

**Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein
Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 110	Verweiskorrekturen	
3	§ 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 – Definition Fachkrankenhäuser	Die Anpassung des § 135d ist in weiten Teilen inhaltlich und sachlogisch korrekt. Die DKG fordert jedoch, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf). Die Änderungen im Hinblick auf die Definition des Levels F und dessen Zuweisung zu Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung geben den Ländern mehr Handlungsfreiheit und erlauben, bestehende und für die Versorgung relevante Fachkliniken zu erhalten. Auch ist es sachgerecht, Krankenhäuser dem Level F zuordnen zu können, wenn sie sich auf ein bestimmtes Leistungsspektrum (z. B. Spezielle Schmerztherapie) spezialisiert haben. Dies wird ausdrücklich begrüßt, nähere Ausführungen zur Thematik finden sich weiter unten in der Stellungnahme (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			In Abs. 4 letzter Satz wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Befugnis eingeräumt, bei der Zuordnung eines Krankenhauses zu einer Versorgungsstufe durch das InEK für dieses Krankenhaus eine Leistungsgruppe auf Vorschlag des InEK nicht zu berücksichtigen, weil es im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle aufweist. Diese Regelung wird abgelehnt, da hierdurch die Möglichkeit einer unmittelbaren Beeinflussung durch das BMG geschaffen wird. Zudem sei angemerkt, dass die DKG sowohl den Bundes-Klinik-Atlas als auch die Versorgungsstufen, wie an anderer Stelle ausführlich erläutert, ablehnt.
4	§ 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 zu § 135e SGB V erfolgten Änderungen sind überwiegend zu begrüßen. Entfallen ist die Ermächtigung des BMG im Rahmen der Rechtsverordnung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4, Regelungen mit Zustimmung des Bundesrates zur Zulässigkeit der Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zu treffen sowie festzulegen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in bestimmten Fällen ausgeschlossen ist. Entsprechende Regelungsinhalte werden an anderer Stelle aufgegriffen. Sie ermöglichen Krankenhäusern, ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden erfüllen zu können, sofern eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation im jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist, dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt, u. a. weil sie den Handlungsspielraum der Länder erweitert und sie eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Anbietern am gleichen Standort erlaubt. Wir verstehen die Regelung dahingehend, dass die Vorhaltung für die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungserbringung am Standort bedeutet, dass personelle und apparative Mindestvoraussetzungen am Standort für die jeweilige Versorgung grundsätzlich zur Verfügung stehen. Dies kann durch beschäftigtes Personal und eigene sachliche Ausstattung oder durch eine im geforderten Umfang am Standort verfügbare, zumeist auf Dauer angelegte Dienstleistung erfolgen, die die Patientensicherheit gleichermaßen gewährleistet. Dies wäre im Gesetzestext oder zumindest in der Begründung klarzustellen, ergänzt um den Hinweis, dass bei diagnostischen Leistungen der Standortbegriff als erfüllt gilt, wenn die physische Anwesenheit des Patienten am Standort verbleibt. Im Hinblick auf die in diesem Zusammenhang ebenfalls genannten Entfernungskilometer von 2.000 Metern Luftlinie wird auf die generelle Kritik der DKG zu § 2a KHG hingewiesen, wonach eine Anpassung dieser Grenze auf 5.000 Meter gefordert wird. Hervorzuheben ist die Klarstellung in Bezug auf die Fachkrankenhäuser, die es nunmehr ermöglicht, zu allen am Standort vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen und zur sachlichen Ausstattung Kooperationen eingehen zu können. Dies gilt gleichermaßen für die neuen Regelungen zu den Tages- beziehungsweise Nachtkliniken. Hier werden die Anforderungen an die Erfüllung der Qualitätskriterien durch die Beschränkung auf die jeweiligen Betriebszeiten zudem praxisnäher geregelt. Erweiterte Ausnahmemöglichkeiten von der Erfüllung der Qualitätskriterien für die Länder bedürfen einer differenzierten Betrachtung. So wurden in § 135e diesbezüglich gleich mehrere Regelungen angepasst. Dies gilt gleichermaßen für

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			dementsprechende Anforderungen in § 6a Abs. 4 KHG, so dass insgesamt ein sehr komplexes Regelwerk entstanden ist. Sind beispielsweise in einem Krankenhaus aufgrund von Spezialisierung bestimmte Leistungen/ Qualitätsanforderungen für die Versorgung eigener Patientinnen und Patienten überflüssig, ist nun sowohl nach § 135e SGB V als auch nach § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz die vorrangige Lösung in einer Kooperation zu suchen. Dies erfolgt unabhängig davon, ob das konkrete Qualitätskriterium vom Krankenhaus tatsächlich für die Versorgung seiner Patienten benötigt wird oder nicht. Rechte zur Abrechnung von Reisekosten für ehrenamtlich Tätige der Berufsorganisationen der Pflegeberufe und Teilnahmerechte von Vertretern der Patientenorganisationen im Leistungsgruppenausschuss (LGA) können sachlogisch nachvollzogen werden. Aufgaben der Geschäftsstelle des LGA werden zudem präzisiert. Trotz der positiven Anpassungen im KHAG sind weitere Probleme festzustellen, die ergänzende Änderungen erfordern. Diese werden unter dem weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf weiter unten ausgeführt.
5	§ 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	Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mindestvorhaltezahlen nicht nur für die nach Anlage 1 SGB V zugewiesenen Leistungsgruppen gelten, sondern auch für die Leistungsgruppen, die gemäß § 6a Abs. 1 Satz 8 Nummer 2 KHG als zugewiesen gelten. Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zugrunde gelegt wird. Die Regelung zu MVHZ ist vollständig zu streichen.
6	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Es ist unklar, inwiefern die Verweisänderung von § 136 Abs. 1 SGB V zu § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu Hebammenkreißsälen dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. In der Begründung zur Anpassung wird klargestellt, dass die Intention der Regelung ist, durch die G-BA-Richtlinie im Zusammenwirken mit der Förderung gemäß § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG gut etablierte Strukturen durch finanzielle Positivanreize zu fördern. Diese Klarstellung wird begrüßt. Es wäre folgerichtig, eine Festlegung von Mindestanforderungen und dem damit potentiell einhergehenden Vergütungswegfall in der Richtlinie ausdrücklich nicht vorzusehen, denn dies würde die Intention der Förderung unterlaufen und eine Inkonsistenz mit der in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG ergänzten Regelung zu von Beleghebammen geleiteten Kreißsälen erzeugen. Jedoch ergibt sich weder juristisch aus der vorgenommenen Verweisanpassung noch aus der Begründung eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen <i>muss</i>, oder nicht erfolgen <i>darf</i>. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich. Die im Zusammenhang mit § 136a Abs. 7 SGB V in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG aufgenommene Ergänzung, dass auch Krankenhäuser dann von der Förderung nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG profitieren können, wenn der Kreißsaal von einem

