichem Personal wird der Bedeutung der Pflege für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht gerecht. Im Ergebnis wird auch mit der beabsichtigten Streichung der Qualitätskriterien zur Pflegepersonalausstattung nochmals im Besonderen verdeutlicht, dass die Qualitätskriterien im Sinne von § 135e Abs. 1 SGB V keine auch nur annäherungsweise hinreichende Steuerungswirkung für das „Wie“ der Leistungserbringung haben können.
--	---	--

		– 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 – Streichung LG 65	
Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
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	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll u.a. § 6a Absatz 4 KHG dergestalt ersetzt werden, dass (auch hier) die bisherigen Erreichbarkeitsvorgaben des § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG als Ausnahmevoraussetzung für die Leistungsgruppenzuweisung an ein Krankenhaus, welches die maßgeblichen

		– Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen nicht erfüllt. Ferner wird in diesem Fall die bisherige Befristung einer solchen Zuweisung von höchstens drei Jahre um eine weitere Befristung von drei Jahren im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erweitert. Darüber hinaus wird ein weiterer Ausnahmetatbestand für Betriebseinstellungen von Krankenhäusern festgelegt. <u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.88):</u> Nach der bisherigen Regelung des Absatz 4 wären zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben würden nunmehr entfallen. Stattdessen würden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung dieser Änderung wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 109 Absatz 3a Satz 4 und 5 SGB V verwiesen. Hieran gemessen können aus der Perspektive der krankensicherungsrechtlichen Qualitätssicherung und der mit dem KHVVG adressierten qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung auch die Erstreckung der Abweichungsmöglichkeit auf nunmehr insgesamt 6 Jahre nur als äußerst bedenklich bewertet werden; ganz zu schweigen von der vorgesehenen unbefristeten
--	--	--	---

			Abweichungsmöglichkeit im Fall von Sicherstellungskrankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG.
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	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.91):</u> Da der Transformationsfonds aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werde, werde auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechenden Regelungen gestrichen. <u>Bewertung:</u> Die vorgesehene Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds auf Bundesmittel wird begrüßt.
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	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll u.a. § 40 Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG dergestalt ersetzt werden, dass das InEK bei der Auswahl der Krankenhausstandorte eine niedrigere als die gesetzliche Prozentzahl von 15 Prozent anzuwenden hat, wenn für den maßgeblichen Indikationsbereich eine solche vom G-BA beschlossen wurde.

			<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S.88):</u> Mit Satz 3 werde zum einen die Veröffentlichung der Liste der ausgewählten Krankenhausstandorte durch das InEK infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auf den 31. Mai 2027 verschoben. Zum anderen verpflichte Satz 3 das InEK in dem Fall, dass der G-BA nach dem 31. Mai 2027 eine niedrigere Prozentzahl als 15 Prozent nach § 136c Absatz 2 SGB V festlege, dazu, die Auswahl der Krankenhausstandorte insoweit zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Hierdurch werde gewährleistet, dass das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG nur noch für die Krankenhausstandorte gelte, die sich auf der aktualisierten Liste befinden. Auch für die aktualisierte Liste habe das InEK die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Daten zu verwenden. Durch das aktualisierte, aber weiterhin abgeschlossene Bezugsjahr würden mögliche unerwünschte Fehlanreize vermieden, mehr onkochirurgische Leistungen zu erbringen, um dadurch das partielle Abrechnungsverbot zu umgehen. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 136c Absatz 2 SGB V verwiesen.
--	--	--	---