

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: GKV-Spitzenverband

Datum: 21.08.2025

Vorbemerkung (Allgemeine Bewertung)

Der vorliegende Referentenentwurf eines Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) greift eine zentrale Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung auf, indem die Finanzierung des Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln und nicht - wie bislang gesetzlich vorgesehen - aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Diese Änderung ist richtig, da die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung darstellt, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Hierdurch wird ein grundlegender konzeptioneller Fehler des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) korrigiert.

Daneben bestehen erhebliche Bedenken gegenüber anderen wesentlichen Regelungen des Entwurfs. Die vorgesehenen erweiterten Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten, insbesondere in den Paragraphen § 6a KHG und § 109 SGB V, schwächen die neu definierten Qualitätskriterien deutlich ab, bevor diese ihre Wirkung entfalten können. Es besteht die Gefahr, dass regionale Interessen den Schutz der Patientensicherheit und die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung überlagern. Dies steht im Widerspruch zu der am Patientenwohl ausgerichteten Forderung, dass Qualitätsanforderungen insbesondere in personeller Hinsicht bundesweit einheitlich und ohne Abstriche erfüllt werden müssen.

Zudem wird die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), empfindlich geschwächt. Wichtige Entscheidungen wie die Konkretisierung von Qualitätskriterien und die Gewährung von Ausnahmen verbleiben bei Ministerien und Landesbehörden, statt sie in die Hände der Selbstverwaltung zu geben. Diese Entwicklung wird kritisch gesehen, da ein auf evidenzbasierten Standards beruhendes System nicht weitgehend für Verwässerungen durch politische Kompromisse geöffnet werden sollte. Die zunehmende Steuerung durch kleinteilige gesetzliche Vorgaben birgt die Gefahr steigender bürokratischer Aufwände und von Verzögerungen.

Die überfällige Rücknahme der finanziellen Zusatzbelastungen durch den Transformationsfonds darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass andere Regelungen des KHAG erhebliche Mehrbelastungen für die GKV mit sich bringen würden. Angesichts der angespannten Finanzlage der GKV und der weiterhin steigenden Krankenhausaufgaben sind dementsprechende Maßnahmen zur Ausgabenstabilisierung notwendig. Problematisch ist, dass Effizienzgewinne, etwa durch Schließungen nicht bedarfsnotwendiger Einrichtungen, bislang den Krankenhasträgern zugutekommen, nicht aber den Beitragszahlern. Weiterhin führen gesetzliche Regelungen wie die Meistbegünstigungsklausel und die vollständige Tariffinanzierung zu einer Doppelfinanzierung und hemmen ökonomisches Handeln. Kritisch bleibt auch die Kostenexplosion im Pflegebudget, das seit der Einführung stetig deutlich gestiegen ist, ohne eine wirksame Obergrenze.

Insgesamt stellt der Entwurf eine Abkehr von den zentralen qualitativen Zielen der Krankenhausreform dar und wird ihre transformative Wirkung schwächen. Die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität sowie bundesweit einheitliche Qualitätsstandards müssen weiterhin zentrale Leitlinien bleiben, um eine sichere und bedarfsgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

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	Bewertung: Die Anpassung des Absatz 3a wird abgelehnt. Die Regelung ist eine direkte Folgeänderung zur Aufweichung der Ausnahmeregelung in § 6a KHG und wird aus denselben Gründen abgelehnt. Begründung: Der Referentenentwurf sieht in Artikel 2 Nummer 2c) (§ 6a Absatz 4 KHG) die Streichung bundeseinheitlicher Erreichbarkeitsvorgaben als objektive Kriterien für die Notwendigkeit einer Ausnahme vor und überlässt die Entscheidung dem "Beurteilungsspielraum" der Landesverbände der Krankenkassen. Dies kann in Einzelfällen zwar grundsätzlich sinnvoll sein, öffnet aber Tür und Tor für erheblichen politischen Druck auf regionaler Ebene, Versorgungsverträge auch mit qualitativ nicht adäquaten Anbietern zu schließen, um deren Standorte zu erhalten. Die Versorgungsqualität und damit die Patientensicherheit darf nicht zur Disposition gestellt werden. Der Verweis auf die vorherige Prüfung von Kooperationsmöglichkeiten ist unzureichend und irreführend, insbesondere weil die Kooperationspartner gemäß der LOPS-RL des MD Bund faktisch nicht geprüft werden. Wie in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum KHVVG dargelegt, können Kooperationen die physische Vorhaltung von Personal und Ausstattung am Behandlungsstandort nicht ersetzen. Insbesondere in Notfallsituationen ist die unmittelbare Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal entscheidend. Eine Kooperation auf dem Papier gewährleistet dies nicht und gefährdet somit die Patientensicherheit. Die Regelung führt dazu, dass Krankenhäuser ohne ausreichende Qualität am Markt bleiben. Dies schwächt den Anreiz für andere, qualitativ hochwertige Krankenhäuser, in der Region zu investieren, da sie mit subventionierten, Anbietern mit unzureichender Qualität konkurrieren müssen. Langfristig führt dies zu einem Abbau der Versorgungsqualität in der gesamten Region. Änderungsvorschlag: Die Ausnahme muss an strenge, bundeseinheitlich definierte und nachprüfbare Kriterien gebunden bleiben.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Zudem: Die Entscheidung über eine Ausnahme im Rahmen der Zuweisung der Leistungsgruppen (LG) muss im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen getroffen werden, nicht lediglich im Benehmen. Der GKV-Spitzenverband schlägt die Erarbeitung einer Musterkrankenhausplanungsordnung im G-BA vor, um je LG sinnvolle Erreichbarkeitsvorgaben zu etablieren und die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse zu gewährleisten (vergleiche Ergänzender Änderungsbedarf).
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	Bewertung: Die Streichung der Übergangsregelung ist eine redaktionelle Folgeänderung. Die Streichung der LG 65 "Notfallmedizin" ist sachgerecht. Begründung: Die Streichung der LG 65 "Notfallmedizin" ist nachvollziehbar, da aktuell keine sachgerechte Fallzuordnung von Notfällen zu dieser LG möglich wäre. Für die Vorhaltefinanzierung der stationären Notfallstrukturen sollten weiterhin die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V zugrunde gelegt werden, sofern die Regelung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 letzter Halbsatz KHEntgG) nicht gestrichen wird (vgl. Forderung des GKV-Spitzenverbandes unter Artikel 3 Nummer 7a). Allerdings fehlt bislang ein Bedarfsmaß für die Verteilung der Notfallzuschläge. Derzeit erhalten alle Krankenhäuser, die die Mindestanforderungen einer Notfallstufe erfüllen, den in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG festgelegten Zuschlag für diese Stufe. Der G-BA sollte den Auftrag erhalten, Kriterien zu entwickeln, mit denen die Versorgungsrelevanz eines jeden Notfallkrankenhauses ermittelt werden kann. Die Höhe der Notfallzuschläge sollte sich neben der Erfüllung der Mindestanforderungen einer Notfallstufe auch an der Versorgungsrelevanz des jeweiligen Hauses bemessen.
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO	Bewertung: Die Anpassungen der Änderungen sind im Hinblick auf die Anpassung der Fristvorgaben nachvollziehbar. Die weiteren Änderungen werden überwiegend kritisch gesehen.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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)	Begründung: - Streichung Frist LG-RVO: Die Streichung ist redaktionell. - Finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung: Es ist nachvollziehbar, dass die Finanzierung der Patientenbeteiligung im Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) analog zu den Regelungen im G-BA ausgestaltet werden soll. - Vereinheitlichung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern: Die Änderung wird kritisch gesehen. Die Vereinheitlichung und die Erweiterung von Kooperationsmöglichkeiten zur Erfüllung von Qualitätskriterien lehnt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich ab. Qualität muss am Behandlungsstandort physisch erbracht werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Dies gilt auch für Fachkrankenhäuser. Mit der Regelung droht eine Situation, Qualitätsanforderungen auf dem Papier zu erfüllen, während die tatsächliche Verfügbarkeit von Expertise im Bedarfsfall nicht gesichert ist. Hilfsweise braucht es eine messbare Definition eines Fachkrankenhauses. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher im ergänzenden Gesetzgebungsbedarf eine zielgenauere Definition zu dieser Thematik vor. Kooperationen zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen sollten allenfalls wie bei den Ausnahmeregelungen auf drei Jahre befristet und nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern im Land gewährt werden dürfen. Ebenfalls muss der Kooperationsvereinbarung eine dezidierte Zielvereinbarung zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen am Standort enthalten, die überprüfbar ist. - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken: Die Beschränkung zeitlicher Vorgaben auf die jeweiligen Betriebszeiten ist sehr kleinteilig, aber vertretbar. - Vollzeitäquivalent (VZÄ): Die Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5 Stunden pro Woche entspricht dem Koalitionsvertrag, spiegelt jedoch für den ärztlichen Dienst nicht die tarifvertragliche Realität in vielen Krankenhäusern wider. So sieht der Tarifvertrag des Marburger Bundes für kommunale Krankenhäuser eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden vor.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Für den Tariffbereich der Länder sieht der Tarifvertrag aktuell sogar eine wöchentliche Arbeitszeit von 42 Stunden vor. - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte: Die Regelung entspricht der Empfehlung des LGA und ist vertretbar. Änderungsvorschlag: Ziel der LG ist es, über eine gemeinsame Planungsstruktur durch die Krankenhausplanung der Länder auf gleichwertige Lebensverhältnisse hinzuwirken. Die LG nach § 135e sollen das Leistungsgeschehen in deutschen Krankenhäusern abbilden und strukturieren. Sie schaffen eine gemeinsame Planungssemantik. Die Einführung eines verbindlichen Regelwerks zur Festlegung dieser LG ist notwendig, um eine bundeseinheitliche, transparente und medizinisch fundierte Grundlage für die Krankenhausplanung zu schaffen. Durch die Definition klarer Qualitätskriterien für jede LG wird sichergestellt, dass die Versorgung den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards entspricht und eine leitliniengerechte Behandlung gewährleistet ist. Das Regelwerk ist durch eine Musterkrankhausplanungsordnung zu ergänzen, um je LG sinnvolle Erreichbarkeitsvorgaben zu etablieren und die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse zu gewährleisten (vergleiche Ergänzender Änderungsbedarf). Darüber hinaus ist es essenziell, dass das Regelwerk eindeutige und nachvollziehbare Kriterien enthält, die festlegen, wann eine neue LG erforderlich wird, etwa bei der Etablierung neuer medizinischer Verfahren oder Versorgungsformen. Ebenso müssen klare Maßstäbe für die Modifikation oder Abschaffung bestehender LG definiert sein, beispielsweise bei veränderten epidemiologischen Rahmenbedingungen, medizinischem Fortschritt oder strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft. Nur so kann das Regelwerk flexibel und zukunftsfähig bleiben und gleichzeitig die notwendige Stabilität und Verlässlichkeit für die Planung bieten. Ein solches Vorgehen ist nicht neu: Vergleichbare Regelwerke existieren bereits in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. So arbeitet die Arbeitsgruppe OPS

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			beim BfArM nach festgelegten Kriterien zur Weiterentwicklung der Operationen- und Prozedurenschlüssel. Auch das Kuratorium für die Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) folgt strukturierten Verfahren zur Anpassung medizinischer Klassifikationen. Und bei der Einführung des DRG-Systems wurden ebenfalls transparente und nachvollziehbare Kriterien für die Bildung und Weiterentwicklung von Fallgruppen etabliert. Diese Beispiele zeigen, dass ein regelbasiertes Vorgehen nicht nur praktikabel, sondern auch notwendig ist, um eine konsistente und qualitätsgesicherte Weiterentwicklung komplexer Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. § 135e Absatz 3 wird um die folgenden Sätze 14 bis 16 ergänzt: „Der Leistungsgruppenausschuss legt bis zum 31.12.2026 ein Regelwerk für die Ausgestaltung der Leistungsgruppen und ihre Weiterentwicklung fest. Hierbei sind insbesondere Merkmale für die Erforderlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit, Kriterien für Neueinführung und Streichung von Leistungsgruppen und für die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen festzulegen. Kommt im Leistungsgruppenausschuss bis zum 31.12.2026 kein Beschluss zum Regelwerk zustande wird das Regelwerk durch das Bundesministerium für Gesundheit als Verwaltungsakt festgelegt.“
4	§ 135f	- Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten - Folgeanpassung Fristen	Bewertung: Kritisch zu bewerten ist die Verschiebung der Frist für den Erlass der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen. Begründung: Die Verschiebung der Frist für die Rechtsverordnung um ein Jahr auf den 12.12.2026 ist eine Folge der Verschiebung der Vorhaltevergütung. Dies ist zwar systemisch konsequent, verzögert aber die dringend notwendige Einführung von Mindestvorhaltezahlen als zentrales Instrument der Qualitätssicherung und Leistungskonzentration. Mindestvorhaltezahlen sind entscheidend, um Gelegenheitschirurgie zu unterbinden und die Versorgung bei komplexen Eingriffen auf spezialisierte Zentren zu konzentrieren, was nachweislich die Behandlungsergebnisse verbessert. Jedes Jahr der Verzögerung bedeutet eine Fortsetzung der Versorgung unter potenziell suboptimalen Bedingungen. Im Sinne

