



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)
in der Fassung vom 30.07.2025)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 20. August 2025

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Wir begrüßen die grundsätzliche Bereitschaft der Koalitionsregierung zu Anpassungen an der Krankenhausreform, um die Maßnahmen aus dem KHVVG praxistauglicher zu gestalten und die Umsetzung durch Anpassung des Zeitplans und der im KHVVG vorgegebenen Fristen gangbar zu machen.

Eine praxistaugliche Nachbesserung muss aus Sicht des Marburger Bundes die notwendige Spezialisierung und Schwerpunktbildung mit dem Ziel einer wohnortnahen Grundversorgung in Einklang bringen.

Das wird mit den beabsichtigten Anpassungen leider nur ansatzweise erreicht. An zentralen Stellschrauben des KHVVG verbleibt Korrekturbedarf.

Planungssicherheit und eine verlässliche Versorgungsperspektive sind für die Bevölkerung, die Mitarbeitenden und die Krankenhäuser aus unserer Sicht zwingende Voraussetzung für die Umsetzung der Reform.

Zustimmung Bundesrat

Der Referentenentwurf sieht in § 135e SGB V Änderungen vor, die nach geltender Regelung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung Bundesrat erfolgen müssten. Dies betrifft insbesondere Änderungen an Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien, die überwiegend auf Grundlage von Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses (LG-Ausschuss) vorgenommen werden sollen (neue Anlage 1 mit geänderten Qualitätskriterien). Hier wäre grundsätzlich eine Beteiligung des Bundesrates erforderlich. Es ist im Referentenentwurf allerdings nicht dargelegt, aus welchen Gründen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) davon ausgeht, diese Anpassungen zustimmungsfrei vornehmen zu können.

Leistungsgruppen

• Rechtsverordnung § 135e SGB V

Die Fristvorgabe 31.03.2025 für eine erstmalige Rechtsverordnung in § 135e Absatz 1 SGB V wird gestrichen. Eine neue Frist wird nicht gesetzlich festgelegt. Es bestehen auch keine Fristen für die Vorlage von Empfehlungen des LG-Ausschusses.

Völlig unklar bleibt insoweit, wie lange die neue Anlage 1 letztlich Geltung haben soll. Denn § 135e Abs. 4 Satz 1 bleibt unverändert „bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1...“

Ebenfalls unklar bleibt, wie zukünftig vom LG-Ausschuss Empfehlungen eingebracht werden können, die ggf. erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien und damit auch auf getroffene Planungsentscheidungen und Leistungsfinanzierung haben. Das wäre zum Beispiel bei Einfügung neuer Leistungsgruppen oder Änderung der Personalvorgaben der Fall.

Hier bedarf es insbesondere aus Gründen der Planungssicherheit zwingend einer gesetzlichen Klarstellung.

- **Korrekturen Leistungsgruppen**

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich Korrekturen an den Leistungsgruppen.

Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG haben wir die Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen (Infektiologie, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie Notfallmedizin) und die personellen fachärztlichen Anforderungen kritisiert.

- **Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen**

Laut Koalitionsvertrag sollen die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben dort wo es medizinisch sinnvoll ist verändert werden. Das wird vom Marburger Bund grundsätzlich begrüßt.

Sachlich richtig sind aus unserer Sicht insbesondere beabsichtigte Anpassungen der für die Erfüllung der Qualitätskriterien geltenden Mindestvoraussetzungen in § 135e Absatz 4 SGB V wie die Korrektur der Stundenvorgaben für ein Vollzeitäquivalent.

Gleiches gilt für begriffliche Klarstellungen bislang nicht definierter Begriffe in den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen. Die Klarstellungen erfolgen allerdings nicht umfassend, so fehlt zum Beispiel eine begriffliche Klarstellung, was unter „Basislabor“ in den Leistungsgruppen Nummer 1, 14 und 27 zu verstehen ist.

Wir begrüßen, dass mit dem Anpassungsgesetz auch bereits inhaltliche Änderungen in den Qualitätsanforderungen einzelner Leistungsgruppen vorgenommen werden sollen, sehen allerdings weiteren Änderungsbedarf (siehe „B. MB-Stellungnahme zu einzelnen Regelungen KHAG“ in der Tabelle).