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhaus betrieben und von Beleghebamme geleitet wird, sofern eine dem Niveau der nach § 136a Abs. 7 SGB V festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechende Qualität der Versorgung sichergestellt wird, begrüßen wir. Sie ist sachgerecht, da Dienstbeleghebammensysteme weit verbreitet sind und das Beschäftigungsverhältnis der leitenden Hebamme im Krankenhaus in keinem Zusammenhang mit der Qualität der geburtshilflichen Versorgung steht, der einen Ausschluss von der Förderung gerechtfertigt hätte. Eine Inkonsistenz zwischen den beiden Regelungen in § 136a Abs. 7 SGB V zu Kreißsälen, die von einer im Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden, und in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG zu Kreißsälen, die von einer Beleghebamme geleitet werden, könnte entstehen, da durch eine ergänzende Bezugnahme im Hebammenhilfevertrag oder durch einzelvertragliche Vereinbarungen der Krankenhäuser mit den Beleghebammen eine Einhaltung der in der G-BA-Richtlinie festgelegten Qualitätsanforderungen vereinbart werden kann. Eine gleichwertige Regelung einer Sanktionierung durch einen Vergütungswegfall bei Nichterfüllung erscheint jedoch kaum umsetzbar. Um die Gleichbehandlung der Krankenhäuser sicherzustellen, ist daher auch in der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 7 SGB V keine Sanktionierung festzulegen. Damit ergibt sich auch aus der insgesamt positiv zu bewertenden Ergänzung in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG die Notwendigkeit für die o. g. weiterführende Klarstellung zu § 136a Abs. 7 SGB V. Es sollte eindeutig klargestellt werden, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruchs für eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Die vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V ist zu streichen. Vgl. Stellungnahme zu § 40 KHG (Art. 2 Nr. 11 KHAG)
8	§ 137i	Umwandlung der Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen als Soll-Vorschrift	Die vorgesehene Umwandlung der bisherigen Vorschrift zur Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand des sog. Pflegelastkatalogs durch das InEK in eine SOLL-Vorschrift hat keinerlei Relevanz und ist eine rein kosmetische Korrektur aufgrund der aktuellen Rechtsprechung. Aus Sicht der Krankenhäuser ist vielmehr unverständlich, warum der Gesetzgeber weiterhin an den Pflegepersonaluntergrenzen festhält. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Aufgrund der politischen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege haben die Krankenhäuser ihren Personalbestand deutlich ausgebaut. Heute stehen pro PatientIn rund 30 % mehr Pflegekräfte für die Versorgung zur Verfügung als noch im Jahr 2019. Angesichts einer aktuellen Erfüllungsquote von 95 % verursachen die Pflegepersonaluntergrenzen vor allem zusätzlichen bürokratischen Aufwand – ohne noch erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität zu liefern. Zudem erfolgt durch die Einführung der PPR 2.0 zum 01.10.2024 eine Doppelerhebung für zwei unterschiedliche Personalvorgaben. Des Weiteren existiert mit dem Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V noch ein drittes Instrument. Die DKG fordert daher die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen. Zumindest müssen aber Krankenhäuser mit einem guten PPR 2.0-Erfüllungsgrad (mind. 80 %) von der Pflicht zur Dokumentation und Meldung der Pflegepersonaluntergrenzen ausgenommen werden.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
10	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
11	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.
12	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
13	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
14	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
15	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	Die Änderungen der Anlage 1 des KHAG sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen: • Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025 sowie ergänzende Vorschläge • Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen • Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen Die Änderungen werden ausdrücklich begrüßt. Sie dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Regelungen und fachlichen Anpassungen. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht dennoch weiterer Änderungsbedarf in der Anlage 1, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle bekannten Probleme aufgegriffen wurden. Allen voran bedarf die LG 27 Traumatologie mindestens einer umfassenden Überarbeitung, bevor sie eingesetzt werden kann. Sie ist in der gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Regelungen, die die zeitnahe Verwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Regelungen

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind, im Sinne der Entbürokratisierung und der Rechtsklarheit, stets zu vermeiden. Vor dem Hintergrund der Einführung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform sind die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung und damit auf die Fachkräftesicherung insgesamt zu berücksichtigen. So muss die Leistungsgruppensystematik auch mit der ärztlichen Weiterbildungsordnung kompatibel sein und die bisherigen Weiterbildungskapazitäten sind zu erhalten. Zudem ist bereits absehbar, dass durch die Strukturreform mehr Kooperationen und Rotationen zur Erfüllung der Pflichteinsätze notwendig werden. Daher sind auch für sozial- und arbeitsrechtliche Fragestellungen zwingend pragmatische, bürokratiearme Rahmenbedingungen notwendig. Die weiteren Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden leistungsgruppenspezifisch unter dem weiteren gesetzlichen Änderungsbedarf sowie in Anlage 2 der Stellungnahme angeführt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung – LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr.	Vorschrift	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)	Die redaktionelle Korrektur dient der Klarstellung des Bezuges von § 2a Abs. 4 Satz 2 KHG und wird daher begrüßt. Die gesetzliche Festlegung in § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG, dass Gebäude eines Krankenhauses sich vollständig innerhalb einer Flächengrenze von 2.000 Metern voneinander befinden müssen, um einem Krankenhausstandort zugeordnet zu werden, bleibt jedoch inadäquat und als grundlegende Definition von Krankenhausstandorten ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, indem er beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert. Die Krankenhäuser fordern, die Empfehlung der Regierungskommission (Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 14, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Abs. 1 S. 2 KHG auf 5.000 Meter festzulegen. Änderungsvorschlag

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			§ 2a Abs. 1 Satz 2 KHG wird wie folgt geändert: „Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2.000 <u>5.000</u> Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“
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 klargestellt, dass auch Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen. Eine Übergangsregel insbesondere für die Krankenhäuser in NRW wird eingeführt. Bezüglich der Anpassung der Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien und die Eröffnung erweiterter Kooperationsmöglichkeiten ist Folgendes zu bedenken: Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist. Dieses Ziel wird teilweise durch die Anpassungen erreicht und ist durchaus zu begrüßen. Abzulehnen ist jedoch das nunmehr vorgesehene Einvernehmen zwischen den zuständigen Landesbehörden mit den Landesverbänden der Krankenkassen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe, wenn Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe durch einen Krankenhausstandort nicht erfüllt werden. Mit dieser Regelung kann es zur regelrechten Blockade des Erhalts bestehender oder der Planung neuer Standorte zur Sicherstellung der Versorgung kommen. Dies kann nicht nur zu

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			kostspieligen Fehlentwicklungen führen, sondern auch Krankenhausmitarbeitende einem gefährlichen Kräfteressen vor Ort ausliefern. Mit dem KHAG werden Anpassungen vorgenommen, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben und Fahrzeitminutenregelungen positiv hervorzuheben. Gleichzeitig dürfen bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7, Satz 2 bis 4 SGB V erfüllt werden können. Ob, wie und durch wen dies festgestellt werden soll, bleibt nunmehr offen. Überdies wurde die Verknüpfung der Sicherstellung der Versorgung i. V. m. der Zuweisung einer Leistungsgruppe bei unerfülltem Qualitätskriterium mit der Regelung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sachlogisch aufgehoben. Auch wurden neue Tatbestände für ein Abweichen von den Qualitätskriterien aufgegriffen, die der Strukturanpassung in den Ländern dienen sollen, wie beispielsweise bei geplanter Einstellung des Betriebes eines jeweiligen Standortes oder bei einem geplanten Zusammenschluss von unterschiedlichen Krankenhausstandorten. Diese Regelung wird begrüßt. Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die ausnahmsweise Zuweisung einer Leistungsgruppe bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung im Einvernehmen zwischen den für die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen vorzunehmen und auf 3 Jahre zu befristen. Die vorgenommenen Änderungen sind zwar z. T. durchaus hilfreich. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherstellungsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Beispielsweise müssen die Landesbehörden die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen auch unbefristet zu erteilen. Änderungsvorschlag § 6a Abs. 4 wird wie folgt gefasst: <i>„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und</i> <i>1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist oder 3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist kann in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen unbefristet oder befristet erfolgen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 2 ebenfalls unbefristet zugewiesen werden. Mit der Im Fall einer befristeten Zuweisung ist das Krankenhaus in den in Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Fällen zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einvernehmens Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zuweisung und Meldung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zwingend verschoben werden müssen. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden (siehe auch Nr. 7).
4	§ 12a	Überführung nicht verwendeter Fördermittel zur Deckung der Verwaltung des Transformationsfonds sowie der für die Durchführung der Förderung erforderlichen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung	Es ist zu begrüßen, dass die Finanzierung der Verwaltung nicht zulasten der Fördermittel des Transformationsfonds erfolgt, sondern aus nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds aufgebracht wird.
5	§ 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	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung und in § 12b KHG auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden, da die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Anpassung der Finanzierungsanteile für den Transformationsfonds wird positiv bewertet. Es werden die in BR-Drs. 281/25 zugesagte 70/30-Aufteilung für die ersten vier Jahre und damit eine Erhöhung des Bundesanteils auf 3,5 Mrd. € pro Jahr umgesetzt. Die Erweiterung der Einbeziehung von Hochschulkliniken in weiteren Fördertatbeständen des Transformationsfonds ist zu begrüßen Gesetzliche Anpassungsbedarfe

