

15.12.2025

## Stellungnahme des Deutschen Städtetages

### I. Entwurf Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

#### **Unsere zentralen Punkte:**

##### **Krankenhausfinanzierung**

Es muss unverzüglich eine auskömmliche Krankenhausfinanzierung gesichert werden. Kommunen können nicht länger zum Ausfallbürgen werden in Zeiten massiv angespannter Haushalte.

Wir verweisen diesbezüglich auf die [aktuellen Beschluss des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages](#).

##### **Vorhaltevergütung**

Die Finanzierung der Vorhaltung der Krankenhausstrukturen ist ein legitimes und wichtiges Ziel. Es ist aber maßgeblich, dass mit der Finanzierungsreform die strukturelle Unterfinanzierung der Betriebskosten nachhaltig beseitigt wird. Das sehen wir derzeit als nicht erfüllt an.

##### **Bürokratieabbau**

Nur mit entschlossenen Schritten zur Entbürokratisierung des Gesundheitssystems kann die Gesundheitsversorgung aufrechterhalten werden. Nachweispflichten müssen auf das Wesentliche reduziert werden. Das KHAG muss zwingend nachsteuern im Hinblick auf eine zwingend erforderliche Entlastung des medizinischen Personals durch Bürokratieabbau.

##### **Standortregelung von 2.000 Metern**

Die Regel, dass ein Standort aus mehreren Gebäuden eines Krankenhausträgers bestehen kann, solange die Gebäude nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt liegen, hat sich auch in der Vergangenheit nicht bewährt und ist in Einzelfällen nicht sachgerecht.

##### **Onkochirurgische Leistungen**

§ 40 KHG muss im Sinne einer flächendeckenden Versorgung und kurzer Wartezeiten für die Behandlung von onkochirurgischen Fällen gestrichen werden.

##### **Klarstellung Gewährung der Zuschläge für NRW**

Die Zuschläge für Pädiatrie, Stroke Unit, Intensivmedizin sowie Traumatologie müssen uneingeschränkt auch für NRW zur Anwendung kommen, unabhängig von der verlängerten Übergangsfrist im Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG)

### **Im Detail:**

Der Deutsche Städtetag unterstützt die Ziele der Krankenhausstrukturreform. Angesichts begrenzter personeller Ressourcen und Haushaltsmittel muss die Krankenhauslandschaft zügig und planvoll umstrukturiert werden. Dazu gehört eine konsequente Landeskrankenhausplanung, die eine Reduzierung von Krankenhausstandorten, die nicht versorgungsrelevant sind, nach sich zieht. Unverzüglich muss ein Strukturwandel erfolgen; Verzögerungen der Reform dürfen nicht toleriert werden. Das Schlechteste wäre ein weiter ungeordneter Strukturwandel. Notwendige inhaltliche Klärungen und Entscheidungen dürfen nicht weiter verzögert werden. Die Unsicherheiten in den Krankenhäusern steigen massiv.

Die Krankenhausfinanzierung muss endlich auskömmlich gestaltet werden. Um die stationäre Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern, sind bürokratische Hürden zwingend abzubauen. Das wenige Personal, das wir in den kommenden Jahren noch haben, darf nicht durch bürokratische Anforderungen von der eigentlichen Arbeit am Patienten abgehalten werden. Eine stationäre Versorgung kann nur funktionieren, wenn auch der ambulante Bereich mit in den Blick genommen wird; auch hier ist eine unverzügliche Reform erforderlich.

### **Krankenhausfinanzierung**

Die wirtschaftliche Lage kommunaler Krankenhäuser spitzt sich weiter zu. Im Jahr 2024 mussten kommunale Träger rund 4 bis 5 Milliarden Euro aufbringen, um die Defizite der Kliniken auszugleichen. Nach einer aktuellen Analyse der Beratungsgesellschaft Curacon beliefen sich die kommunalen Unterstützungsleistungen auf durchschnittlich rund 20.000 Euro pro Bett in öffentlicher Trägerschaft. Zum Vergleich: Die staatlichen Leistungen, die alle Krankenhäuser in den vergangenen fünf Jahren im Durchschnitt pro Jahr erhalten haben, betrugen etwa 12.000 Euro pro Bett. Die deutschen Krankenhäuser befinden sich in einer anhaltenden Finanzierungskrise. Seit Jahren hält die Finanzierung der Betriebskosten mit der realen Kostenentwicklung nicht Schritt. Nach Angaben von Curacon wurden den Krankenhäusern in den vergangenen 13 Jahren nahezu 39 Prozent der Erlöse entzogen.