Bei mehr als einem Drittel der Leistungsgruppen erfolgen diese Änderungen laut Begründung auf Grundlage von Empfehlungen des LG-Ausschusses. Unklar ist, warum die Empfehlungen des LG-Ausschusses nicht veröffentlicht sind, wie es die Geschäftsordnung des LG-Ausschusses vorsieht. Um nachvollziehen zu können, welche Empfehlungen in dem Referentenentwurf umgesetzt werden sollen und welche ggf. nicht, ist eine entsprechende Transparenz erforderlich.

Entscheidend ist nach der Umsetzung aller notwendigen Änderungen bei den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen die gleichgeartete Umsetzung in der Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes.

- **Zuordnung der Leistungen zu den Leistungsgruppen**

Die Systematik der Zuordnung stationärer Leistungen zu den Leistungsgruppen mittels des bundesweiten InEK-Groupers wird leider im Referentenentwurf nicht aufgegriffen. Ohne grundlegende Veränderungen in diesem Steuerungsinstrument drohen erhebliche Fehlsteuerungen.

Diese liegen darin begründet, dass vom InEK-Grouper eine relevante Anzahl von Fällen nur durch zusätzliche Verwendung eines Fachabteilungsschlüssels den LG zugeordnet werden. Eine präzisere Fallzuordnung kann mittels Fachabteilungsschlüssel zwar vorgenommen werden. Allerdings spiegelt dies aufgrund der Heterogenität der Fallabteilungsschlüssel und

der Heterogenität ihrer Anwendung in Deutschland nicht notwendigerweise die Zuordnung in die leistungserbringende Leistungsgruppe wieder. Dies hat zu Auswirkungen für die Krankenhausplanung, aber insbesondere auch für die Berechnung der Vorhaltevergütung.

Die Selbstverwaltungspartner wurden erst mit dem KHVVG gem. § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V beauftragt, eine „bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen“ zu vereinbaren. Dieser Auftrag erfolgte mit Blick auf die Entwicklung des InEK-Groupers zu spät und außerdem ohne Fristsetzung und Konfliktregelung.

Der Marburger Bund hält hier eine Nachbesserung für dringend erforderlich.

Darüber hinaus ist die Zuordnung für viele Bereiche problematisch. So findet zum Beispiel die Schmerztherapie keine strukturelle Berücksichtigung in den Leistungsgruppen. Fälle der speziellen und interdisziplinären Schmerztherapie streuen vielmehr über eine Vielzahl fachfremder Leistungsgruppen, deren qualitativen Mindestvoraussetzungen die spezielle und interdisziplinäre Schmerztherapie nicht erfüllen kann und die auch keinerlei Bezug zur Versorgungsqualität in der Schmerztherapie aufweisen. Darauf hat auch der Deutsche Ärztetag im Mai 2025 hingewiesen.

Für ein Ergebnis bundesweit einheitliche, medizinisch sinnvolle Rahmenbedingungen braucht es eine Anpassung des InEK-Groupers.

- **Erweiterte Ausnahmeregelungen von Leistungsgruppenanforderungen (§ 6a KHG)**

Der Referentenentwurf sieht nach § 6a Abs. 4 KHG vor, dass die Landesplanungsbehörden zukünftig ohne Vorgabe von Kriterien eine Leistungsgruppe an einem bestimmten Krankenhaus als zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung für zwingend erforderlich erklären können und damit für längstens sechs Jahre von den Qualitätsvorgaben ausnehmen.

Auch wenn eine Erweiterung des Handlungsspielraum der Bundesländer bei der Planung grundsätzlich von uns begrüßt wird, sollten im Sinne von bundeseinheitlichen Versorgungsstandards und aus Gründen der Rechts- und Planungssicherheit Leitplanken vorgegeben werden.

Der Hinweis in der Begründung, dass die Länder bei der Ausnahmeregelung nach Möglichkeit eine einheitliche Umsetzung anstreben sollen, ist rein deklaratorisch.

Die Festlegung, dass die Landesbehörde vor Zuweisung zu prüfen haben, ob die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe nicht auch durch „Kooperationen und Verbünde“ erfüllt werden können, ist ebenfalls rein deklaratorisch.

