

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Medizinischer Dienst Bund

Datum: 21. August 2025

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	
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	
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	
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	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	Ergänzend werden die folgenden Anpassungen vorgeschlagen: 1. § 275a Absatz 1 Satz 7: Verwendung Transparenzverzeichnis § 275a Absatz 1 Satz 7 SGB V wird wie folgt gefasst: <i>„Der Medizinische Dienst berücksichtigt im Rahmen der Prüfungen Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1, <u>sofern diese Daten zum Nachweis der Erfüllung der Anforderung von Prüfungen gemäß Satz 1 geeignet sind,</u> und kann vorliegende Zertifikate anerkennen“</i>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung:</u> Die bislang im Transparenzverzeichnis aufgeführten Daten erlauben derzeit keine Zuordnung zu spezifischen Leistungsgruppen, OPS-Strukturmerkmalen, Qualitätsanforderungen nach den §§135b und 136 bis 136c sowie landesrechtlichen Qualitätsanforderungen. 2. § 275a Absatz 2 Satz 5: Zehn-Wochen-Frist § 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst: <i>“Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, 2 oder 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des <u>Beginns der Prüfung</u> <u>Eingangs der vom Krankenhaus zu übermittelnden vollständigen Prüfunterlagen und Nachweise beim Medizinischen Dienst mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle zuzusenden.</u>”</i> <u>Begründung:</u> Die Zehn-Wochen-Frist zur Erstellung der Gutachten soll “ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung” beginnen. Bereits nach der Begründung zur BT-Drs. 20/11854, Seite 171 zum KHVVG bedeutet dies, dass der Medizinische Dienst “unverzüglich nach Eingang einer Beauftragung zu beginnen und die Prüfung im Regelfall innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung abzuschließen” hat. Problematisch ist hier, dass mit der Beauftragung noch keine Unterlagen des Krankenhauses vorliegen und die Krankenhäuser nach § 275a Absatz 1 Satz 7 SGB V sechs Wochen Zeit haben für die Übermittlung der Unterlagen nach der Anforderung durch den Medizinischen Dienst. Das würde letztlich bedeuten, dass die Zeit für die Prüfung, die Vorarbeit und die Begutachtung der vom Krankenhaus übermittelten Unterlagen, nur noch vier Wochen beträgt. Sollten vom Krankenhaus übermittelte Unterlagen unvollständig sein und der

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Medizinische Dienst daher Unterlagen nachfordern müssen, so verkürzt sich diese Zeit weiter. 3. § 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V: Dreimonatige Vorleistungsverpflichtung bei erstmaliger Leistungserbringung StrOPS §275a Absatz 7 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert: „ [...]²Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie 1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und 2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Kode zugrunde liegt, vorgenommen haben <u>und</u> 3. <u>einen Monat nach erfolgter Anzeige eine Prüfung des Operationen- und Prozedurenschlüssels bei dem zuständigen Medizinischen Dienst beantragen.</u>“

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Alternativ zu der oben vorgenommenen Streichung und Ergänzung könnte auch folgender Satz 3 eingefügt werden: „³Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beantragt haben, kann die in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung ab dem Tag der erstmaligen Einhaltung der Strukturmerkmale ausgestellt werden.“ <u>Begründung:</u> Gemäß der aktuellen Gesetzeslage (§ 275 Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 SGB V) müssen Krankenhäuser eine Leistung, die sie erstmalig abrechnen wollen, für drei Monate erbracht haben, bevor sie diese vergütet bekommen (via Anzeige, siehe o.g. §). Die Vergütung erfolgt ausweislich des Wortlautes des § 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V jedoch erst "ab dem Tag der [...] Anzeige". Schließt sich dieser Anzeige eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst an, darf der Medizinische Dienst seine Bescheinigung über die Erfüllung der OPS-Strukturmerkmale, aufgrund dieser im Gesetz vorgegebenen Vorleistungsverpflichtung, nicht ab dem Zeitpunkt der nachgewiesenen Erfüllung ausstellen, sondern frühestens ab Beantragung der Prüfung. Diese Regelung führt zu viel Unverständnis bei den Krankenhäusern, das Handeln des Medizinischen Dienstes kann nicht nachvollzogen werden, und ggf. zu Rechtsstreitigkeiten. Da eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft durch die Krankenhausreform angestrebt wird und vermutlich Krankenhäuser fusionieren, wird das Thema weiter an Brisanz zunehmen. Daher sollte die dreimonatige Vorleistungspflicht des Krankenhauses gestrichen werden. Entsprechend könnte stattdessen entweder eine gesetzliche Verpflichtung zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes einen Monat nach erfolgter

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Anzeige aufgenommen werden. Sollte ein Antrag nicht gestellt werden, könnte in Konsequenz das Entfallen der Abrechnungsbefugnis vorgesehen werden. Alternativ könnte auch gesetzlich vorgesehen werden, dass der Medizinische Dienst die Bescheinigung ab dem Zeitpunkt der nachgewiesenen Erfüllung der Strukturmerkmale ausstellen darf. Zuletzt ist auf Folgendes hinzuweisen: Vorgesehen ist eine Verschiebung der Beauftragung der Medizinischen Dienste vom 30.09.2025 auf den 31.12.2025. Da das KHAG jedoch voraussichtlich erst nach dem 31.12.2025 in Kraft treten wird, muss die Beauftragung nach bestehender Rechtslage bis zum 30.09.2025 abgeschlossen sein. Im vorliegenden Entwurf des KHAG fehlen Übergangsbestimmungen, die regeln, wie mit bereits vor Inkrafttreten abgeschlossenen Gutachten umgegangen wird.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Der Medizinische Dienst treibt die Digitalisierung in seinem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich bereits mit hoher Priorität voran. Die vorgesehene Regelung ist konsequent und entspricht der im Koalitionsvertrag vereinbarten Zielsetzung.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu	Der Medizinische Dienst geht davon aus, dass zeitnah eine weitere Klärung ungenauer Begriffe im Leistungsgruppenausschuss stattfinden und von dort als Empfehlung in das Gesetzgebungsverfahren eingespeist werden wird.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - 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	Die Tabelle ist Grundlage für die Prüfung der Medizinischen Dienste. Um Aufwand bei allen Beteiligten, auch den Krankenhäusern und den Ländern abzubauen, und letztlich Konflikte vor Ort zu vermeiden, ist die Eindeutigkeit der Kriterien der Leistungsgruppen eine wesentliche und unabdingbare Voraussetzung.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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)	
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Es wird die Klarstellung in der Begründung begrüßt, dass das Gutachten des Medizinischen Dienstes zwar für die Landesbehörden verbindlich ist, es sich jedoch um eine rein behördeninterne Maßnahme zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung handelt und ebenso, dass das Gutachten nicht selbstständig anfechtbar ist. Dies sollte jedoch auch gesetzlich verankert werden. Gemäß den Festlegungen des Koalitionsvertrages sollen über den vorliegenden Entwurf die Spielräume der Länder in der Zuweisung von Leistungsgruppen unter anderem durch die Verlängerung von Ausnahmeregelungen erweitert werden. Damit kann sich auch das Risiko für unsichere Versorgungsprozesse wegen der Nichteinhaltung von Qualitätsstandards verlängern. Um zu verhindern, dass die erweiterten Spielräume für die Länder zu Lasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten gehen, sollte die kurzfristige Einführung eines Meldesystems für gravierende vermeidbare unerwünschte Ereignisse (Never Events) nun gesetzlich geregelt werden.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	

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	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung s- aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		