Zuständig für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser sind Bund und Länder. Wir erwarten, dass mit der Finanzierungsreform die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigt wird. Denn die Folgen dieser strukturellen Unterfinanzierung werden zunehmend von den Kommunen getragen, die als Träger vieler öffentlicher Kliniken in erheblichem Umfang eigene Mittel einsetzen müssen, um den laufenden Betrieb und notwendige Investitionen zu sichern.

Diese kommunalen Unterstützungsleistungen stellen eine erhebliche, systemfremde Belastung der kommunalen Haushalte dar. Ursprünglich ist die Finanzierung der Krankenhäuser nicht Aufgabe der kommunalen Ebene; dennoch sehen sich die Kommunen gezwungen, Defizite auszugleichen, um die medizinische Versorgung vor Ort aufrechtzuerhalten. Die dadurch gebundenen Haushaltsmittel fehlen jedoch an anderer Stelle – insbesondere bei Investitionen in Infrastruktur, Bildung, Klimaschutz und soziale Daseinsvorsorge. Damit wird die

ohnehin angespannte finanzielle Situation vieler Kommunen weiter verschärft und die Handlungsfähigkeit im Kernbereich kommunaler Aufgaben zunehmend eingeschränkt.

### **Vorhaltevergütung**

Mit der geplanten Krankenhaus- und Finanzierungsreform sollen insbesondere der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser verringert und die Rahmenbedingungen für eine verlässliche Versorgung verbessert werden. Die Einführung von Vorhaltepauschalen muss jedoch dazu beitragen, die Finanzierung dauerhaft zu stabilisieren und die Abhängigkeit von Fallzahlen zu reduzieren.

Die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase müssen deshalb konsequent genutzt werden, um die Wirkung der neuen Finanzierungsinstrumente zu evaluieren. Fehlentwicklungen müssen unverzüglich nachgesteuert werden. Nur mit einer auskömmlichen Finanzierung kann die Gesundheitsversorgung nachhaltig gesichert werden.

### **Bürokratieabbau**

Die bürokratischen Hürden sind in den letzten Jahren gestiegen. In Zeiten des Fachkräftemangels und zu hoher Gesundheitskosten ist diese Entwicklung nicht nachzuvollziehen. Auch das KHAG verspricht keine spürbaren Entlastungen, obwohl eine Strukturreform immer auch mit konsequenter Entbürokratisierung einhergehen sollte. Es muss dringend ein Bürokratienteilsetzungsgesetz vorgelegt werden.

### **Standortregelung von 2000 Metern**

Krankenhäuser desselben Trägers bestehen vereinzelt aus mehreren Gebäuden, die aus historischen und städtebaulichen Gründen entstanden sind und etwa 2000 Meter voneinander entfernt liegen. Die Standortdefinition beeinflusst maßgeblich die Erfüllung der Qualitätsvorgaben, weil Leistungsgruppen, die eng miteinander verbunden sind, an einem Standort bereitgestellt und vorgehalten werden müssen. Dadurch könnte die Versorgung gefährdet werden. Die starre Regelung erschwert zudem die notwendigen Konzentrationen und Strukturveränderungen. Ineffiziente Doppelstrukturen müssen, auch aus Gründen der Kostenersparnis, zwingend abgebaut werden. Eine Erweiterung des Radius auf 5000 m erscheint dringend erforderlich.