Widersprüchlich ist zudem, dass im Gesetzestext das Erreichbarkeitskriterium gestrichen werden soll, in der Begründung dann aber wieder auf die Entfernung als ein Bewertungskriterium abgestellt wird. Dort heißt es: *„Demnach liegt es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“*

Der Begriff der „flächendeckenden Versorgung“ ist zudem nicht definiert. Hier wäre eine Klarstellung notwendig.

Bei der geplanten Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 KHG stellt sich zusätzlich die Frage, wie sich diese Regelung zu den geplanten Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V verhält. Die Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 würde dazu führen, dass ein Krankenhaus, das die strukturellen und personellen Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe nicht erfüllen kann, wahrscheinlich auch die für diese Leistungsgruppe vorzugebenden Mindestvorhaltezahlen nicht dauerhaft erfüllen kann. Das hätte zur Folge, dass das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe keine Vorhaltevergütung erhält. Mindestvorhaltezahlen finden nach § 37 Abs. 2 Satz 3 Nummer 3 KHG nur dann keine Anwendung, wenn die Krankenhausstandorte in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen sind (zuschlagsberechtigte Sicherstellungskrankenhäuser).

- **Fachkrankenhäuser**

Im Referentenentwurf ist eine generelle Kooperationsmöglichkeit für Fachkrankenhäuser zur Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen vorgesehen. Diese Regelung ist sinnvoll, da sie der Spezialisierung von Fachkrankenhäusern Rechnung trägt.

Allerdings kann sie nach dem aktuellen Gesetzentwurf nicht auf alle Fachkrankenhäuser angewendet werden, da das KHVVG keine neue Definition von Fachkrankenhäusern vorsieht. § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V (Definition Fachkrankenhäuser) bleibt im Referentenentwurf unverändert.

Im Sachstandspapier des BMG vom Juni 2025 heißt es, „dass zu einem späteren Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens und nach weiteren Abstimmungen u.a. mit den Ländern auch die Definition für die Fachkrankenhäuser überarbeitet werden.“

Die Überarbeitung einer für viele Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter existenzielle Frage auf einen späteren Zeitpunkt im Gesetzgebungsverfahren zu verschieben, ist aus unserer Sicht kein sinnvolles Verfahren.

Darüber hinaus sollte eine Verankerung der Definition „Fachkrankenhäuser“ anstelle in den Regelungen zum Bundes-Klinik-Atlas systematisch sinnvoller in § 135e SGB V erfolgen.

Mindestvorhaltezahlen (§ 135f SGB V)

Leider wird mit dem Referentenentwurf an der Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen festgehalten. Bereits in unseren Stellungnahmen zum KHVVG haben wir die Einführung von Mindestvorhaltezahlen abgelehnt.

Die Entwicklung solcher Mindestvorhaltezahlen entspricht keiner evidenzbasierten Qualitätssicherung. Vorschläge für eine systematische Entwicklung liegen weiterhin nicht vor. Die Komplexität und das Zusammenwirken der Regelungen sind nicht kalkulierbar. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Vor allem ist es zeitlich und systematisch nicht sinnvoll, Leistungsgruppen mit Mindestvorhaltezahlen zu belegen, nachdem diese voraussichtlich bereits den Krankenhäusern im Rahmen der angelaufenen Krankenhausplanungen zugeteilt worden sind. Ein Krankenhaus, das nach derzeitiger Rechtslage eine Leistungsgruppe beantragt und per Bescheid erhält, würde bei der Vorhaltevergütung ohne Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nicht berücksichtigt.

Vorhaltevergütung

Leider beweist das BMG zu wenig Mut bei der notwendigen Anpassung der Finanzierungssystematik. Solange die Vorhaltevergütung weiterhin fallzahlabhängig ist, bleibt sie in ihrer Konstruktion fehlerhaft.

Ziel der Krankenhausreform war es, sich von der rein ökonomischen Logik der Fallpauschalen zu lösen und eine bedarfsorientierte Finanzierung zu schaffen. Dieses Ziel hat der Marburger Bund immer ausdrücklich begrüßt. Es kann aber mit der jetzigen Planung der Vorhaltevergütung nicht nur nicht erreicht werden, sondern es entsteht durch die Komplexität eine erhebliche zusätzliche Dokumentationslast. Die vorgesehene Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 und ihre volle Wirksamkeit ab 2030 schaffen aber zumindest zeitlichen Spielraum. Der erste Evaluationsbericht der Spitzenverbände zur Krankenhausreform soll dem BMG nunmehr schon am 31. Juli 2027 und nicht erst am 31. Dezember 2028 vorgelegt werden. Das soll eine frühere Bewertung der Leistungsgruppen vor Einführung der Vorhaltevergütung ermöglichen.