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen im Rahmen des Transformationsfonds (§ 12b KHG) ist zu streichen. Des Weiteren besteht die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in die bereits bestehenden Fördertatbestände des § 12b KHG sowie explizit in einen eigenen Fördertatbestand aufzunehmen. Hinsichtlich einer weiteren Erweiterung der Fördertatbestände wird auf die Stellungnahme und das Positionspapier der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zum Änderungsbedarf am Transformationsfonds im Rahmen des KHAG hingewiesen. Die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft darf zudem nicht ausschließlich den Neubau fördern. Ebenso entscheidend ist der Erhalt funktionierender und versorgungsrelevanter Strukturen. Daraus ergeben sich die folgenden gesetzlichen Anpassungsbedarfe: § 12b Abs. 1 Satz 4 ist um die folgende Nummer 9 zu ergänzen: <i>„9. Vorhaben zur Umstrukturierung von Krankenhausstandorten im Rahmen der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) und des Ausbaus von Hybrid-Leistungen.“</i> § 12b Abs. 1 Satz 6 ist zu streichen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 13	Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	Angesichts der wegfallenden Mittelherkunft aus GKV-Beiträgen ist das weiterhin im Gesetzentwurf enthaltene <i>anzustrebende Einvernehmen</i> mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht sachgerecht und damit zu streichen. Gesetzlicher Anpassungsbedarf: In § 13 wird Satz 3 ersatzlos gestrichen: „Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.“
7	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Als Folgeänderung nachvollziehbar.
8	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Prospektive Absenkung der Vorhaltevergütung auf Landesebene um Hybrid-DRG – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Diese Form einer Vorhaltefinanzierung ist sofort auszusetzen. Nunmehr soll die Vorhaltevergütung bereits im Vorgriff um den Vorhalteanteil der Hybrid-DRG abgesenkt werden. Die Berechnung der Landesvorhaltevolumina basiert auf den Daten des Vor-Vorjahres, sodass die Vorhaltevergütung auf der Landesebene kontinuierlich sinken wird. Die „freiwillige Information über die Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027“ ist an die Voraussetzung geknüpft, dass ein Land die erforderlichen Informationen an das InEK übermittelt hat. Somit ist in den meisten Ländern erst kurz vor der Zuweisung der Leistungsgruppen Transparenz über die Verteilung der

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Vorhaltevolumina zu erwarten und es können vor der Scharfschaltung kaum Erfahrungen mit der Berechnungsmethodik gesammelt werden.
9	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden.
10	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung Ergänzung, dass Krankenhäuser auch dann von der Förderung für Hebammenkreißsäle profitieren können, wenn dieser von einer Beleghebamme geleitet wird.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel für die Stroke Unit, die Spezielle Traumatologie und die Intensivmedizin zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden. Positiv ist, dass die Förderbeträge für die Pädiatrie und Geburtshilfe gemäß § 5 Abs. 2b und Abs. 3k bis zum Jahr 2027 verlängert wurden. Die Ergänzung bezüglich der Förderung für Hebammenkreißsäle wird begrüßt. Es ergibt sich jedoch möglicherweise eine Inkonsistenz zwischen der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 und möglichen entsprechenden Regelungen für Beleghebammen. Näheres dazu unter Artikel 1 Nr. 6.
11	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Dem Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung wird grundsätzlich zugestimmt. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten-

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist, ändern nichts am Grundproblem: Die Regelung steht in Konflikt mit der Zuteilung der Leistungsgruppen. Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 % bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Auswirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt. Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres (neu: 2027 anstatt 2025) gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Die Krankenhäuser fordern daher eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. ersatzlose Streichung des § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V wird abgelehnt.
Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes			
1	Inhalt- übersicht/ § 10	Ergänzung der Inhaltsübersicht um § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung	
2	§ 1	Ausnahmeregelung in Absatz 4 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden	
3	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	Die DKG unterstützt nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen.
4	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Zum Erlösbudget siehe Nr. 3 Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) behindert schon jetzt massiv die erwünschten und bereits anlaufenden Konzentrationsprozesse und steht den Zielen der Krankenhausreform entgegen. Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages darf daher nicht um ein weiteres Jahr verschoben, sondern muss bereits für 2026 umgesetzt werden. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet. Darüber hinaus halten wir es für geboten, sofern der FDA nicht ab dem Jahr 2026 vollständig abgeschafft wird, zumindest die Leistungen für Kinder und Jugendliche dauerhaft von der Anwendung des FDA auszunehmen, um die Förderung dieser Leistungen gemäß § 5 Abs. 3k KHEntgG nicht zu konterkarieren.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 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	Die weitere Verlängerung der „alten“ Zuschläge um ein Jahr ist bei einer Verschiebung der „neuen“ Ausgestaltung der Zuschläge nach KHVVG zwingend erforderlich und zu begrüßen.
6	§ 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	Siehe Nr. 3
7	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Siehe Nr. 3
8	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der	Siehe Nr. 3

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten – Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen	Besondere Einrichtungen haben die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf zugeschnitten, die DRG-Vergütung zu verringern und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine sog. Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht sachgerecht. Gesetzlicher Änderungsbedarf § 8 Abs. 4 Satz 4 ist wie folgt zu ändern: <i>„Ab dem 1. Januar 2028 dürfen, soweit Leistungen betroffen sind, die nach Fallpauschalen vergütet werden, Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde;“</i>
9	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Erhöhung der Notfallzuschläge zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung müssen lediglich – wie vorgesehen – die aktuellen Beträge erhöht werden.
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der	Die Umstellung auf das vorangegangene Kalenderjahr als Datengrundlage ersetzt die bisherige Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Dadurch entsteht jedoch eine inhaltliche Inkonsistenz, da die Veränderungsrate (VÄR) weiterhin auf Halbjahresbasis

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	(1. Halbjahr laufendes Jahr und 2. Halbjahr Vorjahr) ermittelt wird. Orientierungswert (OW) und VÄR beruhen somit künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW) infrage stellt. Ein erkennbarer Mehrwert dieser Neuregelung ist nicht gegeben. Im Gegenteil finden im Orientierungswert noch ältere Daten Anwendung. Somit ergibt sich aus Sicht der Finanzierungssystematik eine Verschlechterung, die abgelehnt wird. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zur Berücksichtigung der Veränderungsrate von umso größerer Bedeutung (Meistbegünstigungsregelung).
11	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschluss an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach § 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
12	§ 14		