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			einer rechtssicheren Planung zur Umsetzung der Krankenhausreform ist es darüber hinaus erforderlich, dass die jeweiligen Mindestvorhaltezahlen vor der Vergabe der Versorgungsaufträge durch die Länder feststehen. Vor dem Hintergrund sollte die Verschiebung der Frist nur wenige Monate und nicht ein Jahr betragen. Zudem wäre eine LG-Priorisierung der vorrangig festzulegenden Mindestvorhaltezahlen notwendig. Die Klarstellung, dass die Mindestvorhaltezahlen auch für nach Landesrecht als zugewiesen geltende LG gelten, ist hingegen folgerichtig.
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Bewertung: Die Änderung geht über eine rein redaktionelle Klarstellung hinaus und wird abgelehnt. Begründung: Um Gelder aus dem Förderbetrag nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG erhalten zu können, ist es notwendig, bestimmte Mindestanforderungen an die Qualität der geburtshilflichen Versorgung in hebammengeleitete Kreißsäle zu erfüllen. Nur wenn diese Qualitätsanforderungen erfüllt werden können, darf dort eine Versorgung erfolgen und Gelder dafür erlangt werden. Dies dient primär der Sicherheit der Versorgung der Gebärenden und des Neugeborenen unter verantwortlicher Leitung von Hebammen und erst sekundär einer Ermöglichung finanzieller Förderungsmöglichkeiten. Die vom G-BA festzulegenden sektorbezogenen Vorgaben stellen daher zu Recht Mindestanforderungen im Sinne von § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dar. Änderungsvorschlag: Die Änderung in § 136a Absatz 7 Satz 1 ist zu streichen.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Bewertung: Während die Mindestmengenregelungen des G-BA bereits auf einer fachlich fundierten Basis die Leistungserbringung wesentlicher onkochirurgischer Leistungen durch bundeseinheitlich geltende Mindestfallzahlen auf Standorte mit Expertise einschränken, erzeugt der § 40 Krankenhausfinanzierungsgesetz i.d.Fassung des KHVVG mit seiner Regelung zur Onkochirurgie eine Überlappung von Zuständigkeiten. Dies kann zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, sofern eine bestehende Mindestmenge die adressierte Leistung bereits zentralisiert

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			hat. Eine weitere Ausdünnung derjenigen Standorte, die die geltende Mindestmenge erfüllen, aber mit ihren Leistungszahlen gemeinsam zu den unteren 15% des Gesamtleistungsvolumens gehören, würde zu einer fachlich nicht mehr gerechtfertigten Beschränkung der Versorgung führen. Standorten würde dann die LG verweigert werden, obwohl sie nach den fachlich sorgfältigen und rechtssicher erstellten Standards der Mindestmengenregelungen eine Berechtigung zur Leistungserbringung haben sollten. Ohnehin eignen sich gerade onkochirurgische Leistungen fachlich besonders gut für eine qualitätsverbessernde Steuerung durch Mindestmengenregelungen. Die mit Artikel 1 Nummer 6 vorgeschlagene Änderung des § 136c soll dem G-BA nunmehr die Möglichkeit geben, das o.g. Problem dadurch zu lösen, dass er für „einen Indikationsbereich“ eine „niedrigere Prozentzahl“ festlegen kann, „sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“ Begründung: Der G-BA, der mit seinen Mindestmengen bereits fachlich begründet auf Basis der besten verfügbaren Evidenz zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität für die wichtigsten onkochirurgischen Leistungen <i>absolute</i> Mindestfallzahlen festgelegt hat, soll nunmehr zumindest zum Teil zu denselben Leistungen für diejenigen „Indikationsbereiche“ (zu denen er schon eigene und fachlich begründete Mindestfallzahlen festgelegt hat) eine erneute, fachlich kaum begründbare Prozentzahl festlegen. Im Sinne der Rechtsklarheit und der Bürokratievermeidung sollte immer nur entweder die Mindestmengenregelung oder die Regelung zur Onkochirurgie auf bestimmte onkologische Leistungen angewandt werden, wobei die Mindestmengenregelungen vorrangig anzuwenden sind. Wir schlagen deshalb vor, alle mit Mindestmengen beregelten onkologischen Leistungen von der Geltung der Regelung nach § 40 KHG auszunehmen. Die Anwendung der Regelung nach § 40

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			KHG sollte auf Leistungen beschränkt werden, zu denen der G-BA keine Mindestmengenregelungen festgelegt hat. Bei onkochirurgischen Leistungen, zu denen es keine Mindestmengenregelung gibt, kann § 40 KHG einen Beitrag zur Zentralisierung leisten. Eine Regelung zur Beobachtung der Auswirkungen und daraus abzuleitender Empfehlungen zur Weiterentwicklung ist in § 40 Absatz 3 bereits enthalten. Die vorgeschlagene Regelung nach § 136c eröffnet die Möglichkeit, das Wirksamwerden der Regelung nach § 40 KHG zu verzögern durch Beratungsanträge im G-BA auf Basis von § 136c. Außerdem wird im Referentenentwurf vorgeschlagen, die Fristsetzung für einen Umsetzungsschritt der Regelung zu den onkochirurgischen Leistungen zu streichen (vergleiche Änderung Krankenhausfinanzierungsgesetz Nummer 9a zu § 40 Absatz 1 Satz 6), was ebenfalls zu Verzögerungen führen kann. Änderungsvorschlag: Der Vorschlag des Referentenentwurfes in Nummer 6 wird abgelehnt und sollte gestrichen werden. Alternativvorschlag: Dem § 40 Absatz 2 wird ein Satz angefügt: „Ausgenommen von dieser Regelung nach den Sätzen 1 bis 4 sind Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Bewertung: Die Anpassung wird begrüßt. Begründung: Dies ist eine zwingende und folgerichtige Anpassung an die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds auf Bundesmittel. Wenn der Fonds aus Steuermitteln finanziert wird, entfällt die Notwendigkeit einer Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) aus Beitragsmitteln.
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Mit der vorgesehenen Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und der Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds auf 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds wird die Spanne

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zwischen der Obergrenze und der Untergrenze der Liquiditätsreserve geringfügig um 2,5 Prozentpunkte auf 7,5 Prozentpunkte ausgeweitet. Die Spanne sollte jedoch aufgrund vergangener wie auch aktueller Erfahrungen mindestens 20 Prozentpunkte betragen. Mit der Absenkung der Obergrenze von ursprünglich 50 % auf 25 % (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 07.11.2022) konnten für das Jahr 2024 2,717 Mrd. Euro zuweisungserhöhend – und damit die Zusatzbeitragssatzsteigerungen begrenzend – der Liquiditätsreserve entnommen werden. Mit der geringen Spanne von aktuell nur fünf Prozentpunkten zwischen der zuvor bereits mit dem GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz vom 21.12.2019 auf 20 % abgesenkten Mindestreserve und der Obergrenze von 25 % liegt der Finanzpuffer zwischen einer Auszahlung an die Krankenkassen bei Überschreitung der Obergrenze und erforderlicher Zuweisungskürzung bei Unterschreitung der Mindestreserve bei nur noch rd. 1,2 Mrd. Euro. Dass dieser Liquiditätspuffer zu gering ist, zeigt sich aktuell in der Notwendigkeit, dem Gesundheitsfonds bereits in 2025 ein Darlehen von 2,3 Mrd. Euro gewähren und die Rückzahlung eines Darlehens aus dem Jahr 2023 in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2026 auf Ende 2033 verschieben zu müssen, um eine Unterschreitung der Mindestreserve zum 15.01.2027 zu vermeiden. Denn die geringe Liquiditätsausstattung des Gesundheitsfonds hätte ohne Darlehensgewährung notwendigerweise zu einer relevanten Zuweisungskürzung für das Jahr 2026 und damit zu einem zusätzlichen Anstieg der Zusatzbeitragssätze zum Jahreswechsel geführt. Die geringe Spanne zwischen Mindestreserve und Obergrenze kann somit in kurzer zeitlicher Folge von einer Zuweisungserhöhung in eine drohende Zuweisungskürzung münden und wirkt insoweit destabilisierend. Die Mindestreserve erhöht sich mit der vorgesehenen Berücksichtigung der Aufwendungen des Einkommensausgleichs für das Jahr 2026 gegenüber geltendem Recht (20 % einer Monatsausgabe als Untergrenze) um rd. 1 Mrd. Euro auf rd. 6 Mrd. Euro. Aufgrund des deutlich angestiegenen Niveaus der Zusatzbeitragssätze ist die Berücksichtigung der Aufwendungen des Gesundheitsfonds für den Einkommensausgleichs sachgerecht. Jedoch sollte die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Obergrenze ab 2026 nicht wie vorgesehen 30 %, sondern 40 % einer Monatsausgabe betragen. Bei einer Mindestreserve von 20 % und einer Obergrenze von 40 % beträgt die Differenz zwischen Ober- und Untergrenze der Liquiditätsreserve rd. 6 Mrd. Euro, eine Größenordnung, die sich in der Vergangenheit unter Stabilitätsgesichtspunkten bewährt hat. Gegen die vorgesehene Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % spricht, dass sie zusammen mit der Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich dazu führen kann, dass die Mindestreserve unterschritten und somit eine Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds notwendig wird. Das ist bei der vorgesehenen Regelung auch bedacht worden. Aber statt auf die Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich im Jahr 2026 zu verzichten, sollte die Höhe der Mindestreserve unverändert bleiben. Folgende Änderung wird deshalb vorgeschlagen: § 271 Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr betragen. Sie darf nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Betrag von 40 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach Satz 4, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.“ Damit dieser Regelungsvorschlag nicht in einer zeitnahen Zuweisungskürzung mündet, sollte zugleich folgende gewichtige Ursache für ein Aufwachsen des Defizits im Einkommensausgleich bei steigenden Zusatzbeitragssätzen beseitigt werden: Nach § 247 wird aus organisatorischen Gründen auf Seiten der Rentenversicherung eine Änderung des Zusatzbeitragssatzes einer Krankenkasse bei versicherungspflichtigen Beziehenden einer gesetzlichen Rente erst mit zweimonatigem Verzug wirksam. In 2025 führt diese verzögerte Geltung der Zusatzbeitragssatzänderung zu Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds beim Einkommensausgleich in Höhe von rd. 650 Mio. Euro. Die Zahlung aus dem Einkommensausgleich an die Krankenkassen berücksichtigt hingegen den neuen Zusatzbeitragssatz für jedes Mitglied stets ab dem ersten Monat der Veränderung. Dies ist erforderlich, damit die Mitgliedschaft von Rentnerinnen und Rentnern für eine Krankenkasse keinen einnahmeseitigen Nachteil darstellt. Der resultierende Negativsaldo im Einkommensausgleich belastet die Liquiditätsreserve. In 2025 führte dies zu der Notwendigkeit, 600 Mio. Euro aus der Prozenträte des Bundeszuschusses auf den Monat Mai vorziehen zu müssen. Die nachfolgend formulierten ergänzenden Änderungsvorschläge sehen eine Nachzahlung der für die ersten beiden Monate nicht entrichteten Anteile der Zusatzbeiträge allein für die Rentenversicherungsträger vor; die Rentnerinnen und Rentner werden nicht mit Nachzahlungen belastet. Dabei wird den Rentenversicherungsträgern für den nachträglichen Ausgleich des Differenzbetrages ein Umsetzungszeitraum von vier Monaten ab dem Geltungszeitpunkt des veränderten Zusatzbeitragssatzes gewährt. Zur weiteren

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Verfahrensvereinfachung unterscheidet die Fälligkeitsregelung nicht zwischen vor- und nachschüssig gezahlten Renten. Im Falle einer Zusatzbeitragssatzsenkung werden selbstverständlich zu viel gezahlte Zusatzbeiträge mit den laufenden Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds verrechnet. Es ist insbesondere angesichts organisatorisch leistbarer Ausgleichsregelungen nicht sachgerecht, dass die Rentenversicherungsträger dauerhaft finanzielle Vorteile zu Lasten der Liquiditätsreserve und damit der übrigen Beitragszahlenden erlangen. Die nachfolgend vorgeschlagenen Änderungen gelten gleichermaßen für unterjährige Zusatzbeitragssatzanpassungen. Änderungsvorschlag: § 247 wird wie folgt gefasst: „Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an, soweit die Beiträge vom Versicherten zu tragen sind; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“ § 255 Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 werden die von den Trägern der Rentenversicherung in den Fällen nach § 247 Satz 3 für die ersten beiden auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Monate zu zahlende Beiträge am letzten Bankarbeitstag des dritten auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Monats fällig, soweit sie auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes entfallen. Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.“
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	Bewertung: Die Anpassungen sind nachvollziehbar, jedoch muss sichergestellt werden, dass die PpUG von den Ländern als Auswahlkriterium bei der Zuweisung der LG berücksichtigt werden. Begründung: – Streichung zur Prüfung der PpUGV: Die Streichung der Prüfung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium im Rahmen der LG-Prüfung ist nachvollziehbar. Die Einhaltung der PpUGV ist eine eigenständige gesetzliche Verpflichtung, deren Überprüfung gesonderten Mechanismen unterliegt. Eine Doppelprüfung wäre bürokratisch. – Allerdings muss unmissverständlich sichergestellt werden, dass die Erfüllung der PpUG zwingend als Auswahlkriterium bei der Zuweisung der LG und somit als Entscheidungsinstrument bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Nicht ohne Grund findet sie sich in den Qualitätskriterien der LG aus NRW. Mit dem demografischen Wandel wird die Zahl der verfügbaren