Dieser Zeitraum sowie Erkenntnisse aus dem ersten Evaluationsbericht müssen für die Behebung sich abzeichnender Fehlentwicklungen und zu einer Neuaufstellung der Vorhaltefinanzierung genutzt werden.

Ein entsprechender Auftrag sollte aus Sicht des Marburger Bund bereits in diesem Gesetz verankert werden.

Weiterbildung

Völlig unzureichend ist die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt. Schon jetzt geraten viele Weiterbildungsstellen unter Druck, weil Krankenhausstandorte geschlossen, Leistungen konzentriert und Träger fusioniert werden. Damit droht nicht nur ein Verlust an Qualifikationsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte, sondern auch ein struktureller Rückgang der Weiterbildungskapazitäten insgesamt. Hier müssen Bund und Länder aktiv gegensteuern, sonst werden langfristig nicht nur Fachkräfte fehlen, es wird auch die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus spürbar sinken.

Wir fordern deshalb eine verbindliche gesetzliche Regelung zur Sicherung und zum Ausbau von regionalen, durch die Ärztekammern zertifizierter Weiterbildungsverbünde. Diese müssen so ausgestattet sein, dass sie auch unter veränderten Rahmenbedingungen eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt ohne unnötige zeitliche Verzögerungen gewährleisten können.

Das Gesetz ermöglicht Kooperationen und Verbünde im Rahmen der Leistungsgruppenkriterien. Es ist somit nur konsequent auch Rotation zum Zwecke der Weiterbildung innerhalb solcher Kooperationen zu ermöglichen. Ein sinnvoller Ablauf muss zwischen den Kooperationspartnern geregelt werden können, ohne dass eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Dies könnte zum Beispiel durch entsprechende Anpassungen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz erfolgen.

Hybrid-DRG

Die Einführung von Leistungsgruppen ist ein richtiger Schritt zur Bündelung medizinischer Kompetenz an qualifizierten Standorten. Wenn nun aber identische Leistungen über Hybrid-DRGs außerhalb dieser Strukturen ohne vergleichbare Qualitätsanforderungen erbracht werden dürfen, wird die Systemlogik unterlaufen und die Steuerungsfähigkeit der Länder infrage gestellt.

Fälle, die im Zuge der Ambulantisierung über AOP oder Hybrid-DRG abzurechnen sind, schmälern zudem zukünftig die Zahl der vollstationären Fälle und somit die Vorhaltevergütung. Hier bedarf es aus unserer Sicht dringend einer sachgerechten Synchronisierung.

In welchem Rahmen eine Operation bzw. Intervention bei einem individuellen Patienten durchgeführt wird, muss im Ermessen der verantwortlichen Ärztin, des verantwortlichen Arztes bleiben.

Bürokratieabbau

Enttäuschend ist, dass nicht abzusehen ist, wie der zunehmende bürokratische Aufwand wenigstens eingedämmt werden soll. Bereits heute belasten Dokumentationspflichten und Berichtsvorgaben den Krankenhausalltag erheblich. Die Einführung eines weiteren, parallelen Finanzierungssystems zu den bestehenden Fallpauschalen verschärft diese Situation.

Wir verweisen auf unsere umfangreichen Vorschläge zum Bürokratieabbau wie auch auf unser Thesenpapier vom 23. Mai 2025 „Krankenhausreform weiterentwickeln, Vorhaltevergütung überarbeiten, Bürokratie reduzieren“:

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-05/230525%20-%20PM%20Thesenpapier%20Krankenhausreform_final_0_0.pdf

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-08/Entbu%CC%88rokratisierung_MB_Positionen_und_Vorschl%C3%A4ge_final_18092023.pdf

Krisenresilienz

Im Rahmen der Krankenhausreform muss zwingend die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt und der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei Krisen jetzt durch die Länder mitgeplant werden. Kapazitäten die im Rahmen der Krankenhausreform abgebaut werden, sind in Krisensituationen kaum reaktivierbar.

