



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Berlin, 20. August 2025

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamteinschätzung

Die Krankenhausversorgung ist elementar für die Menschen. Hohe Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit und verlässliche Perspektiven sind entscheidende Kriterien für die Bevölkerung und die Beschäftigten, wenn es um die Zukunft der Krankenhäuser geht. Die Krankenhausreform muss damit leisten, was über Jahre versäumt wurde. Doch damit die Transformation gelingt, sind Nachbesserungen am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) notwendig. Die andauernde Überbelastung des Krankenhauspersonals, das bisher zu wenig Zeit für gute Pflege und Versorgung hat, muss abgestellt werden. Sollen in Zukunft genug Fachkräfte für die Arbeit in den Krankenhäusern gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Arbeitsbedingungen an den Standorten.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt daher die Zielsetzung, die mit dem Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) verbunden ist. Besonders die sachgerechte, hälftige Finanzierung des Transformationsfonds aus Bundesmitteln ist eine dringend erforderliche und überfällige Korrektur. Damit wird verhindert, dass die Investitionskosten der Reform den gesetzlich Krankenversicherten aufgebürdet worden wären, während Privatversicherte verschont worden wären.

Unzureichend bleiben die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung. Zwar gibt eine Fristverlängerung den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten zur Vorbereitung und Umsetzung. Jedoch bleibt es bei der leistungsabhängigen Ausrichtung des Instruments. Fehlanreize mit negativen Folgen für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und für die Patientenversorgung bleiben bestehen, gleichzeitig steigt die Komplexität und Intransparenz der Krankenhausfinanzierung. Die sogenannte Vorhaltefinanzierung muss deshalb weiterentwickelt werden mit dem Ziel, die echten Vorhaltekosten, mindestens die Personalkosten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen erforderlich sind, vollständig zu refinanzieren.

Die Menschen müssen sich auf eine qualitativ hochwertige Versorgung verlassen können, unabhängig davon, ob sie im Norden oder Süden, in einer Ballungsregion oder auf dem Land leben. Deshalb muss es einen bundeseinheitlichen Rahmen geben, wenn Länder an einzelne Standorte Leistungsgruppen vergeben, obwohl Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Um eine hochwertige Versorgung im Krankenhaus zu sichern, sind Qualitätsvorgaben gut und richtig. Klar ist allerdings: Die Versorgungsqualität hängt entscheidend davon ab, ob genug qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Deshalb muss die Einhaltung bedarfsgerechter Personalvorgaben als Qualitätskriterium über den ärztlichen Bereich hinaus gelten. Die vollständige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) als Qualitätskriterium wird durch ver.di scharf kritisiert und abgelehnt. Auch wenn die PPUGV nicht den Pflegebedarf der Patient*innen erfasst, ist sie bisher das einzige Qualitätskriterium,

was auf die Versorgungsqualität und Personalausstattung außerhalb des ärztlichen Bereichs abstellt. ver.di fordert die Wiederaufnahme der entsprechenden Regelungen und Erweiterung um weitere Personalbemessungsinstrumente wie die PPR 2.0 und die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie (PPP-RL) für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik.

Es fehlen bisher Szenario-Berechnungen, die potenzielle qualitative und quantitative Wirkungseffekte unter Berücksichtigung von Mobilitätsannahmen für die Krankenhausbeschäftigten valide abschätzen. Bei der geplanten Konzentration von Leistungen kann schließlich nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass das erforderliche Personal der Planung folgt. Partizipative Prozesse, die eine frühzeitige und umfassende Beteiligung aller betroffenen Beschäftigtengruppen bei Transformation in den Versorgungsregionen mit Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen vorsehen, sind unabdingbar. Dabei ist zu bedenken, dass Krankenhäuser multiprofessionelle Versorgungseinrichtungen sind. Nicht nur die Gruppe der Pflegekräfte, auch weitere Berufsgruppen sind vom Fachkräftemangel betroffen.

Die Krankenhausreform wird nur dann gut gelingen, wenn Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen umfassend in die Veränderungsprozesse einbezogen werden. Als größte und maßgebliche Gewerkschaft für Beschäftigte in den Krankenhäusern steht es außer Frage, dass ver.di eingebunden werden muss. ver.di ist die Organisation, in der sich mit Abstand die meisten Pflegepersonen freiwillig organisieren und die gemäß ihrer Satzung neben der Tarifpolitik und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen auch die berufliche Interessenvertretung ihrer Mitglieder übernimmt. Als maßgebliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigten ist eine Beteiligung von ver.di als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied im Leistungsgruppenausschuss vorzusehen.

Die Reform der stationären Krankenversorgung steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der besseren Vernetzung der Leistungserbringer in der Notfallversorgung sowie der Bildung integrierter Notfallzentren als gemeinsame Notfalleinrichtung aus Krankenhäusern und KV-Notdienstpraxen. Für dringend notwendige Strukturveränderungen ist deshalb ein Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes kurzfristig erforderlich.

