

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Präambel:

Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) verfolgt das Ziel, eine moderne, leistungsfähige und nachhaltige Krankenhausversorgung zu sichern. Der BKK Dachverband begrüßt die grundsätzliche Reformabsicht – stellt jedoch fest, dass zentrale Elemente des vorliegenden Entwurfs diesem Anspruch nicht gerecht werden. Statt Klarheit, Verbindlichkeit und Steuerung entstehen neue Unschärfen, Risiken für die Versorgungsqualität und drohende Fehlsteuerung bei der Mittelverwendung.

Die Finanzierung des Transformationsfonds über Bundesmittel ist ein richtiger Schritt – insbesondere, um die Beitragszahlenden der GKV nicht weiter zu belasten. An konkreten und überprüfbaren Kriterien für die Mittelverwendung fehlt es jedoch weiterhin. Für eine nachhaltige GKV-Finanzierung ist es aber auch notwendig, die Steigerungen der GKV-Ausgaben für den Krankenhausbereich deutlich zu begrenzen. Steigerungsraten oberhalb der Veränderungsrate sind auszuschließen bzw. auf Werte unterhalb der Veränderungsrate zu begrenzen. Die vollständige Refinanzierung der Tarifraten, die Meistbegünstigungsklausel zur Ermittlung des Veränderungswertes und die Selbstkostendeckung der Pflege gilt es daher abzuschaffen.

Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen die geplante Ausweitung der Ausnahmeregelungen für Leistungsgruppen, die den Ländern weitreichende Spielräume ohne belastbare Steuerungskriterien eröffnet. Mit der Streichung der Fahrtzeitgrenzen und der Aufweichung bundesweiter Standards wird die Zielsetzung einer bundesweit vergleichbaren und qualitätsgesicherten Versorgungsstruktur unterlaufen. Die Reform verliert hier ihren verbindlichen Charakter und öffnet Tür und Tor für neue regionale Ungleichgewichte.

Ebenfalls wird die zunehmende Reduzierung von Qualitätsanforderungen in der Leistungsgruppensystematik abgelehnt. Eine solche Entwicklung konterkariert die erklärten Reformziele. Es ist nicht hinnehmbar, dass Qualitätssteuerung zugunsten kurzfristiger politischer Kompromisse geopfert wird. Die Mindestvorhalteanforderungen und Mindestvorhaltezahlen müssen als zentrale Schlüsselemente zur Erreichung von Konzentrationsprozessen gestärkt und zeitnah verbindlich durchgesetzt werden – nicht relativiert oder verschoben. Nur so lassen sich auch diese Prozesse anschieben und somit auch die Wirtschaftlichkeit in den einzelnen Krankenhäusern steigern.