### **Onkochirurgische Leistungen**

Für eine Streichung des §40 KHG sprechen unter anderem folgende Punkte:

1. Die Onkologie erfordert immer mehr interdisziplinäre Kooperationen. Hierbei spielen zertifizierte, onkologische Zentren eine zunehmende Bedeutung. Die ursprüngliche Gesetzesbegründung bezieht sich genau auf den Unterschied des besseren Outcomes (Überlebensrate) bei Behandlungen in onkologischen Zentren und eben nicht auf Einzelbehandlungen für nicht näher definierte Operationen bei onkologischen Erkrankungen. Vielmehr gefährdet möglicherweise der §40m sogar den Bestand onkologischer Zentren, weil Teilgebiete

sinnwidrig herausgebrochen werden.

Hier sollte vielmehr evidenzbasiert der GBA beauftragt werden, das Ziel über Mindestmengen zu Eingriffen zu lösen. Man benötigt keine doppelte Bürokratie.

2. Die bundesweite Festlegung einer 15-Prozentperzentile für ein Abrechnungsverbot greift substanziell in die Krankenhausplanung der Länder ein und gefährdet das Leistungsangebot in der Fläche. Hier werden bestehende Versorgungsnetzwerke und möglicherweise ganze Fachabteilungen zerstört. Wie unter Punkt 1. dargestellt kann das gleiche Qualitätsziel – nämlich die Vermeidung von Zufallschirurgie – auch und vor allem zielgerichteter und evidenzbasiert über die Mindestmengenregelungen gelöst werden. Darf eine Abteilung zukünftig nicht mehr abrechnen und das Nachbarkrankenhaus schließt wegen anderer Gründe, dann gibt es kein Haus, was die dortigen Fälle behandeln kann. Die Auswirkungen der Strukturreform auf den Bestand einzelner Fachabteilungen kann noch nicht abgesehen werden.

#### **Klarstellung Gewährung der Zuschläge für NRW**

Im Koalitionsvertrag des Bundes wurde zugesagt, dass Krankenhäuser in NRW durch die Krankenhausreform des Bundes nicht schlechter gestellt werden dürfen. Um diese Zusage einzulösen, ist sicherzustellen, dass die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten zusätzlichen Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Intensivmedizin sowie Traumatologie auch für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen vollständig gelten, selbst wenn das Fallpauschalensystem hier bis Ende 2030 weitergeführt wird.

Ohne eine solche ausdrückliche Regelung besteht die Gefahr, dass Kliniken in NRW gegenüber Häusern in anderen Bundesländern strukturell benachteiligt werden. Dies betrifft vor allem jene Standorte, die bereits heute mit erheblichen Vorhaltekosten konfrontiert sind und auf die zeitnahe Einführung der neuen Zuschläge angewiesen wären.

Wir verweisen des Weiteren auf unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf, die wir als **Anlage** beigelegt haben.

#### **II. Antrag der Fraktion die Linke „Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“**

Die Analyse der Bundestagsfraktion, dass „das aktuelle Finanzierungssystem für die Betriebskosten der Krankenhäuser ... seit langem aufgrund verschiedener Dysfunktionalitäten in der Kritik steht“ ... und „den Krankenhäusern auch unabhängig von der Zahl abrechenbarer Fälle erhebliche Kosten, insbesondere für das Personal entstehen“ ist plausibel. Fraglich ist es unserer Meinung nach aber, ob die genannten „nicht abrechnungsfähigen“, dafür aber

personalintensiven Patientenbehandlungen die wesentliche Ursache der wirtschaftlichen Probleme vieler Krankenhäuser sind.

In den letzten Jahren sind die (kostenrelevanten) Strukturanforderungen an die Krankenhäuser deutlich gestiegen (Personaluntergrenzen, Vorhaltung von Medizingerätetechnik, 24/365 Einsatzbereitschaft insbesondere in den Notaufnahmen, Sicherung kritischer Infrastrukturen, Bürokratie usw.). Die Krankenhauserlöse wachsen nicht in gleichem Maße. Darüber hinaus müssen Investitionen anteilig oder vollständig aus Eigenmitteln der Krankenhäuser finanziert werden. Das Gesamtfinanzierungssystem ist dafür nicht ausgelegt. Im Ergebnis kommt es zu hohen wirtschaftlichen Verlusten, insbesondere für Krankenhäuser, welche nicht in Verbünden organisiert sind und einen umfassenden Versorgungsauftrag haben.