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
13	§ 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	Positiv bewerten die Krankenhäuser, dass die Fördermittel des Transformationsfonds nicht mehr um die Aufwendungen des BAS gekürzt werden, sondern diese Verwaltungskosten künftig aus den nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds finanziert werden.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden. Die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung ist angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung nicht mehr zu rechtfertigen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Gesetzliche Änderung: § 4 Abs. 1: „Länder treffen gemäß § 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag nach Satz 1 oder Satz 2 gestellt werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“ Sowie Streichung des Nachweises in § 4 Abs. 2 Nr. 10: „10. den Nachweis darüber, dass mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen über die Förderung des Vorhabens und die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds herbeigeführt worden ist,“ Eine Förderfähigkeit für ambulante Versorgungsstrukturen und deren Investitionsanteile muss durch eine gesetzliche Regelung hergestellt werden. Die Kosten für ambulante Versorgungsstrukturen müssen im Rahmen des intendierten Ziels des KHVVG und des Ausbaus von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen gemäß § 6c Abs. 1 KHG sowie der angestrebten Ambulantisierung im Rahmen des § 115f SGB V förderungsfähig sein. Dies ist durch den aktuell geltenden Ausschluss ambulanter Versorgungsstrukturen nicht gegeben und bedarf daher einer Klarstellung in der KHTFV sowie in § 12b KHG.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die Streichung der Beteiligungsmöglichkeit der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds ist folgerichtig.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Siehe Nr. 4

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Abs. 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	Die verbindliche Rückforderungspflicht ist aus Sicht der Haushaltsdisziplin nachvollziehbar, da Bundesmittel aus einem Sondervermögen einer besonders strengen haushaltsrechtlichen Kontrolle unterliegen.
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Angesichts der direkten Bezüge zu Entwicklungen, wie der Umstellung auf ein Leistungsgruppensystem, dem Erlass von Rechtsverordnungen (z. B. zu Mindestvorhaltezahlen) sowie weiteren noch im Gesetzgebungsprozess befindlichen Regelungsbereichen, ist dieser Zusatz nachvollziehbar. Dabei ist der bisherige Regelungstatbestand zu berücksichtigen: Vor dem Erlass einer Förderrichtlinie sind die Länder zu den vorgesehenen Regelungen anzuhören und es ist das Einvernehmen der Mehrheit der Länder erforderlich.
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	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung			
1	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Siehe Art. 3 Nr. 8 (§ 10 KHEntgG)
2	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschlag an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach Abs. 4 S. 5 wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
3	§ 14	Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung	
Art. 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch			

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 53d	Der Medizinische Dienst Bund kann in den in den Absätzen 2 und 3 genannten Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.	
Art. 8 Inkrafttreten			
Erfüllungsaufwand			

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
§ 11 Abs. 4 KHEntgG/ BPfIV und § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV	Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	Die DKG hat in einem gesonderten Schreiben an das BMG vom 05.08.2025 ausführlich auf den dringenden Anpassungsbedarf an den Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung hingewiesen. Dies betrifft insbesondere die starre Fristensetzung für die Übermittlung von Unterlagen in § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG/ BPfIV sowie den ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus in § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV. Erforderliche Anpassungen: 1a. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und soweit erforderlich den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 1b. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst:

		(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. 2. § 13 Absatz 3 KHEntgG wird aufgehoben. 3a. § 11 Absatz 4 BPfIV wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung und soweit erforderlich den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der
--	--	--

		Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 3b. § 11 Absatz 4 BPflV wird wie folgt neu gefasst (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde 1. die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung, 2. den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand
--	--	---

		deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. 4. § 13 Absatz 3 BPflV wird aufgehoben.
§ 115f Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 SGB V	Aussetzung der Leistungserweiterung und dringende hilfsweise Anpassungen des § 115f SGB V bis eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG umgesetzt wird: Harmonisierung der Fristen für die Ergebnisse der Evaluation mit der Überprüfung der Auswahl der Leistungen (Zwei-Jahres-Zeitraum).	Eine systematische Evaluation muss Grundlage jeder Weiterentwicklung sein. Die gesetzlich vorgegebene massive Ausweitung der Hybrid-Leistungen ist erfolgt, ohne dass die im Gesetz vorgesehene Evaluation nach § 115f Abs. 5 SGB V zur Kenntnis genommen werden kann. Der entsprechende Bericht soll gemäß der gesetzlichen Frist erstmals am 30.06.2026 vorgelegt werden. Angesichts der bisher noch völlig unklaren konkreten Auswirkungen der neu eingeführten Hybrid-Leistungen auf die Patientenversorgung ist die Ausweitung des Leistungskataloges aus dem Blickwinkel einer sicheren Patientenversorgung nicht zu verantworten. § 115f Abs. 2 Satz 1 – Änderung <i>Die Vertragsparteien nach Abs. 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich alle zwei Jahre zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlages mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen.</i> in Verbindung mit § 115f Abs. 5 – Ergänzung <i>„Die Weiterentwicklung des Hybrid-Leistungskataloges erfolgt frühestens nach Vorlage und Bewertung der ersten Evaluation. Bis dahin sind keine neuen Leistungsbereiche in das Vergütungssystem aufzunehmen.“</i>

§ 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V	Aussetzung der Fallzahlvorgaben	Die Festlegung von Zielgrößen für die Anzahl der über Hybrid-DRG zu vergütenden Behandlungsfälle ist bis zur Vorlage der gemäß Abs. 5 vorgesehenen Evaluation auszusetzen. Der dritte Halbsatz entfällt. Die Vorschrift, ab dem Jahr 2026 mindestens 1. Mio., ab dem Jahr 2028 mindestens 1,5 Mio. und ab dem Jahr 2030 mindestens 2 Mio. stationäre Fälle in die Hybrid-DRG zu verlagern, gefährdet massiv die Patientensicherheit, da die Ausweitung erfolgen soll, ohne vorher die im Gesetz festgelegte Evaluierung der Auswirkungen der ersten Phase abzuwarten. Ohne valide Datenlage sind quantitative Vorgaben verantwortungslos und führen zu Fehlanreizen und Strukturverzerrungen. § 115f Abs. 2 Satz 2 – Änderung <i>Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen hat ohne Berücksichtigung der Krankenhaussfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, zu erfolgen. ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.</i>
§ 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V	Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/AOP-Niveau	Die Angleichung der Vergütungshöhe an das Niveau der ambulanten Versorgung ist nicht Bestandteil der gesetzlichen Zielsetzung und entfällt. Eine normative Absenkung der Vergütung auf AOP-Niveau ist bei aufwendigen, komplexen Fällen, die weiterhin die Ressource Krankenhaus benötigen, nicht zu rechtfertigen. Zudem ist diese Vorgabe methodisch nicht sinnvoll umsetzbar, da Hybrid-DRG nicht zwangsläufig aus AOP-Leistungen abgeleitet werden und somit als Zielwert kein „AOP-Niveau“ festgestellt werden kann. § 115f Abs. 1 Satz 8 – Streichung

