

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

Datum: 21.08.2025

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	Es wäre besser, die Auswahl dem Planungsgeber Land zu überlassen. Der Umweg über einen Versorgungsvertrag ist nicht notwendig.
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	Besser wäre eine komplette Streichung Abs. 3. Das würde auch Bürokratie vermeiden.
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)	Diese Streichung ist sinnvoll.

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	Es wäre sinnvoller, Par. 40 KHG zeitlich zu befristen und nicht im Grunde jährlich immer fortzusetzen.
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 Verfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
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 - 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	Positiv: Anpassung der Anzahl der Leistungsgruppen an die Zahl in NRW. Wegfall der Vorgaben für die Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium Anpassung der Anrechnungszeiten für Ärztinnen und Ärzte Negativ: Zuweisung der LG in der Krankenhausplanung ohne Anpassung der Standortproblematik mit der Folge, dass bestimmte Leistungen auch über größere als die vorgesehenen Distanzen von Klinikstandorten erbracht werden können. Das widerspricht vielfach der Tatsache, dass die Distanzen größer sind. So müssen ggf. zusätzliche Strukturen aufgebaut werden oder die Leistungen können nicht mehr erbracht werden. Auch eine Regelung zur Telemedizin fehlt dabei.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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)	Grenzwert auf 5.000 Meter zw. zwei Standorten festlegen
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	Hier ist darauf zu verweisen, dass es mit den Leistungsgruppen und den damit verbundenen Qualitätsvorgaben sowie den Anforderungen des G-BA an die Qualitätssicherung zwei parallele Qualitätssysteme in den Krankenhäusern geben wird, die miteinander abgeglichen werden müssen.

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	Die Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 in Höhe von 25 Mrd. Euro durch den Bund zur Entlastung der GKV und damit zur Stabilisierung der Beiträge entlastet auch die Krankenhäuser als Arbeitgeber. Das wird begrüßt. Gleichzeitig wird so ein erheblicher ordnungspolitischer Fehler behoben. Der Wegfall der Antragsfristen sowie die Vorlage einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zum Fehlen von Insolvenzgründen wird ebenfalls begrüßt. Die vorgesehene Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Fonds sollte jedoch beibehalten werden.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Kritisch sieht der VKD die vorgesehene Verschiebung der Vorhaltefinanzierung. Das Konstrukt sollte insgesamt ausgesetzt werden, bis ein tatsächlich alltagstaugliches System konzipiert wurde. Wie nun vorgesehen wird ein untaugliches und auch höchst bürokratisches Finanzierungssystem verlängert, das in drei Jahren aus Praxissicht dann dennoch korrigiert werden muss. Gleichzeitig werden nun zahlreiche Anpassungen aufgrund der Verschiebung der Vorhaltevergütung notwendig, die sonst nicht nötig wären.
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	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	- Der Fixkostendegressionsabschlag sollte ab 2026 komplett entfallen, da er die frühzeitige Verschiebung von LG/Fällen zwischen verschiedenen Trägern/im Verbund erschwert bzw. bestraft. Bereits heute führen Leistungsverlagerungen zwischen Standorten dazu, dass FDA zu bezahlen ist, obwohl die Lstg zweier Standorte in Summe gleichbleibt. Das Minimum wäre eine Eingrenzung des FDA für die Fälle, wo eine Leistungsverlagerung nachgewiesen wird.
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	- Das gesamte Thema Vorhaltefinanzierung ist weiterhin sehr kritisch zu betrachten. Dieses Instrument wird ohne Prüfung weiter vorangetrieben, ohne dass es eine konkrete Auswirkungsanalyse gibt. Weiterhin sollte gefordert werden, dass die Vorhaltefinanzierung eine „echte“ fallzahlunabhängige Finanzierung darstellt, die an den realen Vorhaltekosten orientiert ist.
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		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	- Die Notfallzuschläge sollten bereits frühzeitiger angehoben werden, da die Unterfinanzierung der Notfallversorgung in ausreichend Studien nachgewiesen wurde. - Die Festschreibung der Notfallzuschläge ohne zukünftige Anpassung ist bedauerlich und sollte vermieden werden.
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	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			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	Die neue Regelung zur Antragsfrist wird begrüßt.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die Beteiligung der PKV am Transformationsfonds sollte beibehalten werden.
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.	Die ursprüngliche Kann-Regelung in eine Soll-Regelung der Rückforderungsvorschrift muss angesichts der praktischen Umsetzungsprozesse beibehalten werden.
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)	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Hybrid-DRGs: Im Entwurf des KHAG erfolgen keine Änderungen bei den Hybrid-DRGs, obwohl deren massive Ausweitung ab 2026 sowie die angedachte Erlösanpassung an die AOPs bis 2030 massive Verwerfungen im System zur Folge haben werden. Die Auswirkung des deutlichen Anstiegs an die Vorhaltefinanzierung ist unklar ebenso das Erfordernis der Einhaltung von Qualitätskriterien der LG. Ferner gibt es weiterhin eine Ungleichbehandlung zum ambulanten Bereich. Bei gleichen Erlösen sind die Vorhaltekosten im Krankenhaus deutlich höher als in einer ambulanten Arztpraxis. Ferner werden aufwändige und komplexe Patienten weiterhin eher im Krankenhaus behandelt, so dass auch bei den Hybrid-DRGs eine Selektion wie bisher bei den AOPs erfolgt. Eingriffe/Behandlungen mit wenig Sachaufwand und bei geringer Morbidität der Patienten werden in den Praxen erbracht und das restliche Patientengut an die KH abgegeben. Der VKD baut darauf, dass die den Krankenhäusern zugesagten vier Mrd. Euro Sofort-Transformationskosten, die im Referentenentwurf zum KHAG keine Erwähnung finden, in das Haushaltsbegleitgesetz aufgenommen werden. Gleichzeitig muss darauf verwiesen werden, dass neben dieser

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			wichtigen Einmalzahlung die jahrelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser behoben wird.