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fachkräfte zukünftig kleiner. Eine Krankenhausplanung, die dies ausblendet, wird mittelfristig die Versorgungssicherheit gefährden. Hinzu kommt, dass die PpUG als Mindeststandard unabdingbar für die Patientensicherheit sind. – Anpassung Fristen: Die Verlängerung der Fristen für die Beauftragung (bis 31.12.2025) und den Abschluss der erstmaligen LG-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (bis 31.07.2026) ist eine notwendige und realistische Anpassung an die Komplexität des Verfahrens. Strukturprüfung: Die begriffliche Klarstellung, dass es sich um einen Antrag auf Prüfung und nicht um einen zivilrechtlichen Auftrag handelt, ist eine sachgerechte Korrektur. Änderungsvorschlag: Nach § 137i Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: „Die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Vorgaben gelten unabhängig von der Einführung oder Änderung von Leistungsgruppen für die in der Verordnung bestimmten Bereiche unverändert und sind von zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 verbindlich einzuhalten.“ Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG wird folgender Satz eingefügt: „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen.“
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	Bewertung: Die Streichung ist eine redaktionelle Korrektur.
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Bewertung: Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Begründung: Die Ermächtigung des MD Bund, einheitliche und digitale Prozesse zur Umsetzung von Richtlinien zu regeln, ist ein wichtiger Schritt zur

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Effizienzsteigerung und zur Reduzierung von Bürokratie. Einheitliche digitale Verfahren bei den Medizinischen Diensten (MD) sind überfällig und verbessern die Vergleichbarkeit sowie die Geschwindigkeit der Prüfprozesse.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Bewertung: Die Anpassung wird kritisch gesehen. Begründung: Die Vorverlegung des ersten Evaluierungsberichts auf den 31.07.2027 ist zwar dem Wunsch nach früher Transparenz geschuldet, birgt aber die Gefahr, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine aussagekräftigen Daten über die Wirkungen der Reform vorliegen werden, insbesondere da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht könnte auf unzureichender Datengrundlage zu falschen Schlussfolgerungen führen und den Reformprozess fehlleiten.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Bewertung: Die Anpassungen entsprechen der Empfehlung des LGA, dennoch ist der Trend zur Aufweichung von Qualitätsanforderungen besorgniserregend. Begründung: Die Anlage 1 wird umfassend überarbeitet. Positiv sind Detailanpassungen, die auf Empfehlungen des LGA beruhen und die Kriterien praxisnäher gestalten (z. B. LG 1 Endoskopie). Die Streichung der LG, für die keine eindeutige Fallzuordnung erfolgen konnte, ist nachvollziehbar. Der LGA sollte die Einführungsphase nutzen, um sich mit der Frage der Notwendigkeit weiterer LG zu beschäftigen. Erste Beschlüsse hierzu wurden bereits gefasst. Die durchgängige Streichung des Verweises auf die Erfüllung der PpUGV ist als Beitrag zum Bürokratieabbau nachvollziehbar; dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass an anderer Stelle unmissverständlich sichergestellt wird, dass die PpUG weiterhin als planungsrelevantes Auswahlkriterium von den Ländern berücksichtigt werden. (vergleiche Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 9). Die zahlreichen Anpassungen bei der "Erbringung verwandter LG" deuten oft auf eine Lockerung der Anforderungen hin, was dem Ziel der Konzentration und Spezialisierung zuwiderläuft und dem Prinzip widerspricht, dass Qualität am

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - 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	Standort erbracht werden muss. Es bedarf neben einem Regelwerk für die Weiterentwicklung der LG auch einer empirischen Folgenabschätzung der Beschlüsse des LGA, wie dies im G-BA-Kontext bereits die Regel ist (vergleiche Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 3). Nur so ließe sich der Grad der Konzentration und das Ergebnis der Beschlüsse auf die Versorgung bewerten. Die Folgenabschätzung des G-BA zur Einführung der Notfallstufen ist ein gelungenes Beispiel der Begleitung solch großer Reformvorhaben. Hierzu ist eine Übersicht über die Ergebnisse der MD-Prüfung der Qualitätskriterien der LG für die Selbstverwaltung zwingend erforderlich (vergleiche Ergänzender Änderungsbedarf).

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Bewertung: Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.
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	Bewertung: Die Festlegung, dass Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätsvorgaben der zugewiesenen LG erfüllen müssen, wird begrüßt. Hingegen fehlen weiterhin noch analoge Regelungen für die Krankenhäuser mit einer Zulassung nach §108 Nummer 3 SGB V (Krankenhäuser mit Versorgungsverträgen). Ebenfalls ist sachgerecht, dass aufgrund der Verschiebung der Vorhaltevergütung die Datenübermittlungsfristen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) angepasst werden. Die Übergangsregelung

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	für nach Landesrecht vor dem 01.01.2025 zugewiesene LG und insbesondere die Anpassung der Ausnahmeregelung werden abgelehnt. Begründung: Übergangsregelung für die Länder, die LG zum 31.12.2024 zugewiesen haben (§ 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2): Diese Spezialregelung für Nordrhein-Westfalen schafft bis Ende 2030 einen "Flickenteppich" und untergräbt das zentrale Ziel bundeseinheitlicher Qualitätsstandards. Sie zementiert bestehende Unterschiede in der Versorgungsqualität, erschwert die Transparenz für Patientinnen und Patienten und konterkariert den Gedanken einer deutschlandweit vergleichbaren und qualitativ hochwertigen Versorgung. Anpassung der Ausnahme (§ 6a Absatz 4): Differenzierte Regelungen zur Erreichbarkeit je LG sind essenziell. Die Streichung der objektiven, bundeseinheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben und die Verlagerung der Entscheidung in den alleinigen Beurteilungsspielraum der Landesbehörden, ohne das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen, wird vom GKV-Spitzenverband versorgungspolitisch überaus kritisch bewertet. Sie würde dazu führen, dass Ausnahmen zur Sicherung von Standorten zur Regel und die Qualitätskriterien systematisch unterlaufen werden. Die bereits in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum KHVVG geäußerte Sorge vor einer Aushöhlung der Qualität wird hier in vollem Umfang bestätigt und sogar verschärft. Die Kombination aus Übergangsregelung, Kooperation ohne Prüfung und aufgeweichten Ausnahmen wird zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen und den Umbauprozess unterlaufen. Der GKV-Spitzenverband schlägt die Erarbeitung einer Musterkrankenhausplanungsordnung im G-BA vor, um je LG sinnvolle Erreichbarkeitsvorgaben zu etablieren und die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse zu gewährleisten (vergleiche Ergänzender Änderungsbedarf).
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Bewertung: Die redaktionelle Folgeänderung, wird zur Kenntnis genommen.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die zugrundeliegende Regelung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wird jedoch weiterhin kritisch gesehen, da eine klare Abgrenzung zu bestehenden Strukturen (z. B. Zentrums-Regelungen des G-BA) fehlt und die Gefahr von Doppelfinanzierungen besteht. Die zugrundeliegende Regelung ist zu streichen.
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	Bewertung: Die Finanzierung des Transformationfonds aus Bundesmitteln wird ausdrücklich und uneingeschränkt begrüßt. Kritisch zu sehen ist, dass die Länder nicht mehr verpflichtet werden, das Insolvenzrisiko zu prüfen. Die Länder müssen sich auch weiterhin dazu verpflichten, mindestens den Durchschnitt ihrer Investitionskosten der Jahre 2021 bis 2023 beizubehalten, sodass die Mittel aus dem Fonds on-top bereitzustellen sind. Der Durchschnittswert aus den Jahren 2021 bis 2023 ist bisher aber nur einmalig um den Orientierungswert 2024 zu steigern und gilt bis zum Ablauf des Förderzeitraumes – somit bis 2035 – unverändert fort. Begründung: Diese Änderung setzt eine zentrale und durchgehende Forderung des GKV-Spitzenverbandes um. Die strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss aus Steuermitteln finanziert werden. Die primäre Verantwortung für die zukunftsfähige Planung liegt bei den Ländern, die ohnehin einen erheblichen Eigenanteil finanzieren und daher ein ureigenes Interesse an der Nachhaltigkeit der geförderten Projekte haben müssen. Dieser Erfolg schafft einen wichtigen Präzedenzfall, der verhindert, dass die GKV zur "Reparaturwerkstatt" für strukturelle Defizite gemacht wird, die in der Verantwortung von Bund und Ländern liegen. Zudem ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Streichung der Verpflichtung, das Insolvenzrisiko zu prüfen, abzulehnen. Es besteht nunmehr das Risiko, dass Fördermittel an wirtschaftlich nicht überlebensfähige Krankenhäuser fließen und damit für die notwendigen Transformationsmaßnahmen nicht mehr zur Verfügung

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			stehen. Richtigerweise führt die Gesetzesbegründung aus, dass es bei den Förderungen aus dem Transformationsfonds um eine Umstrukturierung der Krankenhausstrukturen zur langfristigen Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung geht. Daraus ergibt sich direkt aus der Planungshoheit der Länder die dringende Verpflichtung, die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses bei den Planungsentscheidungen zu berücksichtigen. Mit diesen sind direkte Ausgaben aus dem Landeshaushalt, aber auch von Bundesmitteln über den Transformationsfonds und von Beitragsgeldern der GKV über die Betriebskostenfinanzierung verbunden. Eine ersatzlose Streichung der Nachweisverpflichtung über eine erfolgte Prüfung des Insolvenzrisikos wird dieser Sachlage nicht gerecht. Die Regelung, die Investitionskosten nur einmal um den Orientierungswert zu steigern, ist nicht sachgerecht. Sie wird dazu führen, dass der Anteil der Ausgaben der Länder für Investitionskosten an den Gesamtausgaben weiter sinken wird (in den nächsten zehn Jahren unter 3 %). Aus diesem Grund muss das Investitionsniveau der Jahre 2021 bis 2023 bis zum Jahr 2035 jedes Jahr um den jeweils gültigen Orientierungswert gesteigert werden.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Bewertung: Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung. Begründung: Die Verschiebung der Evaluationsfristen ist eine logische Konsequenz aus der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Bewertung: Die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird zur Kenntnis genommen. Die zugrundeliegende Methodik und die Übergangsregelung werden jedoch weiterhin kritisiert. Begründung: Die Verschiebung ändert nichts an der konzeptionellen Schwäche des Modells. Die Vorhaltevergütung orientiert sich weiterhin an historischen Leistungsdaten und nicht am tatsächlichen, populationsbezogenen Versorgungsbedarf. Dies wirkt strukturkonservierend und belohnt die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Leistungsmengen der Vergangenheit, anstatt eine bedarfsgerechte Zukunft zu gestalten. Die Übergangsregelung für nach Landesrecht zugewiesene LG verschärft dieses Problem, indem sie die Vergütung weiter fragmentiert und von einer bedarfsgerechten Allokation entfernt. Die Verschiebung um ein Jahr wäre eine Chance gewesen, das Vergütungsmodell grundlegend zu überarbeiten. Stattdessen wird die Einführung eines fehlerhaften Systems lediglich verzögert. Änderungsvorschlag: Das bisher im Gesetz vorgesehene Konzept zur Vorhaltefinanzierung verfehlt die politischen Ziele zur Unterstützung der Konzentration komplexer Leistungen in Zentren und die angemessene Finanzierung von bedarfsnotwendigen Grundversorgungstandorten im ländlichen Raum. Gleichzeitig ist die fallzahlabhängige und an die LG gekoppelte Vorhaltefinanzierung ein Hindernis für die Bereitschaft der Krankenhäuser, im Rahmen der anstehenden Krankenhausplanung eigeninitiativ LG aufzugeben bzw. zu tauschen, weil damit unmittelbar der Wegfall von Vorhaltefinanzierungsanteilen verbunden ist. Eine für die Krankenhausplanung der Länder verbindliche Definition der Leistungsinhalte der LG ist bisher weder in der Anlage 1 zu § 135e SGB V noch über eine Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V erfolgt. Die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen der LG sollte vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses im Rahmen der Krankenhausplanung abhängen und nicht alleinig von der DRG. Letzteres führt zur Inkongruenz von Versorgungsauftrag und Abrechnungsfähigkeit und damit zu Rechtsunsicherheiten. Im Zusammenspiel mit der Definition der LG im LGA sollte der LG-Groupen des InEK in Richtung einer transparenten Exklusivlistenlogik weiterentwickelt werden. Die Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses erfolgt im Rahmen der Abrechnungsprüfung. Der GKV-Spitzenverband plädiert deshalb dafür, die Selbstverwaltungspartner mit der Konzeption der Vorhaltefinanzierung mit dem Fokus auf Bedarfsermittlung, Kalkulation, Anspruchsermittlung und Anreizwirkung zu beauftragen. Die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Selbstverwaltungspartner sollten in den kommenden drei Jahren in Zusammenarbeit mit dem InEK eine umfassende Konzeption zur Erreichung der definierten politischen Ziele ausarbeiten und die Umsetzung bis 2029 garantieren. Hilfsweise könnte mit der im Gesetz angelegten Vorhaltesystematik begonnen werden (Einstiegsphase – Status quo) und eine Weiterentwicklung der Finanzierungssystematik durch die Selbstverwaltungspartner (2. Phase - Bedarfsorientierung) im Rahmen eines lernenden Systems vorgesehen werden.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Bewertung: Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung. Die grundsätzliche Kritik an der unklaren Abgrenzung und der Gefahr der Doppelfinanzierung dieser Zuschläge bleibt bestehen. Diese Regelung ist zu streichen.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Bewertung: Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung. Die grundsätzliche Kritik an der Finanzierung spezifischer Bereiche über zusätzliche "Fördertöpfe" anstatt über eine sachgerechte, strukturbasierte Gesamtvergütung bleibt bestehen. Die zugrundeliegende Regelung ist zu streichen.
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	Bewertung: Die Anpassungen der Fristen im Zusammenhang mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sind folgerichtig. Zu streichen sind in Folge der Kommentierung zu Artikel 1 Nummer. 6 die hier vorgesehen Regelungen zur Berücksichtigung bezüglich der vom G-BA nach § 136c Absatz 2 neu festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen. Begründung: Die Verschiebung der Fristen ist eine logische Folge der Verschiebung der Vorhaltevergütung. Die seitens des GKV-Spitzenverbands explizite Berücksichtigung von G-BA-Beschlüssen zu niedrigeren Prozentzahlen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(vergleiche Kommentierung zu Artikel .1, Nummer. 6) muss in der Folge ebenfalls gestrichen werden.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1-9	§§ 3, 4, 5, 6b, 7, 8, 9, 10, 21	Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Bewertung: Die Fristanpassungen sind technisch notwendige Folgeänderungen der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Einzelne materielle Änderungen sind jedoch kritisch zu sehen und es sind weitere Anpassungen erforderlich. Begründung: Die Vielzahl an notwendigen Detailanpassungen in fast allen zentralen Paragraphen des KHEntgG zeigt, wie tief das bisherige System verankert ist und welche Kaskade an Folgeänderungen selbst eine einjährige Verschiebung auslöst. Die zunehmende Steuerung des Gesundheitswesens über kleinteilige gesetzliche Vorgaben und deren permanente Änderung anstelle von praxisnahen, vertraglichen Selbstverwaltungslösungen löst bürokratische Aufwände und zeitliche Verzögerungen aus. Das zweite KHAG ist bereits jetzt absehbar. Die Verlängerung der Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr (§ 5 Absätze 2b, 2c, 3k und 3l) ist eine logische Konsequenz, um Finanzierungslücken zu vermeiden. Sie unterstreicht jedoch die Abhängigkeit des Systems von Sondersubventionen, anstatt eine nachhaltige, strukturell saubere Finanzierung zu etablieren. Durch die Zuschläge werden zusätzliche finanzielle Mittel mit der Gießkanne an Krankenhäuser ausgeschüttet. Dies trägt nicht zu einer gezielten Verbesserung der Versorgungsstruktur bei und belastet die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unangemessen. Die Regelung ist insgesamt zu streichen. Die Klarstellung in § 6b, dass das Vorhaltebudget nur für Fälle mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen gilt, wird begrüßt, da sie für Klarheit sorgt. Die Übergangsregelung für nach Landesrecht zugewiesene LG bei Abrechnungsverboten (§ 8) wird abgelehnt, da sie die Qualitätsorientierung