Die Stellungnahme beschränkt sich auf die aus Gewerkschaftssicht besonders relevanten Punkte.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Datum: 15. 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	Die Krankenhausreform muss das Ziel haben, die Versorgung der Patient*innen qualitativ zu verbessern. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Personalausstattung, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Die deutliche Aufweichung der Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag ist kritisch zu bewerten. Qualitätskriterien als zentrale Voraussetzung einer leitliniengerechten Behandlung und Versorgung müssen auch im

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Falle des Abschlusses eines Versorgungsvertrages das Ziel darstellen, dessen Einhaltung zu erreichen ist. ver.di fordert daher, § 109 Abs. 3a S. 4, 5 zu ergänzen: „Versorgungsverträge, die auf Grundlage von Ausnahmegenehmigungen abgeschlossen werden, sind nach Ablauf einer zu vereinbarenden Frist auf die Erreichung von Qualitätskriterien hin zu überprüfen.“
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) – Streichung eines Verweises (entfallen)	Die finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss erscheint grundsätzlich sinnvoll. Um bei der Entwicklung der Leistungsgruppen die Expertise der Krankenhausbeschäftigten zu ermöglichen und zu berücksichtigen, ist deren angemessene Mitwirkung und Repräsentation erforderlich. Als größte und maßgebliche Interessenvertretung für Beschäftigte in den Krankenhäusern ist eine Beteiligung von ver.di als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied im Ausschuss vorzusehen. ver.di schlägt daher folgende Neufassung des § 135e Abs. 3 Satz 6 SGB V vor: „Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausgesellschaft, der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits.“
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	Grundsätzlich ist die die Ausweitung der Mindestreserve und Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve sinnvoll, um unvorhergesehene Belastungen im Gesundheitsfonds angemessen abzusichern. Jedoch ist für eine nachhaltige Absicherung der Finanzierung der GKV und Stabilisierung der Beitragssätze kurzfristig weitergehende Lösungen erforderlich. Dazu sind die Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds regelhaft zu dynamisieren und versicherungsfremde Leistungen vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren. Insbesondere die vollumfängliche Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfänger*innen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht länger den GKV-Versicherten angelastet werden. Für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel als Bestandteile des Grundbedarfs ist ein einheitlicher reduzierter Mehrwertsteuersatz zu realisieren – analog zu Regelungen in vielen anderen EU-Ländern. Ebenso müssen entgrenzte Renditeziele von

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Arzneimittelherstellern durch eine wirksame Überarbeitung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes reglementiert werden, indem etwa die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln bereits ab dem Tag ihrer Markteinführung begrenzt wird.
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	ver.di fordert die Beibehaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen. Daher ist Satz 8 in § 275a Abs. 1 zu belassen.
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	Das Vorziehen der erstmaligen Evaluierung des KHVVG vom 31.12.2028 auf den 31.07.2027 bietet vor Einführung der Vorhaltefinanzierung die Option, insbesondere bei der Ausgestaltung der sogenannten Vorhaltefinanzierung umzusteuern auf eine fallzahlunabhängige Vergütung der notwendigen Vorhaltung.
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	Die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung und Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen wird von ver.di strikt abgelehnt. Die Reform verfolgt das Ziel, die Versorgungsqualität für Patient*innen in den Krankenhäusern zu verbessern. Diese macht sich jedoch nicht nur an medizinischer Versorgungsqualität fest, in dem die personelle Ausstattung im ärztlichen Bereich verwiesen wird. Vielmehr tragen alle Berufsgruppen im Krankenhaus zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Auch wenn die PpUGV nicht den notwendigen Bedarf an Pflegepersonen festlegt, stellt die Streichung einen Angriff auf die Notwendigkeit einer Personalbedarfsbemessung in Krankenhäusern dar. Die Nichteinhaltung der PpUGV als abso-