Zusätzlich braucht es gesetzliche Vorgaben, im Bereich der Cybersicherheit, und Energieversorgung damit Krankenhäuser auch in Krisensituationen verlässlich arbeiten können. Krankenhäuser sind grundsätzlich der kritischen Infrastruktur zuzurechnen.

Klimaschutz im Krankenhaus muss beispielsweise durch Mittel des Sondervermögens gefördert und insbesondere der Hitzeschutz zügig ausgebaut werden.

B. MB-Stellungnahme zu einzelnen Regelungen KHAG

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	-Sinnvoller und bürokratieentlastend wäre es, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschalten. Dies würde auch zum Bürokratieabbau beitragen. -Zumindest sollte auf den Ausweis von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas verzichtet werden. Die meisten Leistungsgruppen sind medizinisch nicht homogen und eignen sich daher schlecht als Orientierung für Nutzerinnen und Nutzer. Zu § 135d Abs. 4: Eine gesetzliche Neudefinition „Fachkrankenhaus“ ist zügig erforderlich. Die systematische Zuordnung der Definition sollte anstelle im Bundes-Klinik-Atlas in § 135e SGB V erfolgen. Siehe unter „A. Grundsätzliche Anmerkungen“
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO	-Die Fristvorgabe 31.03.2025 wird gestrichen. Eine neue Frist gibt es nicht für eine Rechtsverordnung. Es gibt auch keine Fristen für die Vorlage von Empfehlungen des LG-Ausschusses. Völlig unklar bleibt insoweit, wie lange die neue Anlage 1 nun Geltung haben soll. Denn § 135e Abs. 4 Satz 1 bleibt unverändert „bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1...“ Hier bedarf es insbesondere aus Gründen der Planungssicherheit zwingend einer gesetzlichen Klarstellung.

		– 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)	Anpassungen zu § 135e Abs. 4 SGB V werden begrüßt.
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	MB plädiert weiterhin für Streichung von MVHZ. Siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Der beabsichtigte Auftrag an den G-BA wird begrüßt
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Wird begrüßt

8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Wird begrüßt
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens	Die inhaltliche Anpassung der Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ an das KHAG ist erforderlich.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Wird begrüßt; siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“
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	Wird begrüßt, da ansonsten doppelte Prüfung der Erfüllung PpUGV.

		- LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie	-Die beabsichtigte Reduktion von 10 auf 8 Stunden wird grds. begrüßt. Unklar ist allerdings, ob die 8 Stunden einen Präsenzdienst an Wochenenden und Feiertagen erfordern würde, die personell nicht leistbar wäre. Eine Gewährleistung in Rufbereitschaft an Wochenenden und Feiertagen ist sinnvoller. -Die weiterhin bestehenden Ausnahme von der Anrechenbarkeit der Fachärztinnen/Fachärzte auf andere LG erachten wir gerade mit Blick auf die Grundversorger weder für sinnvoll noch für personell umsetzbar. -Darüber hinaus ist eine begriffliche Klarstellung „Basislabor“ erforderlich.
		- 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	Zu LG 14: -Die weiterhin bestehenden Ausnahme von der Anrechenbarkeit der Fachärztinnen/Fachärzte auf andere LG erachten wir gerade mit Blick auf die Grundversorger weder für sinnvoll noch für personell umsetzbar. -Darüber ist eine begriffliche Klarstellung „Basislabor“ erforderlich
		- 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 - 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 27: begriffliche Klarstellung „Basislabor“ erforderlich
--	--	---	---

		- 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	LG 64 Intensivmedizin: Begriffsdefinitionen erforderlich: „Notfall-Labor“; „PoC-Labor- Analytik“
			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	-Ausnahmeregelungen § 6a Abs. 4 KHG: siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“

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	Änderungen zur Finanzierung und Antragsvoraussetzungen Transformationsfonds werden begrüßt.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Vorhaltevergütung: Siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“
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	
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	-Auftrag G-BA in § 136c Abs. 2 NEU SGB V: Änderungen werden begrüßt. Gleichwohl weist der MB auf seine im Rahmen des KHVVG geäußerten grds. Kritik an der fehlenden Evidenz der Prozentzahl hin. siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“
			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 • 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	
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	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	wird begrüßt
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	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung S-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Siehe „A. Grundsätzliche Anmerkungen“