§ 115f Abs. 1 Sätze 7 & 9; Abs. 1a Sätze 1 & 3; Abs. 2 Sätze 1 & 3 SGB V	Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl bzw. Vergütung	Synchronisierung mit dem regulären DRG-Kalkulationszyklus ist erforderlich, um Systemstabilität zu gewährleisten. Der Zeitplan der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG muss auf Grund der unvermeidbaren Wechselwirkungen zwingend an die Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst werden. Dazu muss lediglich die Beauftragung der Institute InBA und InEK für die Erarbeitung von Vorschlägen für die Leistungsauswahl einschließlich Vergütung bis zum 30.04. eines jeden Jahres erfolgen. Die anschließende Kalkulation der Hybrid-DRG muss zeitgleich mit der DRG-Kalkulation erfolgen, so dass eine dreiseitige Vereinbarung für Hybrid-DRG (Leistungskatalog) einschließlich deren Vergütung bis zum 30.09. möglich ist. Somit wird die Rechtsgrundlage geschaffen, dass die Fristen in Analogie zum DRG-System gelten.
§ 115f Abs. 3 SGB V	Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen	Bezüglich der Qualitätssicherung wird die aktuelle Ausgestaltung des § 115f SGB V seitens GKV-Spitzenverband und KBV so interpretiert, dass die Regelungen des AOP-Vertrages und der Qualitätssicherung des vertragsärztlichen Bereiches auch für Leistungen gemäß § 115f SGB V Anwendung finden sollen. Dies wird den höheren Anforderungen für Leistungen, die bisher aus guten Gründen vollstationär erbracht worden sind, nicht gerecht. Es reicht nicht aus, nur auf den § 135 SGB V und somit ausschließlich auf die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich zu verweisen. Im Interesse der Patientensicherheit sollte klargestellt werden, dass die Qualitätsanforderungen der stationären Versorgung auch bei Hybrid-DRG als Leitgedanken zu nutzen sind. § 115f Abs. 3 (2. Halbsatz) – Streichung Darüber hinaus ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen, damit einheitliche Strukturanforderungen für alle Leistungserbringer der Hybrid-DRG gelten.

§ 115f Abs. 4 Satz 2 ff. SGB V/ § 89a Abs. 2 SGB V	Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V	Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen in § 115f Abs. 4 SGB V ist als Konfliktlösungsmechanismus für die Vertragsparteien eine Festsetzung der Vereinbarungen durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a Satz 2 SGB V geregelt. Dieses Schiedsgremium ist originär für die Beschlüsse zur EBM-Vergütung zuständig und hat daher wenig Verständnis für die Anforderungen an die DRG-Kalkulation und den stationären Teil der „Hybrid Versorgung“. Daher ist die Rechtsgrundlage für eine Konfliktlösung durch das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V erforderlich. § 115f Abs. 4 Satz 2 – Änderung <i>Kommt eine Beauftragung nach Abs. 1 Satz 7, Abs. 1a Satz 3, Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 9 oder Abs. 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Abs. 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Abs. 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Abs. 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. <u>entscheidet das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V.</u></i> in Verbindung mit einer Folgeänderung § 115f Abs. 4 Satz 3 ff – Streichung
§ 115f Abs. 1 SGB V	Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen	Eine sachgerechte Vergütung originärer Krankenhausleistungen ist ohne Zusatzvergütung nicht möglich. Durch die explizite Formulierung „eine Fallpauschale“ in § 115f SGB V wird die sachgerechte Vergütung von Sachmitteln verhindert. Insbesondere der GKV-Spitzenverband leitet daraus ab, dass

		ergänzende Vergütungselemente, wie im DRG-System bei Hybrid-DRG, rechtlich unzulässig sind. Daher ist eine Klarstellung erforderlich, dass neben einer Hybrid-Fallpauschale auch ergänzende Vergütungselemente genutzt werden können. In diesem Kontext sind für die Krankenhäuser auch Möglichkeiten zur Vor- und Nachbehandlung, die Erstbefüllung der ePA und die Abrechnung von Begleitpersonen zu regeln. § 115f Abs. 1 – Ergänzung <u>„Neben der Fallpauschale sind ergänzende Vergütungselemente insbesondere Zusatzentgelte, Sachkostenpauschalen sowie Zuschläge für Vor- und Nachbehandlung zulässig.“</u>
§ 39e SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ausweitung des möglichen Betreuungszeitraumes im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus für SÜV	Für die konkrete Versorgung vor Ort wird die pflegerische Betreuung häufig älterer Menschen eine besondere Relevanz haben. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V auf 30 Tage ausgeweitet werden. Änderungsvorschlag § 39e Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert: „Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege 1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für längstens 30 Tage oder 2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses für längstens zehn Tage, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.“

§ 115b SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	In § 115b SGB V müssen für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen verankert werden, die es Krankenhäusern ermöglichen, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Dies würde durch den Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Abs. 1 SGB V entsprechend auch für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.
§ 115g SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ergänzende Klarstellung, dass SÜV auch Hybrid-DRG-Leistungen erbringen können.	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Abs. 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen. Änderungsvorschlag § 115g Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt: „6. Leistungen nach § 115f (spezielle sektorengleiche Vergütung).“
§ 115h SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Einführung eines neuen § 115h SGB V, der eine medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ermöglicht.	Mit Wegfall des – im Referentenentwurf zum KHVVG noch vorgesehenen – § 115h SGB V wird die innovative Versorgungsform „medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ derzeit durch den Gesetzgeber nicht weiterverfolgt. Dieser Regelungsentwurf hatte allerdings die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue und unkompliziert zu nutzende Versorgungsform, insbesondere für ältere und multimorbide Patientinnen und

		Patienten, adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer Behandlungsbedarf, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. notwendige Beobachtung über Nacht). Eine solche wohnortnahe Behandlung für diese Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, kann von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen unter den derzeit vorgesehenen Rahmenbedingungen nicht gewährleistet werden. Folglich ist vorzusehen, dass diese Möglichkeit der Leistungserbringung gesetzlich wieder ermöglicht wird. Die maßgeblich betroffenen Vertragspartner legen in einer Vereinbarung die konkreten Inhalte der Versorgung inklusive der zu versorgenden Patientengruppe, die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sowie Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen fest. Änderungsvorschlag Der neue § 115h SGB V wird wie folgt gefasst: „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Abs. 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht. (2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende
--	--	--

		Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder durch Krankenhäuser veranlasst. (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere 1. die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist, 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Abs. 2. (4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.“
§ 6c KHEntgG	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: - Aufhebung der Budgetdeckelung - Streichung der Degression beim Tagesentgelt	Für eine erfolgreiche Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in der Versorgungslandschaft ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf

	- Ausweitung des Gesamtvolumens auf Pflege-, Hybrid- sowie AOP-Leistungen	Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Die Deckelung über den Veränderungswert in § 6c Abs. 3 KHEntgG ist daher aufzuheben. Mit der vorgesehenen Degression der Tagesentgelte werden die Verhandlungen auf der Ortsebene unnötig zusätzlich belastet und aufwendiger. Auch im Sinne einer Entbürokratisierung sollte wie beispielsweise bei Einrichtungen der Somatik und der Psychiatrie/ Psychosomatik die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein. Die im Gesetz vorgesehene Degression der Tagesentgelte ist zu streichen. Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung ist es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) sowie Hybrid- und AOP-Leistungen in das Gesamtvolumen und mit in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Dadurch können auch bürokratische, aufwendige Abgrenzungsprobleme vermieden werden. Anpassung des § 6c Abs. 1 Satz 2 zu Nr. 2 bis 4 KHEntgG: <i>Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere</i> <i>1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen sowie Leistungen nach § 115b und § 115f SGB V</i> <i>2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression</i>
--	--	--