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	lut notwendige Personaluntergrenze wird in der Praxis lediglich mit Vergütungsabschlägen sanktioniert. Es ist zu beobachten, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Erwägungen Vergütungsabschläge in Kauf nehmen. Zu Lasten der Versorgungsqualität und auf Kosten der Arbeitsbedingungen des vorhandenen Pflegepersonals. Bei der Vergabe der Leistungsgruppen muss deshalb die Einhaltung der PpUGV Kriterium bleiben, damit die Krankenhäuser einen Vorteil haben, die die PpUGV positiv erfüllen. ver.di drängt daher auf die Beibehaltung der PpUGV als Qualitätskriterium in der Anlage 1. Bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sind sodann die auf den Versorgungsbedarf abzielenden Instrumente, wie die PPR 2.0, Impuls für den Bereich der Intensivmedizin und die Mindestvoraussetzungen der PPP-RL für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Perspektivisch sind Personalbemessungssysteme weiterer Berufsgruppen aufzunehmen. Die weiteren Anpassungen und Streichungen in der Anlage 1, insbesondere die Streichungen der vier Leistungsgruppen (Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin) werden unterstützt. Die Streichung ermöglicht eine eindeutigere Zuordnung vieler Diagnosen und Therapien.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 32 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Aus-stattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Aus-stattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Aus-stattung - LG 53 Anpassung der Erbringung ver-wandter LG sowie sachlicher und perso-neller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG und der personellen Ausstat-tung - LG 58 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	Die umfassende Option der Erweiterung von Ausnahmegenehmigungen für die Bundesländer ist zu kritisieren. Schließlich muss es um eine flächendeckend <u>qualitativ hochwertige Versorgung gehen, die mit der Krankenhausreform erreicht werden soll. Diese darf nicht vom Wohnort der Menschen abhängig sein. Deshalb ist mindestens ein bundeseinheitlicher Rahmen vorzugeben, der gewährleistet, dass die Bevölkerung sich flächendeckend auf eine qualitätsgesicherte Versorgung verlassen kann. Insbesondere müssen die personellen Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine bedarfsgerechte Patient*innenversorgung gewährleistet werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll zur Entwicklung von Empfehlungen an die Bundesländer beauftragt werden.</u>
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	ver.di begrüßt die Umsetzung der Zusage aus dem Koalitionsvertrag, die Kosten der Transformation sachgerecht hälftig aus Mitteln des Bundes zu finanzieren. Dagegen wird der Druck auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verschärft, wenn der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, bis zu 50 Prozent des Förderanteils aus den Be-

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	triebskosten finanzieren soll. Letztlich werden diese Mittel durch die Versicherten getragen und sind für die Versorgung einzusetzen. Es bleibt bei der Verantwortung der Länder, die Investitionskosten für die Krankenhäuser gem. § 4 KHG zu tragen. Wenn der Bund aufgrund der Bedeutung des Transformationsprojektes hierbei unterstützt, ist das zu begrüßen. Die gesetzlich Krankenversicherten dürfen auch über den Umweg des Trägeranteils nicht zur Finanzierung herangezogen werden. ver.di fordert daher, §12b Abs. 3 Nr.3 wie folgt anzupassen: „3. das jeweilige Land die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent aus eigenen Haushaltsmitteln trägt.“
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Die Fristverschiebungen der für die Evaluation vorgesehenen Zeiträume und Zeitpunkte zur Vorlage des Zwischen- und Abschlussberichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist sachgerecht, wenn auch die Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung verschoben wird. Inhaltlich ist die vorgesehene Evaluation der Krankenhausstrukturreform in Richtung Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht hinreichend, sondern muss um personal- und arbeitsrelevante Evaluationsdimensionen im Sinne einer Transformationsbegleitung erweitert werden.
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	Die Verschiebung der Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung bietet noch keine Lösung für die bisher dysfunktionale Ausgestaltung mit weiter vorhandenen Fehlanreizen aufgrund der Fallzahlabhängigkeit. Damit die Reform der Krankenhausvergütung praxistauglich ausgestaltet und dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität dienen soll, muss das Krankenhausreformenanpassungsgesetz deutlich nachgebessert und angereichert werden. ver.di fordert die Weiterentwicklung des Pflegebudgets hin zu einer

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	vollständigen Refinanzierung der Personalkosten, damit die unbestritten tatsächlich notwendige Vorhaltung für eine bedarfsgerechte Versorgung sachgerecht finanziert wird.
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)	Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebungen zur Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung ist sachgerecht.
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei	Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebungen zur Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung ist sachgerecht.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		• 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	Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebungen zur Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung ist sachgerecht.
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	Folgeänderung aufgrund der Fristverschiebungen zur Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung ist sachgerecht.
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	Aufgrund der an das Erfordernis eines sachgerechten Leistungsgruppen-Grouper gekoppelten Grundlage für die Zuordnung von Leistungsgruppen zu Krankenhäusern kommt dessen fehlerfreier Funktionalität eine hohe Bedeutung zu. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass der Grouper diesen Anforderungen gegenwärtig entspricht, woraus sich ein Risiko für erhebliche Fehlsteuerungen aufgrund falscher bzw. nicht bedarfsgerechter Leistungsgruppenzuordnungen ergibt. Der Einsatz des Grouper darf erst erfolgen, wenn erprobt und gesichert ist, dass sich hieraus für das Versorgungsgeschehen und für die Vorhaltebudgetfinanzierung der Krankenhäuser keine Fehlsteuerungen oder Verzerrungen ergeben.
			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
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Verweis auf vorangestellte Gesamteinschätzung