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			untergräbt und Krankenhäusern erlaubt, Leistungen ohne zugewiesene bundeseinheitliche LG bis 2030 abzurechnen. Dies schafft ungleiche Wettbewerbsbedingungen und gefährdet die Patientensicherheit. Änderungsvorschlag: Streichung der Regelung zu den Zuschlägen für Pädiatrie und Geburtshilfe Hilfsweise: Randnummer 3d) bb): In § 5 Absatz 3k Satz 7 ist eine Präzisierung der geplanten Anpassung erforderlich. Im Kalenderjahr 2025 kommen die Vorhaltebewertungsrelationen noch nicht zur Anwendung. In der aktuellen sowie der geplanten Formulierung wäre der Zuschlag jedoch bereits dann auf die Vorhaltevergütung zu erheben. Vorgeschlagene Neuformulierung: „In Satz 7 wird die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt und wird die Angabe „und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ durch die Angabe „und in den Kalenderjahren 2026 und 2027 die dazugehörige Vergütung unter Anwendung der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen“ ersetzt.“ Randnummer 3e): In der aktuellen sowie der geplanten Formulierung wird der für das Kalenderjahr 2026 ermittelte Zuschlagssatz für die besonderen Einrichtungen für alle folgenden Jahre unverändert weiter angewendet. Die Anzahl der besonderen Einrichtungen sowie das von diesen erbrachte Leistungsvolumen kann sich jedoch in jedem Jahr ändern. In der Folge kann die Summe der erhobenen Rechnungszuschläge die vom Gesetzgeber beabsichtigte Förderhöhe für diese besonderen Einrichtungen von 12 Millionen Euro jährlich aus GKV-Mitteln übersteigen. Zur Vermeidung dieser nicht beabsichtigten Mehrbelastung der Beitragszahlenden ist der Prozentsatz vom InEK jährlich neu zu ermitteln.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Randnummer 7 a): Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG). Die Verschiebung der Zahlung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erscheint folgerichtig; die Zahlung der Zuschläge wird aber seitens des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich abgelehnt (vergleiche Stellungnahme zum KHVVG). Die Zuschläge tragen nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei, da der Bedarfsbezug fehlt. Die Regelung ist zu streichen. Randnummer 7 b): Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist die Regelung umzukehren. Änderungsvorschlag: Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel In § 10 Absatz 6 sind die Sätze 6 und 7 wie folgt anzupassen: „Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate dem Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“ Randnummer 8): Der Orientierungswert gewinnt als zentrale Größe der Preissetzung im Krankenhausbereich immer mehr an Gewicht. Grundsätzlich hat

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			der GKV-Spitzenverband keine Einwände gegen die mit dieser Regelung festgelegten Übertragung der Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt. Dennoch gibt es in dem Verfahren der Ermittlung des Orientierungswertes seit Jahren folgenden wesentlichen Anpassungsbedarf, der einerseits die Transparenz des Verfahrens und andererseits die Einbeziehung der GKV zur Ermittlung des Orientierungswertes betrifft. Das Statistische Bundesamt sollte gesetzlich verpflichtet werden, die für die Ermittlung des Personalkostenorientierungswertes und des Sachkostenorientierungswertes zu Grunde gelegten Daten inklusive der Berechnungsmethodik differenziert zu veröffentlichen. Daneben ist im Rahmen der Weiterentwicklung dieser zentralen Größe der Preis- und damit auch GKV-Ausgabenentwicklung dem GKV-Spitzenverband zumindest eine Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen und gesetzlich zu verankern. Dies gilt auch bei Anpassungen des Berichtszeitraumes. Da die von den Krankenhäusern an das Statistische Bundesamt übermittelten Daten künftig über die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen entscheiden werden, ist eine Plausibilisierung durch das Statistische Bundesamt nicht mehr ausreichend. Der Prozess der Weiterentwicklung des Orientierungswertes darf nicht ohne einen Einbezug des GKV-Spitzenverbandes erfolgen. Änderungsvorschlag: Vergleiche Stellungnahme.
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	Bewertung: Zu den geplanten materiellen Änderungen wird auf die Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 4 (Änderung von § 12b KHG) verwiesen; es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b KHG.
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Bewertung: Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b KHG und Klarstellung infolge einer Streichung nach Maßgabe des Bundesrates im Ordnungsverfahren.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Bewertung: Randnummer 3a): Es handelt sich um eine sachgerechte Anpassung infolge der Umstellung auf eine Finanzierung aus Bundesmitteln. Randnummern 3b) bis d): Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Randnummer 3e): Die auf Veranlassung des Bundesrates vorgesehene Streichung der Verpflichtung der Länder, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) fortlaufend und auf Nachfrage nicht nur über den Stand eines Insolvenzverfahrens, sondern auch über das Bestehen einer Fortführungsperspektive des Krankenhausbetriebes zu informieren, dient nur dem Eigeninteresse der Länder, ihren Aufwand zu reduzieren, und ist abzulehnen. Es ist Aufgabe des BAS, die ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu gewährleisten und diese gegebenenfalls auch von den Ländern zurückzufordern. Daher ist in Insolvenzfällen die Sicherstellung einer ausreichenden Information des BAS durch die Länder angemessen und zu gewährleisten
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Bewertung: Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung der Regelungen zur Beteiligung der PKV infolge der Umstellung auf eine Finanzierung aus Bundesmitteln.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Bewertung: Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung der Regelungen zur Beteiligung der PKV infolge der Umstellung auf eine Finanzierung aus Bundesmitteln.
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Bewertung: Randnummer 6a): Die Schärfung der Rückforderungsverpflichtung des BAS gegenüber den Ländern von einer „Kann-“ hin zu einer „Soll“-Vorschrift ist ausdrücklich zu begrüßen. Es ist schlichtweg nicht nachvollziehbar, warum

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	zweckwidrig eingesetzte oder überzahlte Fördermittel bei einem Land verbleiben sollten. Bei der bisherigen Finanzierung durch die Beitragszahlenden der GKV wäre aus den gleichen Beweggründen diese Schärfe der Rückforderungsverpflichtung sachgerecht und geboten gewesen. Randnummer 6b): Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung der Regelungen zur Beteiligung der PKV infolge der Umstellung auf eine Finanzierung aus Bundesmitteln. Randnummer 6c): Die Streichung der Möglichkeit, nicht verausgabte Fördermittel des Transformationsfonds für sonstige Investitionen zu verwenden, ist zur Sicherung der Erreichung der Förderzwecke des Transformationsfonds sinnvoll und begrüßenswert. Diese für sonstige Investitionen verwenden zu können, ist ein kaum zu rechtfertigender Bruch mit den Grundprinzipien der dualen Krankenhausfinanzierung.
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Bewertung: Die Ermöglichung einer Aktualisierung der Förderrichtlinie ist sachgerecht.
			Art. 5: Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	Bewertung: Mit dem KHVVG wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern (als Ausnahme vom regulären Verfahren der Fusionskontrolle nach GWB) auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Dazu zählt insbesondere die Entscheidung über die Zuweisung von LG. Die damit verbundene Transformation der Krankenhausversorgungsstruktur ist zentrales Anliegen der Krankenhausreform und die Ausnahmemöglichkeit von der Fusionskontrolle ist daher sachgerecht und erforderlich. Die mit der geplanten Neustrukturierung und -formulierung

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			beabsichtigten Anpassungen zur Klarstellung sowie Vereinfachung und Verbesserung der Rechtssicherheit des Verfahrens sind begrüßenswert.
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	Bewertung: Es handelt sich um redaktionelle Folgeanpassungen.
			Art. 6: Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Bewertung: Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Berechnungsvorgaben zum Orientierungswert (vergleiche Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 9).
			Art. 7: Inkrafttreten
		Erfüllungsaufwand	
		ggf. weitere Anmerkungen	Ergänzender Änderungsbedarf
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 64e	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Rechtssichere Verankerung Teilnahmekriterien für Leistungserbringer	Im letzten Teilnahmeantragsverfahren wurde die Verbindlichkeit der vom GKV-Spitzenverband nach § 64e Absatz 3 SGB V veröffentlichten Kriterien für die Teilnahme vom Leistungserbringern am Modellvorhaben Genomsequenzierung nach § 64e SGB V angefochten. Gestützt wurde dies durch eine allein auf dem Wortlaut von Satz 6 beruhende Interpretation der gesetzlichen Regelung. Dennoch zeigt das Vorgehen, das antragstellende Leistungserbringerrechtliche Schritte einleiten, um am Modellvorhaben teilzunehmen. Dies hätte weitreichende Folgen für das Modellvorhaben, da die gesamte vertragliche Gestaltung einschließlich Versorgung und Finanzierung auf der derzeitigen Eingrenzung des Teilnehmerkreises aufgrund dieser Teilnahmekriterien beruht. Um hier für

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Rechtssicherheit zu sorgen und unnötige Aufwände im Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Teilnahmeberechtigung von Leistungserbringern in den kommenden, gesetzlich vorgeschriebenen Teilnahmeantragsverfahren zu vermeiden, ist die gesetzliche Verbindlichkeit der vom GKV-Spitzenverband im breiten fachlichen Konsens erarbeiteten Teilnahme Kriterien erforderlich. Weiterhin ermöglicht § 64e Absatz 1 Satz 8 SGB V generell Leistungserbringern die Möglichkeit zum Vertragsbeitritt auch während der Laufzeit des Modellvorhabens. Um das dazu erforderliche Antragsverfahren nach Absatz 4 Satz 1 ordnungsgemäß und angepasst an die vertraglich vereinbarten Geltungszeiträume und Beitrittsmodalitäten durchführen zu können, ist es erforderlich, dem GKV-Spitzenverband die nähere Ausgestaltung des Antragsverfahrens zu übertragen. Begründung: Die gesetzliche Regelung in Absatz 3 Satz 1 öffnet grundsätzlich einem sehr großen und sehr unterschiedlichen Kreis von Leistungserbringern eine Teilnahmemöglichkeit am Modellvorhaben. So sind insbesondere die Netzwerke teilweise sehr weit verzweigte Konstrukte, die bis zu einzelnen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten reichen. Teilweise sind an diesen auch Institutionen beteiligt, die selbst keine Versorgungsfunktion übernehmen. In der Ausgestaltung der Teilnahme Kriterien und des Antragsverfahrens war der GKV-Spitzenverband darauf bedacht, den Leistungserbringerbegriff der gesetzlichen Regelung so zu konkretisieren, dass für die hochkomplexe und forschungsnahe Versorgung im Modellvorhaben grundsätzlich nur Hochschulkliniken infrage kommen, die bereits über nachweisbare Erfahrung im Bereich Genomsequenzierung verfügen. Da diese zugleich an den in der bisherigen Nummer 2 in Satz 1 angeführten Netzwerken beteiligt sind, konnte so auch die gesetzlich vorgesehene Berücksichtigung dieser Netzwerke umgesetzt werden. Jedoch führt die bisherige Nennung von Netzwerken immer wieder zu Anfragen von nicht-universitären Leistungserbringern zu den Teilnahmemöglichkeiten. Mit der Anpassung in Satz 1 wird diese Interpretationsmöglichkeit klargestellt, in dem der