Der Fraktionsvorschlag, alle Personalkosten 100%ig unabhängig von den Patientenbehandlungen über die gesetzliche und private Krankenversicherung zu refinanzieren, würde die wirtschaftliche Situation ggf. für einen kurzen Zeitraum verbessern. Gleichzeitig würde der Druck für die wirklich notwendigen Änderungen (KHVVG i.V. mit bedarfsadaptierten Landesplanungs- und -investitionsprogrammen) jedoch sinken, die Krankenkassen und letztlich die Bürger finanziell überfordern (Beitragssätze) und letztlich langfristig die Situation der Krankenhäuser eher verschlechtern.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Stefan Hahn

Anlage

## Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Städtetag

Datum: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	<p>Die Änderung in § 109 Abs. 3a S. 4 und 5 SGB V erweitert den Spielraum der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Bisher waren sie bei der ausnahmsweisen Zulassung eines Krankenhauses, das die Qualitätskriterien nicht erfüllt, an verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben gebunden. Zukünftig sollen sie innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden können, ob ein Versorgungsvertrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zwingend erforderlich ist. Dies erhöht die Flexibilität der Länder, schwächt aber potenziell die bundeseinheitlichen Qualitätsstandards, da die Entscheidung stärker von regionalen Einschätzungen als von standardisierten Vorgaben abhängt.</p> <p>Der Referentenentwurf des KHAG sieht an mehreren Stellen Ausnahmemöglichkeiten für die zuständige Landesbehörde vor, sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung „zwingend erforderlich“ ist. Dabei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen Auslegung im Einzelfall erfolgen muss. Die Festlegung eines Kriterienkatalogs wäre angezeigt.</p>
2	§ 135d	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas</li> <li>– Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin</li> </ul>	Hinsichtlich des Klinik-Atlas selbst ist festzustellen, dass dieser nur begrenzt neue Erkenntnisse liefert, gleichzeitig jedoch Risiken für Missverständnisse und politische Konflikte birgt. So existiert bereits ein Krankenhausverzeichnis, das ähnliche Basisinformationen bereitstellt. Zudem könnten die Veröffentlichung von Rohdaten zu Fallzahlen oder Qualitätskennzahlen ohne eine angemessene Erklärung zu falschen Schlussfolgerungen führen. Ein weiteres Problem stellt der zusätzliche Aufwand dar, der durch die Pflege