		3. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression 4. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausesindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden... Die Einbeziehung der Zu- und Abschläge bei der Kalkulation des Gesamtvolumens wird als äußerst problematisch gesehen, zumal auch nachträgliche Spitzausgleiche, die bei Zu- und Abschlagstatbeständen üblich sind, nicht mehr durchführbar wären. Eine separate Abrechnungsmöglichkeit von Zu- und Abschlägen wird daher klar präferiert. In besonderen Konstellationen, bei denen ein erhöhter Kostenaufwand entsteht, der mit den degressiven Tagesentgelten nicht abgegolten wird, ist auch die Abrechnung von Zusatzentgelten außerhalb des Gesamtvolumens unabdingbar (z. B. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern). Diesbezüglich ist eine entsprechende Öffnungsklausel erforderlich.
§ 9 KHEntgG	Streichung der Vorgaben zur Vereinbarung der näheren Einzelheiten zur Degression innerhalb der Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene	Es handelt sich hierbei um eine erforderliche Folgeänderung aufgrund der Streichung der Degression in § 6c Abs. 1 KHEntgG (s. o.). Anpassung von § 9 Abs. 1 Nr. 10b KHEntgG: <u>„zu den nach § 6c Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelten, einschließlich Degression“</u>

§ 60 SGB V	Ergänzung und Klarstellung zu Transportkosten bei Behandlungen in SÜV	Da Ab- und Zuverlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen in SÜV möglich sein müssen, ohne dass die medizinische Notwendigkeit grundsätzlich in Frage gestellt wird, bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind. Dies betrifft auch die gemäß § 115g Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V aufgenommenen pflegerischen Leistungen und die neu aufzunehmende medizinisch-pflegerische Versorgung gemäß § 115h SGB V (neu). Änderungsvorschlag Anpassung zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V: „1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahe Krankenhaus,“ Aufnahme in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (neu) SGB V: <u>„2. bei Fahrten von Versicherten in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, zur Übergangspflege nach § 39e SGB V und zur medizinisch-pflegerischen Versorgung gemäß § 115h SGB V,“</u>
§ 3 Abs. 3 BPfIV	Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden

		werden können. Um dies zu vermeiden, müssen für die betroffenen Krankenhäuser zumindest die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit einmalig mit der Budgetvereinbarung für 2026 korrigiert werden. Weitere Erläuterungen sind der Stellungnahme zu entnehmen. Änderungsvorschlag: In § 3 Abs. 3 BPfIV sind die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen: <u>„Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“</u>
§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V	Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	Mit dem KHVVG wurde § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V um folgenden Passus erweitert: (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...] 6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: "Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet." In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltenen Formulierung Rechnung getragen werden.

		Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festzulegen. Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers, die Formulierung von § 301 Abs. 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Änderungsvorschlag § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V wird wie folgt geändert: „6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen <u>Fachabteilungsschlüsseln</u>.“
§§ 136, 136b SGB V	Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA: notwendige Klarstellung und Anpassung der Regelungskompetenz des G-BA	Die Normsetzung des G-BA zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V Abs. 1 Nr. 2 für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem KHVVG angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die

		sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der Zuteilungsentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden. Eine klare, konfliktfreie Abgrenzung kann erfolgen, indem die Geltungsbereiche der G-BA-Vorgaben nicht ganze Leistungsgruppen, sondern nur Teilmengen besonders komplexer, risikoreicher Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe betreffen dürfen, und indem unterschieden wird zwischen Voraussetzungen, die eine langfristig verbindliche Planungsentscheidung begründen, und fallbezogenen Anforderungen, die die Qualität einer einzelnen Leistung sicherstellen und deren spezifische Vergütung rechtfertigen. Strukturelle, planungsrelevante Voraussetzungen für die gesamte Leistungsgruppe sind in der Anlage 1 zu § 135e SGB V zu spezifizieren. G-BA-Vorgaben dürfen nur einen spezifischen Teilbereich der Leistungsgruppe betreffen oder nur fallbezogene Qualitätsanforderungen enthalten. Änderungsvorschlag § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind <u>können</u> auch
--	--	--

		<u>evidenzbasierte</u> Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität <u>für besonders risikoreiche, spezialisierte oder komplexe Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e) oder als fallbezogene Mindestanforderung festgelegt werden festzulegen</u>, sofern diese nicht in den nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind <u>und sofern diese die nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.</u>“ In § 136 werden folgende Absätze 5 und 6 neu aufgenommen: <u>„(5) Sofern erforderlich kann der Gemeinsame Bundesausschuss bezogen auf eine ganze Leistungsgruppe gemäß Anlage zu § 135e evidenzbasierte Empfehlungen zu den nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien an den Ausschuss nach § 135e Abs. 3 Satz 1 abgeben.</u> <u>(6) Die Erforderlichkeit gemäß Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 5 sowie § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Bezug auf die Auswahl, den Zuschnitt und die Festlegung qualitätssichernder Maßnahmen und Mindestanforderungen einschließlich ihrer Folgewirkungen bemisst sich an dem Kriterium der Zweck-Mittel-Relation. Die Notwendigkeit einer Ergänzung der Qualitätskriterien gemäß § 135e Abs. 2 Satz 2 ist dabei aus Gründen des Patientenschutzes oder zur Verbesserung der Behandlungsqualität hinreichend genau darzulegen. Grundlage hierfür ist der zu ermittelnde und allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.</u>“ § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: <u>„2. einen Katalog planbarer und besonders risikoreicher, spezialisierter oder komplexer Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten</u>
--	--	--

		Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses,“
§ 135d SGB V/ § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG	Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	Die Krankenhäuser fordern, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen. Das „Transparenzverzeichnis“ nach § 135d SGB V (Bundes-Klinik-Atlas) erzeugt erhebliche Parallelstrukturen. Mit dem „Deutschen Krankenhaus Verzeichnis“ stand bereits vor der Einführung des Bundes-Klinik-Atlas im April 2024 dem Bund ein Portal zur Verfügung, das Transparenz über die Krankenhäuser schafft. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Portale, die u. a. durch die Krankenkassenverbände auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geführt werden. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Zudem wurden ausschließlich für das Transparenzverzeichnis neue Datenlieferverpflichtungen für die Krankenhäuser in § 21 KHEntgG festgelegt, die, insbesondere durch die neuen äußerst detaillierten Meldepflichten für das ärztliche Personal gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG, einen enormen und unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand erzeugen. Die in § 135d Abs. 3 Nr. 4 vorgesehene Entwicklung und Veröffentlichung von Indizes zur Bewertung von Qualität auf der Basis rein rechnerischer Methodik ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar, inadäquat zur Darstellung und Beurteilung der Qualität und schafft keine Transparenz. Die durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingefügten § 135d SGB V und § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen. Als Ersatz sollte das

		„Deutsche Krankenhaus Verzeichnis“ als Portal des Bundes wieder etabliert werden, wie es bereits bis April 2024 der Fall war. Falls von gesetzgeberischer Seite auf die Transparenz und Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser Einfluss genommen werden soll, sollte dafür an bestehenden, etablierten Strukturen, wie etwa dem Deutschen Krankenhaus Verzeichnis und den Portalen des G-BA und der Krankenkassen gemäß § 136b Abs. 7, angeknüpft und darauf aufgebaut werden. Auch die Selbstverwaltung strebt an, die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten der Krankenhäuser methodisch weiterzuentwickeln, doch der Aufbau von Parallelstrukturen und zusätzlicher Bürokratie kann diesem Ziel nicht zuträglich sein. Änderungsvorschlag Streichung von § 135d SGB V sowie § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG
§ 115b SGB V	Verankerung von gesetzlichen Grundlagen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen.	Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein. Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen

		nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich). Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).
§ 115b SGB V	Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Abs. 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt. Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden

		Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.
§ 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 125a SGB V	- Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) - Verweises auf die nach § 125a Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge in § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V	Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Abs. 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Abs. 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen.

		Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Abs. 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankoverordnung erbringen können. Änderungsvorschlag § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V: „Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Abs. 1 und nach § 125a Abs. 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf.“
§ 135d Abs. 4 SGB V	Definition Fachkrankenhäuser	Gemäß § 135d Abs. 4 SGB V wird einem Krankenhaus von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde in bestimmten Konstellationen die Versorgungsstufe Level F im Rahmen der neuen Krankenhausplanung zugeordnet. Diese Zuordnung sollte von den Landesplanungsbehörden unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungserfordernisse getroffen werden.

		Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anzahl und Ausgestaltung der Fachkrankenhäuser in den einzelnen Bundesländern wurde durch die Vorgabe in § 135d Abs. 4 SGB V eine intensive Auseinandersetzung über den Stellenwert der Fachkrankenhäuser im deutschen Gesundheitswesen ausgelöst. Mit einer einfachen Regelung kann den unterschiedlichen Versorgungsansätzen Rechnung getragen werden. Dem Vorschlag der GMK zum Änderungsbedarf am KHVVG im nun vorliegenden Gesetzentwurf überwiegend zu folgen, wird seitens der DKG ausdrücklich begrüßt. Die Verknüpfung mit den im Krankenhausplan jeweils ausgewiesenen Fachkrankenhäusern ist im Sinne des Bestandsschutzes nachvollziehbar. Ergänzende Hinweise Fachkliniken müssen, wenn medizinisch erforderlich, neben der Leistungsgruppe/ den Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen dürfen (unter anderem der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Allgemeinen Neurologie, der Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin). Hierbei wird durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nicht erfüllt werden, da sich die notwendige Versorgungsqualität aus der besonderen Spezialisierung der entsprechenden Fachklinik ergibt. Beispielsweise kann ein orthopädisches Fachkrankenhaus, das sich auf die Gelenkchirurgie spezialisiert hat, neben der Endoprothetik am Hüft- und Kniegelenk auch Eingriffe im Bereich der Schulter- und Ellenbogengelenke, die der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie zugeordnet werden, in einer hohen Versorgungsqualität durchführen. In gleicher Weise existieren Fachkrankenhäuser, die sich auf bestimmte Leistungen beschränken und daneben über keine Fachabteilungen im
--	--	--

		Sinne von Leistungsgruppen verfügen (z. B. Fachkrankenhaus nur für die Spezielle Schmerzmedizin). Hier bedarf es noch geeigneter Lösungen, um deren Versorgungsauftrag zu sichern.
§ 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung müsste entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 3j KHEntgG und § 38 Abs. 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.

§ 135e Abs. 4 SGB V/ § 6a Abs. 4 KHG	Erweiterung der Entscheidungsspielräume der Länder	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Qualitätskriterien in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes gefährdet ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe muss in diesen Fällen auch unabhängig von weiteren Zusatzanforderungen, wie beispielsweise der umfassenden Prüfung möglicher Kooperationen oder dem Einvernehmen mit den Krankenkassen, möglich sein. Die erforderlichen Ausnahmemöglichkeiten lassen nicht nur eine auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf besser zugeschnittene Krankenhausplanung zu. Sie schützen gleichzeitig alle Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Planungsverantwortliche der Länder, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen) vor gravierenden Fehlentscheidungen durch die strikte Anwendung starrer Regelwerke in einem hochkomplexen wie finanziell herausfordernden Umstellungsprozess. Wenngleich mit der Krankenhausreform zu Recht das Ziel verbunden ist, die Krankenhausplanung neu zu denken, so müssen bei der Umsetzung dennoch das richtige Maß und die notwendige Sensibilität für einen solchen Prozess gefunden werden. Änderungsvorschlag Siehe hierzu weiterer Änderungsbedarf zu § 6a Abs. 4 KHG und § 135e Abs. 4 SGB V
§ 135e Abs. 4 SGB V	Keine Addition gebietsgleicher Fachärzte	Leistungsgruppen dienen u. a. der Krankenhausplanung. Während einzelne Leistungsgruppen ganze Fachgebiete abbilden, beinhalten andere lediglich

		definierte Leistungspakete aus einzelnen Fachgebieten. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass bei den verwandten Leistungsgruppen zu einer bestimmten Leistungsgruppe auch gebietsgleiche Leistungsgruppen beispielsweise am Standort vorzuhalten sind. Aktuell deutet sich die Sichtweise des Medizinischen Dienstes an, die in den verwandten Leistungsgruppen aufgeführten gebietsgleichen Fachärzte additiv und für parallele Dienstlinien zu fordern. Hierdurch werden Fachärzte in einer Anzahl gefordert, wie sie den Krankenhäusern grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen. Diese Ansicht steht jedoch im Widerspruch zu Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c, der die Berücksichtigung der Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen erlaubt. Es wird daher eine Anpassung in Abs. 4 gefordert. Änderungsvorschlag Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c wird um den folgenden Satz ergänzt: <i>„Handelt es sich bei der jeweils betroffenen Leistungsgruppe und den verwandten Leistungsgruppen um Leistungsgruppen mit der Anforderung an gleich qualifizierte Fachärzte, und ist die Vorgabe aus Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c erfüllt, sind in der Rufbereitschaft mehrere Dienstlinien nicht erforderlich, die geforderten Fachärzte sind demzufolge nicht zu addieren.“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Äquivalente Facharztbezeichnungen	Gemäß § 135e Abs. 2 SGB V haben Krankenhäuser, die Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringen, die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien zu erfüllen. In der Anlage 1 zu § 135e Abs. 4 SGB V werden die Qualifikationen gemäß der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer aufgeführt. § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB V regelt, dass die genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharzt- oder einer vergleichbaren

		Bezeichnung berechtigt ist. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen bzw. Zusatzweiterbildungen vergleichbar sind. Um künftige Auseinandersetzungen zu vermeiden, könnte die Bundesärztekammer eine eigens für diesen Zweck erstellte Äquivalenzliste publizieren. Ein erster Entwurf für eine solche, aktuell rechtlich unverbindliche Liste wurde dem Leistungsgruppenausschuss bereits zu der Sitzung am 04.08.2025 von der BÄK zur Kenntnisnahme vorgelegt. Eine entsprechend rechtsverbindliche Grundlage wäre hierfür wünschenswert, inkl. einer Regelung, dass in strittigen Fällen die Landesärztekammern entscheiden. Die Äquivalenzliste sollte zudem bei der Pflege der Anlage 1 berücksichtigt werden. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 werden hinter den Worten „landesrechtlichen Vorschriften“ die Worte „oder einer von der Bundesärztekammer für diesen Zweck publizierten Äquivalenzliste“ eingefügt.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Rufbereitschaft der Fachärzte	In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird vorgegeben, dass mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss. Diese Regelung präzisiert die regelhaften Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit von zumeist drei geforderten Fachärzten für die Rufbereitschaft einer Leistungsgruppe insgesamt. Offen bleibt an dieser Stelle, ob der den Rufdienst übernehmende Facharzt entsprechend seiner Facharztkompetenzen auch für mehrere Leistungsgruppen parallel den Rufdienst übernehmen kann. Da dies in der Versorgungspraxis die Regel und nicht die Ausnahme darstellt, ist das Gesetz wie folgt zu ergänzen. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird folgender Nebensatz ergänzt:

		<i>„dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen,“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Anrechnung der Fachärzte auf LG	Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Verweis im Wortlaut <i>„dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie“</i> ersatzlos gestrichen wurde. Ansonsten wäre es zu einem völlig unkalkulierbaren und hohen Mehrbedarf für Fachärzte der Inneren Medizin und der Chirurgie gekommen. Gemäß § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c SGB V gilt jedoch weiterhin, dass <i>„Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können“</i>. Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Durch diese Regelung wird die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten künstlich auf drei Leistungsgruppen beschränkt, ohne dass es hierfür eine wissenschaftliche Begründung gibt. Damit führt das Gesetz durch erhöhten Personalbedarf zu einer erheblichen Verschärfung der fachärztlichen Anforderungen. Soll neben drei Leistungsgruppen aus einem medizinisch verwandten Leistungsbereich eine weitere Leistungsgruppe erbracht werden, bedarf es bei drei bereits angerechneten Fachärzten zusätzlichen fachärztlichen Personals. Beispielsweise müsste für den Leistungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie mit seinen zugehörigen vier endoprothetischen Leistungsgruppen

		Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Revision Hüftendoprothese und Revision Knieendoprothese und ggf. der weiteren Leistungsgruppe Wirbelsäulenchirurgie das Krankenhaus mindesten fünf, statt der drei in Anlage 1 zu § 135e SGB V jeweils geforderten Fachärzte vorhalten. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6c wird wie folgt gefasst: <i>„Fachärzte innerhalb eines Gebietes entsprechend ihrer Qualifikation für alle geeigneten Leistungsgruppen des Gebietes, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; Fachärzte können entsprechend ihrer Qualifikation grundsätzlich nur in einem Gebiet nach der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung eines Arztes oder einer Ärztin für mehrere Standorte und/ oder Gebiete setzt die Aufteilung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit des Arztes/ der Ärztin in mehrere Stellenanteile voraus;“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Regelungen zu Belegärzten	In Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d wurde mit dem KHAG klargestellt, dass in ausgewiesenen Belegabteilungen anstelle eines Vollzeitäquivalentes für Krankenhausärztinnen und -ärzte ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Diese Regelung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, sie ist bezüglich der möglichen Aufteilung des vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrages auf zwei Belegärzte jedoch auslegungsfähig. Darüber hinaus ist eine Ausnahmemöglichkeit zu fordern, die dafür Sorge tragen kann, die Sicherstellung der Versorgung auch mit zwei, anstatt den zumeist in der Anlage geforderten drei Ärzten (Belegärzten) in Einzelfällen sicherstellen zu können. Dies

		trägt dem Großteil der Praxis Rechnung, wonach oftmals nur zwei Belegärzte verfügbar sind, insbesondere im ländlichen Raum. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d ist somit wie folgt zu formulieren: <i>„in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; dabei kann sich ein voller Versorgungsauftrag auch aus mehreren anteiligen Versorgungsaufträgen zusammensetzen; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend; die Landesplanungsbehörden können zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung Ausnahmen vorsehen, und“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Teleradiologische oder telemedizinische Leistungen	Im derzeitigen Gesetzestext sind in der Anlage 1 zahlreiche Detailregelungen enthalten, die die teleradiologische Leistungserbringung sowohl innerhalb einzelner Leistungsgruppen als auch gerätebezogen unterschiedlich ausgestalten. Eine sachgerechte, aber einheitliche Regelung wäre wünschenswert. Zudem gewinnt die Telemedizin als ein unverzichtbares Instrument zentrale Bedeutung, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, Zugangsbarrieren abzubauen und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. „Telemedizin ermöglicht es, unter Einsatz von Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung z. B. Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinische Dienste anzubieten. Insbesondere im ländlichen Raum ist Telemedizin ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung.“ (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin.html) Bislang ist der Einsatz von telemedizinischen Leistungen und Telekooperationen im Entwurf zum Gesetz nur unzureichend berücksichtigt und

		auf wenige Anwendungsfelder beschränkt. Die Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, bestimmte, aus Sicht der Krankenhausplanung notwendige Leistungen telemedizinisch anbieten zu können. Daher sollen die Planungsbehörden der Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen. Änderungsvorschlag Einfügen zweier neuer Sätze in Absatz 4 Satz 1 Nr. 4: <i>„Bei Vorliegen einer Genehmigung zur Teleradiologie gemäß StrlSchG §§ 12 und 13 können entsprechende Leistungen in teleradiologischer Form erbracht werden. Die Planungsbehörden der Länder können bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen.“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Kooperationsmöglichkeiten nach Nr. 7	In Nr. 7b SGB V ist aktuell geregelt, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Hier bedarf es einer engeren Einbindung der zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung, da nur diese die Sicherstellungserforderlichkeit bestätigen können. Änderungsvorschlag § 135e Absatz 4 Nr. 7b wird wie folgt gefasst: <i>„dies aus Sicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“</i>

§ 6a Satz 1 AsylbLG, § 25 Satz 1 SGB XII	Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus/ Reform der Nothelfer-Paragrafen	Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Die derzeitigen Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII führen im Krankenhaus zu stetig steigenden Erlösausfällen und bedürfen daher dringend einer Änderung: Änderungsvorschläge 1. § 6a Satz 1 AsylbLG und § 25 Satz 1 SGB XII werden wie folgt geändert und es wird jeweils ein neuer Satz 3 angefügt: § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.</i> § 6a AsylbLG:
---	---	--

		<i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.</i> 2. Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden. § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> § 6a AsylbLG: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten</i>
--	--	--

		<i>erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> 3. Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Den Krankenhäusern müsste die Möglichkeit eingeräumt werden, zum Zwecke der Kostenerstattung von Krankenhausbehandlung auch bereits die Feststellung des Kostenanspruches zu betreiben. Nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird ein Satz 3 angefügt: <i>Der Anspruch auf Krankenbehandlung geht im Rahmen von Nothelferleistungen auf den Leistungserbringer über.</i>
§ 275a Abs. 7 S. 2 Nr. 1 SGB V	Dreimonatiger Vorhaltezeitraum bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	§ 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Krankenhäuser, wenn sie erstmalig oder erneut eine Leistung, die das Erfüllen bestimmter, in einem OPS-Kode definierter Strukturmerkmale voraussetzt, erbringen wollen, diese Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige des Krankenhauses vorzuhalten haben. Diese Regelung sorgt für Unklarheit, ob die in diesem Vorhaltezeitraum vom Krankenhaus erbrachten Leistungen auch zu vergüten sind. Zudem ist kein sachlicher Grund für das Erfordernis des Vorhaltezeitraumes erkennbar. Die in § 275a Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V enthaltene, vergleichbare Sonderregelung für den Fall der Erbringung einer erstmalig abrechnungsrelevanten Leistung sieht zwar auch eine Anzeige des Krankenhauses, aber keinen dreimonatigen Vorhaltezeitraum hinsichtlich der zu erfüllenden Strukturmerkmale vor. Änderungsvorschlag § 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

		<i>„Krankenhäuser 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 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 im 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...“</i>
--	--	---