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Netzwerkgedanke auf die teilnehmenden Krankenhäuser konkretisiert wird. Die Einbeziehung der Kompetenz des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) und hier insbesondere des Deutschen Krebsforschungszentrums konnte im 64e-Vertrag in gleicher Konstruktion über die am NCT als Träger beteiligten Hochschulkliniken sichergestellt werden. Mit der vorgeschlagenen gesetzlichen Konkretisierung des Leistungserbringerbegriffs wird für das Modellvorhaben Rechtssicherheit geschaffen und die von BMG, den Leistungserbringern selbst sowie der GKV insgesamt begrüßte Eingrenzung des Teilnehmerkreises auf ausgewählte Universitätskliniken gesetzlich festgeschrieben. Der bisherige Satz 6 setzte voraus, dass der GKV-Spitzenverband die Voraussetzungen für eine Teilnahme konkretisiert sowie geeignete weitere Voraussetzungen beschließt und damit die für eine Teilnahme der Leistungserbringer erforderlichen Qualitätsstandards festlegt: „Bei der <i>Festlegung der Qualitätsstandards durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen</i> sind insbesondere die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie sowie die Deutsche Krebshilfe anzuhören“ (Bericht Gesundheitsausschuss zum Entwurf des GVWG, BT-Drucksache 19/30560, Seite 31; Hervorhebung nur hier). Jedoch besteht juristischer Interpretationsspielraum hinsichtlich des zulässigen Umfangs und des Bindungscharakters. So wurde im letzten Antragsverfahren in einer nur auf dem Wortlaut von Satz 6 aufbauenden Argumentation vorgebracht, dass es sich bei den Teilnahmekriterien nicht um Empfehlungen für die Konkretisierung seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft handele, diese selbst eben nur Empfehlungscharakter haben könnten und aus der Norm keine Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes folge, eigene Kriterien aufzustellen. Mit dem neu eingefügten Satz 6 wird dies klargestellt. Die neuen Sätzen 7 und 8 enthalten damit zusammenhängende Folgeanpassungen. Die Konkretisierung der Teilnahmekriterien wurden 2021 nach einem umfangreichen Anhörungs- und Abstimmungsprozess mit Fachpersonen und Verbänden erarbeitet. In den bisherigen beiden Antragsverfahren konnte auf dieser

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Grundlage die Bescheidung der Teilnahmeanträge so erfolgen, dass der potenziell weite Kreis von Leistungserbringern nach Satz 1 auf diejenigen Hochschulkliniken eingegrenzt wurde auf solche mit nachgewiesener Erfahrung auf dem Gebiet der Genomanalyse. Es besteht ein breiter Konsens, dass das Modellvorhaben bei diesen Leistungserbringern in den richtigen Händen ist. Daher sollen auch in den noch ausstehenden Antragsverfahren auf derselben Grundlage entschieden werden. Um die bestehenden Rechtsunsicherheiten zu adressieren und mögliche formaljuristische Vorgehen gegen die Teilnahmekriterien zu unterbinden, ist die hier vorgeschlagene Anpassung des Wortlauts von Satz 6 erforderlich. So kann das Risiko minimiert werden, dass in einem gerichtlichen Verfahren die Teilnahmekriterien insgesamt und die auf dieser Grundlage ergangenen Bescheide für rechtswidrig erklärt. Die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit des Vertragsbeitritts von Leistungserbringern auch während der Laufzeit des Modellvorhabens wurde im Vertrag durch entsprechende Bestimmungen zu Stichtagen, Fristen und Verfahren der Beitrittserklärung umgesetzt. Die vor einem Beitritt erforderliche Feststellung der Teilnahmeberechtigung durch den GKV-Spitzenverband nach Absatz 4 Satz 1 muss durch daran angepasste Verfahrensvorschriften so gestaltet werden, dass eine diesen Vorgaben entsprechende Beitrittserklärung möglich ist. Dies beinhaltet insbesondere die Festlegung von Ausschlussfristen und Formvorschriften. Änderungsvorschlag: § 64e Absatz 3 SGB V ist wie folgt anzupassen. „(3) ¹Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechnigte Leistungserbringer sind: 4- Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen, das die Qualitätsanforderungen in Anlage 1 oder 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 erfüllt. oder 2. in Netzwerken organisierte onkologische Zentren, insbesondere das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin, das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs, das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen. ²Die Ausweisung und Festlegung als Zentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. ³Maßgeblich für die Teilnahme am Modellprojekt ist eine therapie- oder maßnahmenbegleitende Datenerhebung, die eine Evaluation und gegebenenfalls Anpassung der empfohlenen Therapien und Maßnahmen ermöglicht. ⁴Die Leistungserbringer nach Satz 1 müssen über ein qualitätsgesichertes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen sowie die Aufgaben zur Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 übernehmen. ⁵Eine Teilnahme des Leistungserbringers an multidisziplinären Fallkonferenzen im Bereich der Diagnostik von seltenen oder von onkologischen Erkrankungen ist nachzuweisen. ⁶Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt eine für alle Antragssteller verbindliche Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie weitere geeignete Voraussetzungen für eine Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben fest. Er legt ferner verbindlich das Nähere zum Antragsverfahren nach Absatz 4 Satz 1 fest. ⁷Die Deutsche Krankenhausgesellschaft teilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür Empfehlungen für die Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie für weitere geeignete Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben mit, die bei der Prüfung nach Absatz 4 Satz 2 berücksichtigt werden sollen. ⁸Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die anzuwendenden Empfehlungen Festlegungen nach Satz 6 zu veröffentlichen und der Deutschen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausgesellschaft gegenüber zu begründen, wenn Empfehlungen nach Satz 7 nicht angewendet werden.“
	§ 109	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Versorgungsverträgen nach § 109	Es bestehen Rechtsunsicherheiten zum Umgang mit Krankenhäusern, die eine Zulassung nach § 108 Nummer 3, somit einen Versorgungsvertrag nach § 109 abgeschlossen haben und damit nicht im Krankenhausplan der jeweiligen Länder aufgenommen sind. Aufgrund der Einführung von LG müssten auch diese Versorgungsverträge an die neue Systematik angepasst werden. Der Gesetzgeber hat aber keine Generalklausel in das Gesetz aufgenommen, wonach zu einem Stichtag die bestehenden Versorgungsverträge enden bzw. angepasst werden sollen. Der Wortlaut des § 109 muss eindeutiger formuliert werden, sodass auch alle diesbezüglichen Verträge verbindlich an die neue LG-Systematik und eine MD-Vorabprüfung zur Erfüllung der Mindestqualitätsvorgaben angepasst werden. Die bisherigen Kündigungsoptionen sehen nicht vor, dass bestehende Verträge allein aufgrund der LG gekündigt und angepasst werden dürfen. Darüber hinaus werden diese Vertragskrankenhäuser gemäß § 37 Absatz 1 KHG in Verbindung mit § 6a Absatz 1 KHG auch bei der Ermittlung der Vorhaltvergütung bisher nicht berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich, ob die Vertragskrankenhäuser tatsächlich keinen Anteil am Vorhaltevolumen haben sollen oder ob es sich hierbei um einen redaktionellen Fehler handelt.
	§§ 115b ff.	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Neuordnung Ambulant-Stationärer Grenzbereich	Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 wurden die damals noch eher rudimentären Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten im SGB V erstmals mit den Regelungen zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b näher spezifiziert und differenziert. In den letzten drei Jahrzehnten wurden in das SGB V zahlreiche weitere Regelungen aufgenommen, die eine Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern fördern, den Übergang zwischen den Sektoren erleichtern oder Krankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung öffnen sollen.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mit den durch das KHVVG neu hinzugefügten Ambulanzen und den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g umfasst der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung derzeit 26 verschiedene gesetzliche Rechtsformen mit unterschiedlichen Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern, Patientenzugang, Preisfindung und Abrechnung sowie Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen. Die Vielzahl an verschiedenen Regelungen im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt auf allen Seiten zu einem hohen bürokratischen Aufwand. Es entstehen zahlreiche Abgrenzungsprobleme, die nicht immer im Sinne einer bedarfsgerechten Patientenversorgung gelöst werden. Zudem bietet die unübersichtliche Vielzahl schwer abgrenzbarer Regelungen Möglichkeiten zur Erlösoptimierung auf Seiten der Leistungserbringer. Der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte bereinigt, neu geordnet und strategisch gestaltet werden. Dabei sollte der Fokus auf der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen liegen und hochspezialisierte ambulante Leistungen sollten regelungstechnisch gebündelt werden. Bestehende Leistungsbereiche, die in der Praxis nicht die gewünschten Versorgungseffekte erzielt haben, wie etwa die tagesstationäre Behandlung, müssen folgerichtig wieder abgeschafft werden. Zudem wird eine gemeinsame Bedarfsplanung für alle ambulant tätigen Leistungserbringenden benötigt. Voraussetzung hierfür ist, dass es zu einer definierten Arbeitsteilung der Sektoren kommt, die die Frage beantwortet, wer welche Leistung zu welcher Zeit an welchem Ort erbringen soll. Für die gesetzliche Etablierung eines strategisch gestalteten Grenzbereichs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollten die Regelungen des SGB V in einem Kapitel und Abschnitt zusammengefasst und dort unter Beachtung von Synergien und Bürokratieabbau regelungstechnisch gebündelt und neu geregelt werden.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 115f	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Kurzzeitfallpauschalen	Hybrid-DRGs erschließen nur einen Teil des möglichen Ambulantisierungspotenzials. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, den sogenannten Hybrid-DRGs, eine neue Vergütungsform geschaffen, mit dem Ziel bestehende Ambulantisierungspotenziale von bislang stationär erbrachten Leistungen zu heben. Nach der gegenwärtigen Systematik zeigt sich der hybride Charakter der Hybrid-DRGs in der sektorengleichen Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte. Derzeit zielen die Hybrid-DRGs auf Operationen und Eingriffe ab, die innerhalb des DRG-Systems vergütungsrelevant sind und als Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung eindeutig abgebildet und grundsätzlich erbringbar sind. Sektorengleichheit zeigt sich hier also über die Frage, wer die ambulantisierbare Leistung erbringen darf. Mit dieser Systematik erschließen Hybrid-DRGs jedoch nur einen Teil des Ambulantisierungspotenzials in Krankenhäusern. Um das Ambulantisierungspotential in vollem Umfang zu heben, sollte der hybride Charakter einer ambulantisierbaren Leistung darin liegen, wie die Leistung erbracht werden darf - ambulant oder stationär (auch unabhängig von der Verweildauer). Die Umsetzung der Hybrid-DRGs in den letzten drei Jahren hat gezeigt, dass das Konstrukt der Hybrid-DRG-Fallpauschalen, die sektorengleich durch Krankenhäuser und Vertragsärzte erbracht werden können und anteilig auf Basis stationärer Kosten und vertragsärztlicher Vergütung kalkuliert werden, zunehmend an seine Grenzen stößt. Insbesondere die mit dem KHVG gesetzlich verankerte Fallzahlausweitung der Hybrid-DRG-Leistungen auf bis zu zwei Millionen stationäre Fälle bis zum Jahr 2030 ist unter der Maßgabe, dass die Leistungen gleichermaßen von Krankenhäusern und Vertragsärzten erbracht werden können sollen, nur schwer umsetzbar. Andere Fallarten in Krankenhäusern, wie beispielsweise Beobachtungsfälle, die nur wenige Tage umfassen (Observation Care), viele mögliche unspezifische Leistungen umfassen können und häufig über die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Notfallaufnahme den Weg ins Krankenhaus finden, lassen sich mit den bestehenden Regelungen der Hybrid-DRGs nicht abbilden. Auch mangelt es derzeit noch an ausreichenden Strukturen außerhalb der Krankenhäuser, um solche Fälle adäquat zu behandeln. Für solche Kurzliegerfälle bedarf es einer Vergütungslösung innerhalb des DRG-Systems. Im Folgenden werden sogenannte Kurzzeit-Fallpauschalen als Lösungsvorschlag konzeptionell dargestellt. Ziel der Kurzzeit-Fallpauschalen ist es, Anreize für eine Verweildauerverkürzung von Kurzliegerfällen in Krankenhäusern zu setzen und perspektivisch eine ambulante Behandlung dieser Fälle (auch durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) möglich zu machen. Die bereits in den Hybrid-DRG-Katalog nach § 115f aufgenommen Leistungen bleiben hiervon unberührt. Einführung von Kurzzeit-Fallpauschalen zur Verweildauerverkürzung im Krankenhaus Kern des Konzepts ist die Verankerung von sogenannten Kurzzeit-Fallpauschalen für Kurzliegerfälle in der Krankenhausfinanzierung als ergänzende Vergütungskomponente neben den bestehenden aG-DRG-Fallpauschalen, den Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach § 115f sowie der regulären vertragsärztlichen Versorgung mit EBM-Vergütung. Die neuen Kurzzeit-Fallpauschalen gelten für alle Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen und werden separat im DRG-Katalog ausgewiesen. Die Leistungen können weiterhin sowohl stationär als auch ambulant am Krankenhaus erbracht werden und werden unabhängig von der Art der Leistungserbringung und Verweildauer mit den kalkulierten Kurzzeit-Fallpauschalen vergütet. Die Abrechnung über die Kurzzeit-Fallpauschale wird auf das bisherige kurzstationäre Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern. Jeder Behandlungsfall eines Krankenhauses wird mithilfe eines Groupierungsprozesses eindeutig einer aG-DRG, einer Kurzzeit-Fallpauschale oder einer Hybrid-DRG nach § 115f zugewiesen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			und entsprechend abgerechnet. Wahlmöglichkeiten zwischen den Vergütungsformen bestehen nicht. Ein wichtiger Aspekt ist die dynamische Weiterentwicklung der Kurzzeit-Fallpauschalen: Die neuen Kurzzeit-Fallpauschalen sind originär eine Teilmenge der bisherigen stationären DRG-Fallpauschalen. Ein algorithmischer Prozess identifiziert jährlich im aG-DRG-System stationäre Leistungen mit hohem Kurzliegeranteil ($\geq 60\%$ Fälle mit Verweildauer ≤ 3 Tage) und überführt diese automatisch in die Kurzlieger-Fallpauschalen. Damit werden Anreize zur Reduktion von Verweildauer und Kosten geschaffen. Die resultierenden Einsparungen werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges durch eine Absenkung des nationalen Casemix zeitversetzt an die Versichertengemeinschaft weitergegeben. Die dynamische Weiterentwicklung umfasst auch die kontinuierliche Überführung von Leistungen aus den Kurzzeit-Fallpauschalen in die sektorengleiche oder vertragsärztliche Versorgung. Ein algorithmischer Prozess identifiziert jährlich diejenigen Leistungen aus den Kurzzeit-Fallpauschalen, die einen gesetzlich festgelegten Mindestanteil an Fällen mit einer Verweildauer von nur einem Tag erreicht haben und überführt diese in den Hybrid-DRG-Katalog nach § 115f oder die reguläre vertragsärztliche Versorgung. Eine alternative Abrechnungsmöglichkeit über das aG-DRG-System darf es dann nicht mehr geben. Erreicht eine Leistung aufgrund ihres Ambulantisierungsprozesses den Bereich der Hybrid-DRGs oder der regulären vertragsärztlichen Versorgung, kann die Leistung ambulant sowohl durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch ambulant durch Krankenhäuser erbracht werden. Im Groupierungsprozess ist bei den entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen ein Hinweis aufzunehmen, dass der EBM die Grundlage der Abrechnung ist. Zur Erbringung der neuen Kurzlieger-Fallpauschalen sind Krankenhäuser und Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) nach § 115g zugelassen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können in Kooperation mit diesen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Einrichtungen im Rahmen des Belegarztwesens (§ 121) oder als Honorarärzte tätig werden. Die jeweils für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder der Arzt muss aus Transparenzgründen und für die Überprüfbarkeit der Einhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen eindeutig identifizierbar sein. Hierfür eignet sich die Angabe der lebenslangen ArztNummer (LANR) bei der Leistungsabrechnung. Eine normative Absenkung der Kurzzeit-Fallpauschalen ist nicht vorgesehen; stattdessen erfolgt eine dynamische Kalkulation, bei der sinkende Verweildauern im Zeitverlauf zu niedrigeren Relativgewichten führen. Die Abrechnung über die Kurzzeit-Fallpauschale wird auf das bisherige kurzstationäre Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern. Für die gesetzliche Verankerung der Kurzzeit-Fallpauschalen sind zunächst im KHG neue Regelungen zu schaffen. Eine analoge Gestaltung zu den Regelungen nach § 17b KHG erscheint grundsätzlich sachgerecht. So sollten neben der Festlegung der Grundsätze und Zielstellung der neuen Kurzzeit-Fallpauschalen die Vertragspartner auf der Bundesebene beauftragt werden, das neue Vergütungssystem für Kurzliegerfälle zu vereinbaren sowie jährlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Hierbei ist auf die konzeptionelle und zeitliche Kongruenz zum DRG-System zu achten. Es sollte die Einbindung des InEK für die Erarbeitung eines Kalkulationskonzepts sowie, falls erforderlich, die Erhebung repräsentativer Kalkulationsdaten von Krankenhäusern geregelt werden. Zudem sollte ein Konfliktlösungsmechanismus gesetzlich verankert sowie eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems für Kurzliegerfälle beauftragt werden. Die Regelungen können als ein neuer Paragraph im dritten Abschnitt des KHG oder als Ergänzung der Regelung nach § 17b KHG erfolgen. In der Folge sind Anpassungen verschiedener Regelungen des KHEntgG sowie in § 115f vorzunehmen. So ist in den Regelungen zu den Hybrid-DRGs nach § 115f klarzustellen, dass die gesetzlich vorgesehene Fallzahlausweitung bis zum Jahr