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			und regelmäßige Aktualisierung des Atlas sowie durch das Vorhandensein paralleler Systeme entsteht.
3	§ 135e	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO</li> <li>– finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss</li> <li>– Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern</li> <li>– Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten)</li> <li>– Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5</li> <li>– Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)</li> <li>– Streichung eines Verweises (entfallen)</li> </ul>	Unabhängig von der Frage, ob die Berücksichtigung eines Belegarztes mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag als ein Vollzeitäquivalent sachgerecht ist, ist diese Regelung auf alle angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum, die belegärztlich tätig sind, zu übertragen. Maßgeblich darf nicht der vertragsärztliche Versorgungsauftrag, sondern muss die ärztliche Qualifikation und die zeitliche Ressource sein. Diese maßgeblichen Kriterien sind bei angestellten Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Ärzten mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag gleichermaßen gegeben. Hier bedarf es einer entsprechenden Anpassung.
4	§ 135f	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung)</li> <li>– Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten</li> <li>– Folgeanpassung Fristen</li> </ul>	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für	Hier ist unklar, woran sich der G-BA bei der Festlegung von niedrigen Prozentzahlen orientieren wird.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV</li> <li>– Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss</li> <li>– Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens</li> </ul>	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD-Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD-Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern</li> <li>– Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV</li> <li>– Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien</li> </ul>	<p>LG 14: Die neue 2:1-Regelung erscheint uns nicht sinnvoll, da mehr Fachärzte als ursprünglich vorgesehen, benötigt werden.</p> <p>LG 47: Die Streichung benachteiligt große Kinderkliniken, die eine weit höhere Menge an fachlich qualifiziertem Personal vorhalten. Somit muss es eine Vorhaltefinanzierung für Kliniken geben, die die spezielle Kindermedizin erbringen. Ohne gesonderte Ausweisung könnte die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung gefährdet werden.</p> <p>LG 65: Die Streichung benachteiligt gut aufgestellte Krankenhäuser, die eine hohe Notfallstufe (3) erreichen. Für die Vorhaltung und Bereitstellung</p>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie</li> <li>- LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche</li> <li>- Streichung der LG 3</li> <li>- LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung</li> <li>- Streichung der LG 16</li> <li>- LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung</li> <li>- LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen</li> <li>- LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>- LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> </ul>	<p>der Expertise verschiedener Fachdisziplinen muss eine Vorhaltefinanzierung erfolgen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung</li> <li>– LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung</li> <li>– LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung</li> <li>– LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung</li> <li>– LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– Streichung der LG 47</li> <li>– LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung</li> <li>– LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung</li> <li>– LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung</li> <li>– LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> <li>– LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung LG 65	
			<b>Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Der Begriff des Krankenhaus-Standortes erfährt eine bis dato nicht vorhandene Bedeutung. Dies hat erhebliche Auswirkungen für die Versorgungslandschaft. Einige, besonders große kommunale Krankenhäuser, haben in der Vergangenheit Versorgungsschwerpunkte gebildet und in vorhandene Liegenschaften etabliert. Ein Argument war vielfach der fehlende Platz auf dem bestehenden Innenstadtbereich oder fehlende investive Möglichkeiten der Kommunen. Insofern sollte die Entfernung auf mindestens 5 Kilometer erweitert werden oder ein Krankenhaus als ein Standort auch bei getrennten Liegenschaften anerkannt werden, wenn die Kliniken in einer Stadt liegen und nachweislich eine organisatorische, wirtschaftliche und fach-medizinische Einheit bilden und zudem eine einheitliche Leitung vorliegt. Anhaltspunkte können dabei auch übergreifende Führungsstrukturen (z.B. gemeinsame Führung der Standorte, Pflegedirektion für die Standorte, KH-Hygiene, Datenschutz etc.) sein.
2	§ 6a	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen</li> <li>– Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben</li> <li>– Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien</li> <li>– Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK</li> </ul>	Die Verschiebung der Verantwortung zu den Ländern bei der Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien kann zu einer bundesweit uneinheitlichen und damit nicht mehr objektiven Umsetzung der Vorgaben des Bundes führen. Es ist –wie schon derzeit bei der Umsetzung von MD-Prüfungen von StrOPS und QS-RL- davon auszugehen, dass nicht einheitliche Bewertungsmaßstäbe angelegt werden und daher die Krankenhäuser nicht mehr vergleichbar bewertet werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel)</li> <li>- Streichung der Antragsfrist</li> <li>- Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen.</li> <li>- Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO</li> <li>- Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung</li> <li>- Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund</li> </ul>	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</li> <li>- Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen</li> <li>- Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	<p>Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	