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2030 (§ 115f Absatz 2 Satz 2) sowohl durch Leistungen nach § 115f als auch durch Leistungen aus dem Bereich der neuen Kurzzeitfallpauschalen erfolgen kann.
	§ 136c	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Fachklinikdefinition	Auf Basis der bisherigen gesetzlichen Regelung des § 135d könnten künftig über 50 % der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden. Durch die Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen in der Folge wesentliche Qualitätsmerkmale der LG nicht mehr am Standort eingehalten werden. Bereits jetzt werden, je nach Bundesland nach völlig unterschiedlichen Kriterien Fachkrankenhäuser in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Aktuell bestehen große Ermessensspielräume bei der Beschreibung von Fachkliniken. Beide Varianten der Festlegung von Fachkrankenhäusern sind mit Blick auf die LG-Systematik nicht zeitgemäß. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser. Zur Vereinheitlichung der Ausweisungen von Fachkrankenhäusern und zur Vereinheitlichung der Qualität der Leistungserbringung ist es sinnvoll, die vom G-BA zu erarbeitenden Vorgaben (Neuregelung gemäß Änderungsvorschlag) als Basis für die entsprechende Ausweisung zu nehmen. Die Definition von Fachkliniken gemäß der Richtlinie dient als Grundlage für Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder und kann für Zwecke der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung herangezogen werden. Sie soll die bisherigen, teilweise unbestimmten Rechtsbegriffe im Zusammenhang mit Fachkrankenhäusern präzisieren und eine bundesweit einheitlichere Grundlage schaffen. Der G-BA konkretisiert mit der Definition die Regelungen des § 135d Absatz 4. Ziel ist es, eine klare Abgrenzung von Fachkliniken gegenüber anderen Krankenhäusern zu ermöglichen und als „Leitplanke“ für die Krankenhausplanung sowie für Qualitäts- und Vergütungsaspekte zu dienen. Der G-BA hat die Auswirkungen seiner Richtlinie, insbesondere auf die Versorgungslandschaft und die Identifikation von „echten Fachkliniken“, zu evaluieren. Der G-BA hat

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass Krankenhäuser mit einem sehr breiten Leistungsspektrum, wie insbesondere Universitätskliniken oder Krankenhäuser, die primär weit verbreitete Basisleistungen erbringen („Vollsortimenter“), nicht als Fachkliniken im Sinne dieser Definition gelten. Ebenso hat der G-BA sicherzustellen, dass durch eine Schwellenwertfestlegungen Fachkliniken als Fachkliniken identifiziert werden, wenn sie sich auf einzelne Leistungen spezialisiert haben und es sich dabei um Leistungen handelt, die nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden. Hohe Spezialisierungsgrade und ein hohes Konzentrationsmaß in der Versorgung stehen im Mittelpunkt der Fachklinikdefinition. Die anzusetzenden Schwellenwerte sind regelmäßig auf ihre Validität und Trennschärfe hin zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Änderungsvorschlag: § 136c wird um folgende Absätze – Richtlinien zur Definition von Fachkrankenhäusern – ergänzt: „(x) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2026 bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern. Er hat dabei insbesondere Voraussetzungen an Leistungsvolumina, Leistungskonzentration und Spezialisierung festzusetzen. (xx) Ergänzend zu Absatz x kann der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien zur Definition von Fachkrankenhäusern festlegen, die sich vorrangig auf die Behandlung bestimmter Personengruppen spezialisiert haben. Dabei sind insbesondere Standorte zu berücksichtigen, die einen sehr hohen Anteil ihrer Fälle, bei einer gleichzeitig substanziellen Gesamtzahl in spezifischen Altersgruppen bzw. bei einem spezifischen Geschlecht behandeln.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die bundeseinheitlichen Vorgaben nach Absatz x und xx sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie zu beschließen und regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen und anzupassen.“
	§ 136c	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Musterkrankenhausplanungsverordnung für vereinfachte und langjährige Planungsentscheidungen	Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verfügt der G-BA über umfassende Erfahrungen, die im Rahmen der vorgesehenen Änderungen hin zu einer Strukturierung der Krankenhausversorgung durch LG genutzt werden sollten. Durch die bundeseinheitliche Vorgabe von LG als Grundlage der Krankenhausplanung wird die Krankenhausplanung der Länder erstmals unmittelbar vergleichbar. Umfassende Änderungen der Krankenhauspläne und Krankenhausgesetze stehen in allen Ländern an. Um die Planungsentscheidungen zu vereinfachen und um langjährige, gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, sind Leitplanken für rechtssichere Planungsentscheidungen hilfreich. Insbesondere bei der Bewertung der Angebote im Hinblick auf Versorgungsrelevanz und Erreichbarkeit ist die Gleichartigkeit der Lebensverhältnisse und unterschiedliche Ausgangslagen zu beachten. In Analogie zur Musterbauordnung der Länder entwickelt der G-BA hierzu Empfehlungen für die Länder zur Anwendung in einer Musterkrankenhausplanungsordnung. Eine Folgenabschätzung zu den Empfehlungen ist obligat. An der Gremienstruktur des G-BA müssen keine Änderungen vorgenommen werden. Die Empfehlungen werden zur Unterstützung der Länder für deren Zwecke erarbeitet und sind entsprechend in gemeinsamen Beratungen zu entwickeln. Änderungsvorschlag: § 136c wird um folgenden Absatz (neu) ergänzt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 30. Juni 2026 Empfehlungen zum Zwecke der Erstellung einer Musterkrankenhausplanungsordnung der Länder sowie Empfehlungen zur

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Anwendung von Planfallzahlen für die Vorhaltefinanzierung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Empfehlungen zu beschließen: 1. zur Festlegung der Erreichbarkeitsgrenzen jeder Leistungsgruppe (Minutenwerte), 2. zur Ermittlung der bevölkerungsbezogenen Versorgungsrelevanz und Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten in den Leistungsgruppen, unter Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials und der Bevölkerungsdichte, 3. zur Strukturierung der Leistungsgruppen hinsichtlich einer Bündelung und Hierarchisierung, 4. zur Operationalisierung der Anforderungen an Kooperationen. Die Empfehlungen beinhalten Analysen der Auswirkungen auf die Versorgung. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.“
	§§ 137i, 137j, 137k	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Mittelfristige Neuordnung der Instrumente zu Personalvorgaben im Krankenhaus	Die parallele Umsetzung und Zunahme von Instrumenten zur Personalbemessung erfordert eine sinnvolle Balance zwischen verpflichtend einzuhaltendem und flexiblem Personaleinsatz in Krankenhäusern. Im nachstehenden Konzept werden die jeweiligen Instrumente mit Ziel, Zweck und Durchsetzung unter der Maßgabe des Abbaus von überbordender Bürokratie mittelfristig in einem Instrument neu geordnet. Der Pflegepersonalquotient ist Ausgangspunkt für die aufwandsorientierte Personalausstattung und Finanzierung auf Standortebeine. Erst wenn bezogen auf den Pflegeaufwand zu wenig Pflegepersonen im Krankenhausstandort vorhanden ist, erfolgt der anlassbezogene Blick auf die Pflegepersonaluntergrenzen. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind notwendig, da sie im Sinne einer „roten Linie“ die Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen und Pflegepersonen vor Überlastung schützen sollen. Somit sind die Pflegepersonaluntergrenzen von

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhäusern verpflichtend einzuhalten. Das Überprüfen der Einhaltung in der bisherigen Detailtiefe – je Monat, je Station und je Schicht – entfällt, sofern der Pflegepersonalquotient unauffällig ist. Durch die kurzfristige Begrenzung des Pflegebudgets soll sich der Pflegepersonaleinsatz wirtschaftlich und zweckgebunden auf die pflegerische Versorgung fokussieren und patientenferne Tätigkeiten reduzieren. Der Pflegepersonalquotient wird zur Obergrenze, bis zu der Pflegepersonen finanziert werden. Langfristig sollten weitere Maßnahmen diskutiert werden (Definition Pflege am Bett, Festlegung Anteil Hilfskräfte, ...). Die Personalbedarfsbemessung dient der bedarfsorientierten Planung und Zuordnung von Personal der Krankenhäuser. Das Instrument ist weder geeignet Finanzforderungen abzuleiten, noch ergeben sich daraus Sanktionstatbestände. Die „PPR 2.0“ zeigt den Krankenhäusern mögliche Defizite im Vergleich von Status quo und Bedarf an Pflegepersonen auf. Von einer Personalbedarfsbemessung des ärztlichen Personals und weiteren Gesundheitsberufen ist aufgrund von Überregulierung und Bürokratielast abzusehen. Diese Grundsätze der Personalvorgaben müssen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik konsequent angewendet werden. Der Schutz von Patientinnen und Patienten vor Krisensituationen ist essenziell. Ein Konsens über eine bedarfsgerechte und zugleich finanzierbare Personalausstattung im Rahmen der Finanzierungsstrukturen ermöglicht eine Reduzierung der Nachweise. Datenmeldungen sind „once only“ zu den mit Personalvorgaben verbundenen Kennzahlen zu übermitteln. Auf den Datenserver haben alle Stellen, die die Angaben überprüfen müssen, Zugriff. Damit würden derzeit geregelte verschiedene Zeitpunkte und zum Teil redundante Datenmeldungen vereinheitlicht bzw. entfallen und ein immenser Bürokratieabbau umgesetzt.
	§ 295	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf:	Es wird ein Mengenfeld in den OPS-Katalog eingeführt, in dem die Dosierung von Arzneimitteln, die Anzahl von Implantaten oder anderen Medizinprodukten,

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 301	Einführung von Mengenfeldern im OPS-Katalog - § 295: Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen - § 301: Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen	Therapieeinheiten und andere Mengenangaben angegeben wird. Der Vorschlag dient dem Bürokratieabbau, der Erhöhung der Transparenz und der Vereinfachung der Abrechnung. Die Angabe von Mengen im OPS-Katalog erfordert zurzeit, dass jeder Kode nach Größe, Anzahl oder Menge unterschieden wird. Daraus resultieren eine Vielzahl von endstelligen "Unterkodes", die die jeweilige Information zur Menge enthalten. Die Einführung des Mengenfeldes würde die Abrechnung von allen mengenabhängigen Leistungen erheblich vereinfachen. Eine exakte Bestimmung der im Einzelfall verabreichten Menge oder Dosis (nicht mehr in Klassen) ermöglicht dem InEK eine genauere Kalkulation. Die Menge an endstelligen OPS-Kodes würde drastisch reduziert werden. Fehlkodierungen durch falsche Angaben von endstelligen Kodes würden vermindert werden. Die elektronische Plausibilisierung von Eingaben würde durch ein Mengenfeld deutlich erleichtert werden, was ebenfalls Fehlkodierungen vermindern würde. Mit dem Vorschlag lassen sich mehrere tausend bestehende OPS-Kodes einsparen. Die Systematik wird übersichtlicher, da bei stark ausdifferenzierten Mengenbereichen das Ausweichen auf weitere Nummernkreise vermieden werden kann. Beispielsweise gibt es im OPS 246 Kodes für verschiedene Dosisklassen an Thrombozytenkonzentraten, aber lediglich sechs unterschiedliche Produktarten. Auch ein ungewöhnlich hoher Verbrauch eines Medikaments oder eine ungewöhnlich hohe Anzahl bestimmter Medizinprodukte wird sachgerecht abgebildet und verschwindet nicht in einer Dosisklasse "mehr als ...", was für die anwendenden Einrichtungen zu einer erheblichen Unterfinanzierung führen kann. Bei Fallzusammenführungen ist derzeit aufgrund der komplizierten Kodierung von unterschiedlichen Dosisklassen noch eine umständliche manuelle Neuberechnung und Umkodierung erforderlich, die derzeit nur schwer digitalisierbar ist. Schließlich ist es bei der Vereinbarung von Zusatzentgelten bereits jetzt schon gängige Praxis, diese gar nicht anhand der OPS-Kodes zu vereinbaren, sondern nach der tatsächlich verwendeten Menge des Therapeutikums (z. B. bei Gerinnungsfaktoren:

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			hier kommt es gehäuft zu Vereinbarungen je mg, damit exakte Angaben und Preise durch Wiederholung des Entgeltes zum exakten Wert führen). Mit der Einführung eines Mengenfeldes wird die Erfassung der applizierten Mengen exakt möglich, ohne dass durch große Dosisintervalle eine Über- oder Unterfinanzierung entsteht und Fehlanreize gesetzt werden, bestimmte Schwellenwerte zu überschreiten. Mit der exakten Dosisangabe würden sich Zusatzentgelte auch über einfache Mengenpreise definieren lassen und so eine leistungsgerechte Kostenerstattung ermöglichen. Dies führt zu einer wirtschaftlicheren und sachgerechteren Versorgung von Patientinnen und Patienten. Mit konkreten Mengenangaben können kostentrennende Schwellen besser identifiziert werden, als es die bisherigen Intervall-Kodes erlauben. Insbesondere die mittlerweile häufigen Nachbesserungen bei innovativen Medikamenten, bei denen primär zu geringe Dosisobergrenzen definiert worden sind, könnten entfallen und damit die Unterfinanzierung bis zur Etablierung weiterer Dosisklassen. Entsprechende Vorschläge wurden seit 2005 mehrfach beraten. Bereits 2017 wurde in der AG OPS des Kuratoriums für Klinische Kodierfragen im Gesundheitswesen, dem für die Weiterentwicklung des OPS zuständigen Beratungsgremium, mehrheitlich die grundsätzliche Entscheidung getroffen, die OPS-Systematik mit einem dimensionslosen Mengenfeld zu ergänzen, um auf die bisher übliche Mengenstaffelung der entsprechenden OPS-Kategorien verzichten zu können. In den nachfolgenden Jahren wurden immer wieder entsprechende Vorschläge in das Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des OPS eingereicht. Ihre Umsetzung scheiterte aber regelmäßig daran, dass in der AG OPS keine Einigkeit erzielt werden konnte. Die Einführung eines Mengenfelds zieht größere Umbauten und Anpassungen bei der Krankenhausabrechnung nach sich, daher hätte eine solche Entscheidung nur im Konsens getroffen werden können. Dieser ist in all den Jahren nicht erreichbar gewesen, sodass sich diese technisch notwendige Änderung nur durch Einführung einer verbindlichen Rechtsgrundlage erreichen lässt.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Umsetzung macht zwar Anpassungen in der Datenübermittlung nach § 301 und damit der Grouper-Software, den Entgeltkatalogen und den klinischen Kodiersystemen erforderlich, wird aber letztendlich zu einer erheblichen Vereinfachung der Datenerhebung und Kodierung führen, die in vielen klinischen Dokumentationssystemen im Prinzip schon vorbereitet ist. Es liegen auch bereits konkrete Anwendungsbeispiele sowie Mustervorschläge für die Metadaten vor, sodass eine Umsetzung mittelfristig erfolgen kann. Änderungsvorschlag: In § 295 Absatz 1 werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7 eingefügt: „Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“ Der nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 8 bis 12. In § 301 wird um folgenden Absatz 2b (neu) ergänzt: „Bei durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Nummer 6 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“
	§ 283 Absatz 5	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund: Zugang zur Datenbank	Der Medizinische Dienst Bund soll gemäß Neufassung § 283 im KHVVVG bis zum 12.12.2025 eine Datenbank erstellen, in der alle Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 enthalten sind. Konkret sollen in der Datenbank standortbezogen das Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiterer Anforderungen, die Meldungen der Krankenhäuser zur Nichteinhaltung von LG und Qualitätskriterien als auch der Nichteinhaltung von OPS-Strukturmerkmalen sowie Verletzungen der Meldepflicht vermerkt werden. Zugang zu der Datenbank sollen neben der für die Krankenhausplanung

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zuständigen Landesbehörde auch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) haben. Ziel ist es den bis dato bestehenden Übermittlungsaufwand zu minimieren. Die Datenbank ist standortbezogen zu führen. Leider wurde nicht berücksichtigt, dass die Partner der Selbstverwaltung im Rahmen der Überarbeitung der LG, der Struktur-OPS-Kodes und der Qualitätssicherungsverfahren Zugang zu dieser Datenbank benötigen. Satz 8 besagt, dass der MD das Nähere zum Verfahren, zur Art und insbesondere zum Umfang des Zuganges zur Datenbank festlegt. Leider hat der GKV-Spitzenverband damit gemäß KHVVG keinen klar geregelten gesetzlichen Zugang zur Strukturdatenbank nach § 283 Absatz 4 erhalten. Hier wäre eine Nutzung der Daten durch die Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung unter diesen vier Gesichtspunkten sinnvoll: • Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Das heißt, warum kommt es zu Mängeln in der Qualität, gibt es regionale Häufungen, bei welchen Leistungen kommt es zu Qualitätssicherungsproblemen und bei welchen nicht? Was müssen wir ändern? Ist die Mindestmenge zu hoch oder zu niedrig? • Weiterentwicklung der OPS-Komplexxodes: Warum bestehen bestimmte Krankenhäuser die OPS-Strukturprüfungen nicht? Sind einige MD zu streng? Gibt es Merkmale, die geändert werden müssen, weil sie zu streng oder zu schlecht definiert sind? • Weiterentwicklung der LG: Warum und wo fallen Kliniken durch die Kriterien der LG, Welche Merkmale sind zu streng? Wo wird welche LG erbracht? • Evaluationsaufträge zur LG und Abrechnungsprüfung: Auch hier ist die Kenntnis über Bestehen und Nichtbestehen und die relevanten Gründe erforderlich.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Lösung: Die Selbstverwaltungspartner erhalten zum Zwecke der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der LG und zur Weiterentwicklung der OPS-Strukturkodes Zugang zur Datenbank. Änderungsvorschlag: In § 283 Absatz 5 wird Satz 10 (neu) angefügt: „Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erhalten zum Zweck der Weiterentwicklung der der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und zur Weiterentwicklung der OPS-Strukturkodes Zugang zur Datenbank nach Satz 1 bis 3.“
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12a Absatz 2 Satz 4	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Übertragung nicht beantragter Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds in den Krankenhaus-Transformationsfonds	Begründung: Beim Krankenhaus-Strukturfonds nach §§ 12 und 12a handelt es sich um Mittel, die ohne zusätzliche Bundesmittel direkt aus der Liquiditätsreserve entnommen werden, und damit letztlich um Geld der Beitragszahlenden. Durch das KHVVG wurde geregelt, dass Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds, soweit sie nicht vollständig und vorbehaltlos bis 31.12.2025 beantragt worden sind, in den Krankenhaus-Transformationsfonds fließen. Da der Gesetzgeber sich nun für eine Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds aus Bundesmitteln entschieden hat, wäre die Streichung der Mittelübertragung folgerichtig. Andernfalls wird der Krankenhaus-Transformationsfonds nicht nur aus Bundesmitteln, sondern auch aus Resten des aus Beitragsgeldern finanzierten Strukturfonds bestückt. Eine solche Vermischung ist inkonsequent, nicht sinnvoll und daher zu streichen. Änderungsvorschlag: Die Regelung ist zu streichen.
	§ 17b	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Effizienzreserven	Vor dem Hintergrund der dramatischen Finanzierungslage der GKV und der aktuellen Ausgabensteigerungen im größten Ausgabenblock, dem Krankenhausbereich, in Höhe von über 8 Milliarden Euro in 2024 stellt sich die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Frage, wie diese Ausgabendynamik gestoppt werden kann. Auch im Jahr 2025 geht die Steigerung der Ausgaben ungebremst weiter. Neben den hohen Ausgabensteigerungen verharrt die Auslastung der Krankenhäuser auf einem Niveau knapp über 70 %, die stationären Leistungen sind nach den Coronajahren weiterhin auf niedrigem Niveau, gleichzeitig steigen Personal und Personalkosten ungebremst. Die Produktivität ist in der Folge deutlich gesunken – Effizienzreserven müssen gehoben werden. Grundsätzlich muss ein Mechanismus implementiert werden, der sicherstellt, dass das notwendige Heben von Effizienzreserven und die dadurch erzielten Einsparungen bei den Beitragszahlern ankommen können. In den vergangenen Jahren wurden durch unterschiedliche Anpassungen der Finanzierungssystematik aber alle Instrumente gestrichen, die eine Weitergabe dieser erzielten Einsparungen ermöglichen würden. Diese sind: - Absenkende Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert (LBFW) - Mehrleistungsabschläge - Fixkostendegressionsabschlag Aktuell profitieren damit allein die Krankenhausträger von einer Hebung der Effizienzreserven. Kommt es beispielsweise durch die Schließung eines nicht bedarfsnotwendigen Krankenhauses zu der Situation, dass die Patientinnen und Patienten nun von umliegenden Krankenhäusern behandelt werden, bleiben die Kosten für die GKV gleich. Die Krankenhäuser, die die Patientinnen und Patienten nun behandeln, profitieren hingegen von einer höheren Auslastung und von der Finanzierung des Gesamtfalls, obwohl lediglich variable Kosten anfallen. Die Vergütungssteigerung der Krankenhäuser, zu denen die Patientinnen und Patienten wandern, dürften nicht auch die Fixkostenvergütung beinhalten.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Durch die Krankenhausreform sollen u. a. die Versorgungsstrukturen optimiert werden – es wird u. a. zu Schließungen von nicht bedarfsnotwendigen Strukturen kommen müssen. Bereits mit der Einführung des KHVVG wurden die Entlastungen der GKV durch die Reform kumuliert auf einige Milliarden Euro taxiert. Im Wortlaut (KHVVG-Gesetzentwurf): <i>„In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Millionen Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an.“</i> In den entsprechenden Stellungnahmen hat der GKV-Spitzenverband bereits diese Annahmen kritisiert, da bereits zu dem Zeitpunkt keinerlei Möglichkeiten zur Hebung von Effizienzreserven mehr in der Finanzierungssystematik vorzufinden waren. Unabhängig davon verschiebt sich mit dem Zeitplan der Einführung der Krankenhausreform auch diese Annahme. Auch im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems (Normierungsprozess) erfolgt keine Weitergabe der durch effizientere Strukturen erzielten Einsparungen, da der nationale Casemix, der zur Ausschüttung kommt, jährlich konstant gehalten wird. Durch die Kalkulationsverzögerung (Basis der Kalkulation sind immer zwei Jahre „alte“ Kostendaten) verbleiben die Einsparungen zunächst für zwei Jahre bei den einzelnen Krankenhäusern, bis sie dann in die Gesamtkalkulation übernommen werden. Damit verbleiben auch in diesem Prozess nach den zwei Jahren, die durch das Heben von Effizienzreserven erzielten, zusätzlichen Erlöse alleine bei den Krankenhausträgern. Es ist nun sicherzustellen, dass diese geplanten Minderausgaben tatsächlich bei den Beitragszahlern ankommen. Die entsprechenden Vorgaben bezüglich der Weiterentwicklung des Finanzierungssystems sind anzupassen. Das InEK hat die im Rahmen des KHVVG (siehe Begründung zum Gesetzentwurf) eingebrachten Einsparungen in Höhe von einer Milliarde Euro im Rahmen des Normierungsprozesses durch eine Anpassung des Casemixvolumens umzusetzen.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Daneben sind künftig dauerhaft, nachdem sie zwei Jahre als Einsparungen bei dem einzelnen Krankenhaus verblieben sind, im Normierungsprozess die erzielten Effizienzsteigerungen zu heben und an die Beitragszahler weiterzugeben. Änderungsvorschlag: § 17b - Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung – ist wie folgt anzupassen: In Absatz 1 ist nach Satz 6 folgender neuer Satz 7 einzufügen: „⁷Aufgrund von Effizienzsteigerungen sind im Entgeltkatalog für DRG-Krankenhäuser für die Jahre ab 2026 im Rahmen der Normierung Bewertungsrelationen im Wert von einer Milliarde Euro absenkend zu berücksichtigen.“
	§ 17b	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Sofortmaßnahme: gesetzgeberische Definition der „Pflege am Bett“	Die Attraktivität des Pflegeberufes in Verbindung mit einer verantwortungsgerechten Vergütung kann gestärkt werden, wenn der Gesetzgeber eine Definition der „Pflege am Bett“ vorgibt, die – für Wirtschaftsprüfer und alle Kostenträger überprüfbar – sicherstellt, dass die Übertragung von pflegefernen Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegekräfte zukünftig unterbleibt und somit diese Tätigkeiten nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden. Aktuell gibt es vermehrt Berichte über Entlassungen von Servicekräften bei gleichzeitiger Übertragung der entsprechenden Tätigkeiten auf das Pflegepersonal. Änderungsvorschlag: § 17b wird um folgende Absatz 4d ergänzt: „(4d) Pflegepersonalkosten dürfen nur dann im Pflegebudget berücksichtigt werden, wenn das entsprechende Personal überwiegend Tätigkeiten der unmittelbaren Patientenversorgung in Sinne des § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 1 bis 3 ausübt. Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische,