8	§ 39	<p>Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	<p>Aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser führt die im Referentenentwurf vorgesehene Verschiebung der Auszahlung der Förderbeträge gemäß § 39 KHG für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen.</p> <p>Diese Förderbeträge sind für die Aufrechterhaltung der besonderen vorhaltungsintensiven Versorgungsstrukturen in den genannten Bereichen zwingend erforderlich. Durch die im Entwurf vorgesehene zeitliche Verschiebung entfällt ein kompletter Förderrhythmus, ohne dass eine spätere Nachholung oder Kompensation der entgangenen Einnahmen vorgesehen ist.</p> <p>Da die Fixkosten in diesen Bereichen unverändert bestehen bleiben und zudem kein ausreichender Handlungsspielraum zur kurzfristigen Kostenreduktion besteht, entstehen den Krankenhäusern finanzielle Verluste, die nicht mehr aufgeholt werden können. Dies kann nicht in der Absicht stehen, nunmehr eine wirtschaftliche Entlastung der betroffenen Kliniken zu gewährleisten. Die weitere Zuspitzung der wirtschaftlichen Schieflage kann in einigen Fällen die wirtschaftliche Stabilität der betroffenen Einrichtungen gefährden und mittelbar auch negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungsqualität und -sicherheit haben.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wir regen daher dringend an, für die betroffenen Krankenhausbereiche eine Kompensation der ausfallenden Fördermittel vorzusehen oder auf die Verschiebung der Auszahlung zu verzichten, um die Funktionsfähigkeit dieser zentralen Versorgungsstrukturen zu erhalten.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</li> <li>– Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen</li> </ul>	<p>Die Regelung wird weiterhin als bedenklich erachtet, insbesondere da auch weiterhin nicht ersichtlich wird, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung (15%-Grenze) handelt. Die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen wird nicht ausreichend berücksichtigt, sodass es zu einer unkontrollierten Konzentration, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt, kommen kann. Besonders problematisch wäre eine mehrmalige Anwendung dieses rein mathematischen Vorgehens. Auch die Möglichkeit zur Berücksichtigung bestehender Mindestmengen bzw. niedriger Prozentsätze kann dem nicht in ausreichendem Umfang entgegensteuern.</p> <p>Die Regelung sollte demnach gestrichen werden.</p> <p>Beispiel: Ein zertifiziertes onkologisches Zentrum verliert einen Teilbereich (z.B. Urologie/Prostatakrebs oder Gynäkologie/Brustkrebs) und damit auch alle anderen onkologischen Behandlungen, weil das Zentrum durch den Wegfall eines wichtigen Teilgebietes nicht mehr leistungsfähig ist.</p>
			<b>Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b>
1	§ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung -</li> <li>– Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)</li> </ul>	
2	§ 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarung Erlösbudget</li> </ul> </li> </ul>	Der Fixkostendegressionsabschlag sollte ab 2026 komplett entfallen, da er die frühzeitige Verschiebung von LG/Fällen zwischen verschiedenen Trägern/im Verbund erschwert bzw. bestraft. Bereits heute führen Leistungsverlagerungen zwischen Standorten dazu, dass FDA zu bezahlen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixkostendegressionsabschlag</li> </ul>	ist, obwohl die Lstg zweier Standorte in Summe gleichbleibt. Das Minimum wäre eine Eingrenzung des FDA für die Fälle, wo eine Leistungsverlagerung nachgewiesen wird.
3	§ 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</li> <li>– Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie</li> </ul>	
4	§ 6b	<p>Ermittlung Vorhaltebudget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</li> <li>– Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle</li> <li>– Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen</li> </ul>	<p>Die geplante Vorhaltefinanzierung ist weiterhin sehr kritisch zu betrachten bzw. teils noch klärungsbedürftig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach aktuellem Verständnis ist noch unklar, wie Fälle im voraussichtlichen Referenzjahr 2025 (Krankenhausanteil) im Vorhaltebudget berücksichtigt werden, wenn sie an einem Standort entlassen werden, der nicht über die betreffende Leistungsgruppe verfügt.</li> <li>- Im Falle der Leistungserbringung an einem anderen Standort des Krankenhauses handelt es sich häufig um Patienten, die ein schweres Krankheitsbild sowie eine lange Verweildauer haben und zur Behandlung an mehrere Standorte eines Krankenhauses verbracht werden. Die Entlassung am Standort, der zwei Jahre später nicht über die entsprechende Leistungsgruppe verfügen wird, darf nicht dazu führen, dass der Anteil an der Vorhaltefinanzierung dem Krankenhaus nicht gewährt wird. Aus unserer Sicht ist hierfür eine Regelung erforderlich. Eine Möglichkeit wäre den Standortbegriff nochmals neu zu definieren und Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser mit mehreren Standorten, die jeweils über verschiedene Spezialisierungen verfügen, zu treffen.</li> <li>- Das KHVVG und KHAG zielen u.a. auf einen Strukturwandel der deutschen Krankenhauslandschaft ab. Dieser wird nochmals durch</li> </ul>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>die Bekanntgabe der Mindestvorhaltezahlen im Dezember 2026 verstärkt. Folglich werden ganze Fachbereiche von einem Krankenhaus zu einem anderen (wahrscheinlich) größerem Krankenhaus verlagert (oder auch von Standort zu Standort innerhalb eines Krankenhauses). Auch bei Krankenhausschließungen erfolgt eine Übernahme der Fachbereiche (und der Patienten) durch andere Krankenhäuser. Dies wird in den meisten Fällen jedoch nicht zu einer Überschreitung des gesetzlich vorgegebenen 20%-Korridors führen. Um eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und eine Übernahme der Fachbereiche und der entsprechenden Patienten zu gewährleisten, muss eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die eine Übertragung der jeweiligen Anteile an der Vorhaltevergütung an das übernehmende Krankenhaus bzw. den übernehmenden Standort vorsieht. Möglich wäre in diesem Kontext eine gänzliche Neuregelung des 20%-Korridors oder eine Ausnahmeregelung des 20%-Korridors für o.g. Konstellationen. In keinem Fall darf die Übernahme von Leistungen in Folge von Schließungen von Standorten oder Krankenhäusern oder Teilen von Standorten oder Krankenhäusern (und damit Verlagerung von Leistungsgruppen und Fallzahlen) dazu führen, dass die Vorhaltevergütung hierfür nicht entsprechend zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>Es fehlt nach wie vor eine konkrete Auswirkungsanalyse der geplanten Vorhaltevergütung. Fraglich ist, ob das neue Finanzierungsmodell die chronische Unterfinanzierung der Betriebskosten tatsächlich beseitigt, wenn sich 40 Prozent der Vergütung weiterhin an Fallzahlen orientiert.</p>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte</li> <li>– Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten</li> </ul>	
7	§ 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung</li> <li>– Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts</li> </ul>	Die Notfallzuschläge sollten bereits frühzeitiger angehoben werden, da die Unterfinanzierung der Notfallversorgung in ausreichend Studien nachgewiesen wurde.
8	§ 10	<p>Orientierungswert:</p> <p>Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt</p>	
9	§ 21	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung)</li> <li>– Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte</li> </ul>	
			<b>Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung</b>
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung</li> <li>– Streichung Regelung für Beteiligung PKV</li> <li>– Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.</li> </ul>	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			<b>Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen</b>

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			<b>Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung</b>
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			<b>Art. 7 Inkrafttreten</b>
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Hybrid-DRGs: Im Entwurf des KHAG erfolgen keine Änderungen bei den Hybrid-DRGs, obwohl deren massive Ausweitung ab 2026 sowie die angedachte Erlösanpassung an die AOPs bis 2030 massive Verwerfungen im System zur Folge haben werden. Die Auswirkung des deutlichen Anstiegs an die Vorhaltefinanzierung ist unklar ebenso die Erfordernis der Einhaltung von Qualitätskriterien der LG. Ferner gibt es weiterhin eine Ungleichbehandlung zum ambulanten Bereich. Bei gleichen Erlösen sind die Vorhaltekosten im Krankenhaus deutlich höher als in einer ambulanten Arztpraxis. Ferner werden aufwändige und komplexe Patienten weiterhin eher im Krankenhaus behandelt, so dass auch bei den Hybrid-DRGs eine Selektion wie bisher bei den AOPs erfolgt. Eingriffe/Behandlungen mit wenig Sachaufwand und bei geringer Morbidität der Patienten werden in den Praxen erbracht und das restliche Patientengut an die KH abgegeben.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Es sollten Ausnahmeregelungen für besondere Einrichtungen (z.B. Zentrum für Schwerbrandverletzte) getroffen werden.</p>