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			administrative oder technische Aufgaben sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung nicht als Pflegepersonalkosten im Sinne dieses Gesetzes anzuerkennen. Dies gilt auch dann, wenn solche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen oder Pflegehilfskräfte erbracht werden. Eine Delegation pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegepersonal darf nicht zur Erhöhung des Pflegebudget führen.“
	§ 17c	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Abrechnungsprüfung	Die gesetzliche Einschränkung von MD-Prüfungen durch das MDK-Reformgesetz führte zu einer erheblichen Reduzierung geprüfter Abrechnungsfälle von Krankenhäusern und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro. Die derzeitige Quotierung der Prüfungen schadet daher der Versichertengemeinschaft und hat Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes. Die künstliche quartalsweise Taktung mit quartalsbezogenen Datenmeldungen, Veröffentlichungen und dem Monitoring der gestuften Prüfquoten ist hochaufwendig. Die Quotierung der MD-Prüfungen ist abzuschaffen oder zumindest durch eine angemessene einheitliche Prüfquote zu ersetzen. Medizinische Dienste, Krankenhäuser und Krankenkassen würden so von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet. Berichtspflichten könnten bereinigt, Informationen ausschließlich jahresbezogen erhoben und transparent gemacht werden. Ein sinnvoller Schritt zur weiteren Stärkung des Vorverfahrens sollte schnell und rechtssicher auf den Weg gebracht werden. Die Krankenkassen erhalten seit der Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c Absatz 2b die Fallunterlagen der Krankenhäuser für die Durchführung der Erörterung. Es ist dringend geboten, den Krankenhäusern bereits für Falldialoge (Vorverfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen zu erlauben, da dies ein effizienter Weg ist, Fallklärungen frühzeitig und ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu ermöglichen. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, wird der Prüfaufwand entsprechend sinken.

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag: Für die Umsetzung sollte § 17c Absatz 2 wie folgt ergänzt werden: „Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“
	§ 26	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus	Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Änderungsvorschlag: § 26 KHG i. d. F. der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. 2024 I Nummer 101) geändert worden ist, wird aufgehoben.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	§§ 6a, 10	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Ausgabenmoratorium Krankenhausbereich	Neben der unzureichenden Weitergabe der gehobenen Effizienzreserven an die Beitragszahler sind auch die weiteren Vorgaben der Preissetzung nicht mehr austariert. Es ist wenig verwunderlich, dass die Ausgaben der GKV in die Höhe schießen, wenn man sich diese gesetzlichen Rahmenbedingungen genauer anschaut. So werden u. a. seit dem Jahr 2025 neben der so genannten Meistbegünstigungsklausel den Krankenhäusern nun auch der volle Orientierungswert und zusätzlich noch die volle Tarifrefinanzierung garantiert. Damit kommt es in mehrfacher Sicht zu Doppelfinanzierungen in der Basis. Die volle Tarifrefinanzierung hat darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber werden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen das Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen für die

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			GKV sind durch die Aushöhlung der Tarifverhandlungen zu auch für die kommenden Tarifrunden zu erwarten. Die Erfahrungen aus der Einführung der Pflegebudgets und damit der Regelungen zur vollständigen Refinanzierung der Kosten im Pflegebereich seit dem Jahr 2020 zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsraten im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Am dramatischsten stellt sich die Lage im Bereich des Pflegebudgets dar: Hier werden seit 2020 alle Kosten 1:1 an die GKV durchgereicht – ohne jegliche Obergrenze einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG-System) und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen. In den vergangenen fünf Jahren sind die Ausgaben in diesem Bereich von 15,2 Milliarden Euro auf nunmehr 22,6 Milliarden Euro gestiegen – eine Steigerung von fast 50 %. Dies wirft Fragen nach der langfristigen Finanzierbarkeit auf. Es stellt sich die Frage, ob unter Berücksichtigung des im SGB V geforderten Wirtschaftlichkeitsgebots ein ungeregeltes Anwachsen weiterhin gerechtfertigt ist. Das Pflegebudget hat zweifellos positive Impulse für die Personalentwicklung in Krankenhäusern gesetzt. Doch die Kostenexplosion, die Verdrängungseffekte auf andere Versorgungsbereiche, Fehlanreize im Personaleinsatz und mangelnde Effizienz zeigen, dass dringend nachgesteuert werden muss. Eine gezielte Steuerung ist notwendig, um die Pflegeversorgung insgesamt zu sichern und nachhaltig zu gestalten. Ein zentrales Problem ist das Fehlen einer Obergrenze für das Pflegebudget im Krankenhaus. Ohne klare Begrenzung und Steuerung wird es zu einem ineffizienten Einsatz dieser wertvollen Ressource kommen. Bis eine Obergrenze für die Steigerungen des Pflegebudgets, beispielsweise auf Basis des Pflegepersonalquotienten, festgelegt wird, ist kurzfristig zur Eindämmung der enormen Kostensteigerungen eine Begrenzung der maximal möglichen

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Steigerungen des Pflegebudgets auf Basis der Einnahmeseite der GKV festzusetzen. Die Steigerungen insgesamt dürfen die Veränderungsrate nicht übersteigen. Um dieses Ziel zu erreichen sind Ausgabenveränderungen, die darüber liegen, absenkend im Rahmen der Ermittlung des LBFW zu berücksichtigen. Änderungsvorschlag: • Pflegebudgetsteigerung - Beitragssatzstabilität § 6a wird um Absatz 8 (neu) ergänzt: „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten; Maßstab für die Beachtung ist die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Pflegebudget darf das um die maßgebliche Rate veränderten Pflegebudget des Vorjahres nicht überschreiten.“ Zudem wird in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 wie folgt geändert: „(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: [...] 4. (weggefallen) absenkend die Steigerungen der Pflegebudgets, die oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch liegen,“ • Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung § 10 Absatz 5 ist zu streichen. • Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel In § 10 Absatz 6 sind die Sätze 6 und 7 sind wie folgt anzupassen:

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate dem Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“
	§ 11	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Genehmigung von vereinbarten Sanktionsabschlägen	Für die Vereinbarung gemäß § 11 Absatz 4 Satz 6 für einen Sanktionsabschlag aufgrund fehlender Unterlagenlieferung eines Krankenhauses ist aktuell geregelt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Genehmigung erteilt. Mit der Änderung entspricht die Benennung der zuständigen Institution der Bezeichnung im übrigen Krankenhausentgeltgesetz bzw. insbesondere im § 14. Die Änderung ist notwendig, da die Genehmigung von Budgetvereinbarungen gemäß § 11 im Übrigen durch die vom Land selbst bestimmte zuständige Landesbehörde erfolgt. Es handelt sich regelhaft um untergeordnete Behörden wie Regierungspräsidien. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ist hingegen regelhaft das Landesministerium selbst. Hier besteht jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit für die Prüfung einer Budgetvereinbarung und deren Genehmigung. Der aktuelle Gesetzeswortlaut führt in den Bundesländern zu Verzögerungen in Bearbeitung solcher Anträge. Mit der Anpassung entfällt zusätzlicher Bürokratieaufwand in den Landesministerien und das Ziel der Budgetbeschleunigung wird gefördert. Änderungsvorschlag: In § 11 Absatz 4 Satz 8 werden die Worte „für die Krankenhausplanung“ gestrichen. „Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“
	§§ 6, 14, 15 analog in BPfIV	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Erstattungsbetrag	Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Diese Regelung greift jedoch zu kurz, da bisher nicht eindeutig geregelt ist, inwiefern krankenhaushausindividuelle Entgelte in Form der unbewerteten Zusatzentgelte mit dieser Regelung berücksichtigt bleiben. Um Rechtsklarheit zu schaffen, ist es daher erforderlich, die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze auch explizit im Normtext zu den krankenhaushausindividuellen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG zu verankern. Darüber hinaus sieht die derzeitige Gesetzeslage vor, dass bei jeder Änderung eines NUB-Entgelts infolge des Inkrafttretens eines neuen oder angepassten Erstattungsbetrags eine Neuvereinbarung des NUB-Entgelts erfolgen muss. Diese Neuvereinbarung erfordert wiederum eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Dieses Verfahren ist jedoch aus mehreren Gründen nicht sachgerecht: Zum einen ist eine Genehmigung entbehrlich, da der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ohnehin die Obergrenze für das jeweils geltende Entgelt bildet. Zum anderen ist das Verfahren angesichts der Vielzahl unterjährig in Kraft tretender Erstattungsbeträge oder deren Anpassungen unverhältnismäßig aufwendig und in der Praxis kaum umsetzbar. In der Folge muss die Verpflichtung zur Neuvereinbarung sowie die Genehmigungsregelung gestrichen werden. Ein weiterer Regelungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf den Ausgleich von Differenzbeträgen zwischen dem Erstattungsbetrag und dem vereinbarten Entgelt. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich über den allgemeinen Mehr- oder Mindererlösausgleich unabhängig davon, welche Krankenkasse die tatsächlichen Kosten getragen hat. Gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln führt dies zu einer nicht verursachungsgerechten Verteilung der finanziellen Lasten. Darüber hinaus werden im Morbi-RSA lediglich die Kosten in Höhe des Erstattungsbetrags

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			gutgeschrieben. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es daher unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Regelung zum Ausgleich von Differenzen zwischen Erstattungsbetrag und NUB bzw. unbewerteten Zusatzentgelt derzeit nur für somatische Krankenhäuser gelten. Die beschriebenen Herausforderungen und der daraus resultierende Handlungsbedarf bestehen jedoch gleichermaßen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, in denen Arzneimittel mit Erstattungsbetrag angewendet und abgerechnet werden. In der Folge muss auch in der Bundespflegesatz die Regelung zur Geltung des Erstattungsbetrages als Preisobergrenze aufgenommen werden. Änderungsvorschlag: § 6 Absatz 1 wird um folgenden Satz 3 (neu) ergänzt: „Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“ § 6 Absatz 2 Satz 11 wird wie folgt geändert: „Sofern für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nach § 14 Absatz 1 bedarf. ein Entgelt vereinbart wurde, ist das Entgelt mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags nach § 130b Absatz 3a oder Absatz 4 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung der Höhe des Erstattungsbetrags neu zu vereinbaren.“ § 14 Absatz 1 wird um folgenden Satz 2 (neu) ergänzt; die Nummerierungen der Sätze 2 und 3 (alt) ändern sich entsprechend: „Ausgenommen sind Entgeltanpassungen nach § 6 Absatz 1 Satz 3, § 6 Absatz 2 Satz 11 sowie § 6 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung.“ § 15 Absatz 2- Laufzeit – wird um folgenden Satz 5 (neu) ergänzt: „Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrages ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben.“ § 15 Absatz 3 – Laufzeit – wird Satz 3 (alt) ersetzt durch Satz 3 (neu): „Die Sätze 1 und 2 sind auch auf Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden, die erstmalig vereinbart werden oder für die aufgrund eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags für ein Vereinbarungs-jahr eine abweichende unterjährige Höhe vereinbart wurde. Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 und 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 3 und § 6 Absatz 2 Satz 11 erfolgen abweichend von den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem Kostenträger, der das ursprüngliche Entgelt beglichen hat.“ Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV):

Nr.im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			§ 6 Absatz 1 - Vereinbarung sonstiger Entgelte – wird um folgenden Satz 2 (neu) ergänzt: „Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“ In § 6 Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt angepasst: „Für die Einzelheiten des Verfahrens ist § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 411 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“ § 15 Absatz 1 – Laufzeit – wird um folgenden Satz 5 (neu) ergänzt: „Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrags ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 4 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“ § 15 Absatz 2 – Laufzeit – wird um folgenden Satz 6 (neu) ergänzt: „Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und § 6 Absatz 4 erfolgen gegenüber dem Kostenträger, der die Kosten getragen hat.“