Das KHAG in seiner jetzigen Fassung gibt die notwendigen Ansprüche an die Krankenhausreform auf, eine zukunftsfähige und effiziente Krankenhauslandschaft zu schaffen. Um dies zu erreichen, braucht es klare Leitplanken mit belastbaren, anspruchsvollen und weitgehend bundeseinheitlichen Qualitätskriterien.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Das Abschließen von Versorgungsverträgen trotz der Nichterfüllung von Qualitätskriterien kann ein wirksames Instrument zur Steigerung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum darstellen. Unstrittig ist, dass Versorgung gewährleistet sein muss, jedoch stets in angemessener Qualität. Vor diesem Hintergrund weisen die Landesverbände der Betriebskrankenkassen darauf hin, dass sie ihre Gestaltungsmöglichkeit durchaus in diesem Sinne nutzen werden, aber auf der Grundlage eines hohen Qualitätsanspruch. Ferner ist anzumerken, dass die in §109 getroffene Ausnahmeregelung die vorzunehmende Krankenhausplanung nicht ersetzen kann.
3	§ 135e	<ul style="list-style-type: none"> – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern 	<p>Bislang war vorgesehen, dass Fachkrankenhäuser neben für sie wichtigen Leistungsgruppen zusätzlich verwandte Leistungsgruppen vorhalten. Die Streichung dieser Regelung für Fachkrankenhäuser wird von den Betriebskrankenkassen kritisch bewertet, da nach ihrer Auffassung das Reformziel einer Stärkung der Patientensicherheit dadurch abgeschwächt wird. Kooperationen können zwar ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sein, dürfen jedoch weder die Versorgungsqualität am jeweiligen Standort mindern, noch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Versorgungsangebote beeinträchtigen. Um dies zu gewährleisten, sollten objektive, bundesweit einheitliche Kriterien für Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen bewerten es grundsätzlich als sinnvoll, dass die Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal an die tatsächlichen Betriebszeiten von Tages- und Nachtkliniken angepasst werden sollen.</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) 	<p>Sachgerecht ist, dass dadurch keine Beschränkung der Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Ärztinnen und Ärzte erfolgt. Ebenso bleiben die spezifischen Strukturkriterien für die im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren von dieser Ausnahme unberührt.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen bewerten die Anrechenbarkeit eines Belegarztes mit vollem Versorgungsauftrag als pragmatische Lösung für kleinere Standorte in Ausnahmefällen. Voraussetzung ist, dass dabei die Einhaltung der Qualitätsanforderungen stets gewährleistet bleibt.</p>
4	§ 135f	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Es ist aus Sicht einer flächendeckenden hohen qualitativen Krankenhausversorgung richtig, dass Mindestvorhaltezahlen auch für die Leistungsgruppen gelten, die z. B. in NRW bereits zugewiesen wurden.</p> <p>Die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen wird um ein Jahr verschoben auf den 12. Dezember 2026. Diese Fristanpassung ist nicht sachgerecht, sondern verhindert die frühzeitige Umsetzung von anspruchsvollen Mindestvorhaltezahlen, die der Schlüssel für eine anspruchsvolle Krankenhausreform sind. Mindestvorhaltezahlen sind ein wesentliches Instrument zur Initiierung von Konzentrationsprozessen bei gleichzeitigem Ausschluss von Gelegenheitsversorgung. Nur so lassen sich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale heben.</p>
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für	Eine sorgfältige Abwägung zwischen der Sicherstellung der Versorgungssicherheit und der Aufrechterhaltung hoher Qualitätsstandards

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	ist bei der Abweichung von der gesetzlich vorgegebenen Zahl in Höhe von 15 Prozent für bestimmte Indikationsbereiche unerlässlich. Mindestmengenregelungen des G-BA sind bereits fachlich fundiert und gewährleisten Qualität, weshalb Doppelregelungen nach § 40 KHG zu vermeiden sind. Für die Betriebskrankenkassen ist daher entscheidend, dass der G-BA und nicht die Landesbehörden eine fundierte Entscheidung auf der Grundlage verfügbarer Daten und unter Einbezug der Stellungnahmen von Fachgesellschaften treffen soll.
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Die Anpassung ist zu begrüßen. Mit der Anhebung der Mindestreserve und der Obergrenze für die Liquiditätsreserve wird ein gewisses Maß „mehr“ an Puffer zur Sicherstellung der Liquidität im Gesundheitsfonds geschaffen. Auch die Einbeziehung der Mehrausgaben aus dem Einkommensausgleich zu den Ausgaben des Gesundheitsfonds als Ausgangsbasis für die Berechnung der Mindestreserve und der Obergrenze unterstützt dies. Es ist sicherzustellen, dass die jährliche Zuführung der 2,5 Mrd. Euro aufgrund der geplanten Änderung von § 12b KHG nicht bei der Prüfung der Überschreitung der Obergrenze mit einfließt. Dies sollte grundsätzlich über Abs. 2, letzter Satz ([...] <i>Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach Satz 4, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.</i> entsprechend berücksichtigt sein.
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der MD Bund gesetzlich verpflichtet wird, Richtlinien einheitlich und digital umzusetzen. Gerade Betriebskrankenkassen, die überwiegend bundesweit geöffnet sind, werden aktuell mit den uneinheitlichen Prozessen, Anwendungen und Praktiken der

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Medizinischen Dienste konfrontiert. Einheitliche und digitale Prozesse innerhalb der Medizinischen Dienste, aber auch in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, vermeiden bürokratische Aufwände, eine unnötige Bindung von Ressourcen und sorgen für mehr Akzeptanz.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Die erste Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes soll dem Referentenentwurf zufolge auf den 31. Juli 2027 statt wie bislang auf den 31. Dezember 2028 datiert werden. Das soll eine frühere Bewertung der Leistungsgruppen vor Einführung der Vorhaltevergütung ermöglichen. Hier weisen die Betriebskrankenkassen auf die Diskrepanz zwischen der späteren Umsetzung der Leistungsgruppenzuweisung und der zeitlich vorgezogenen Evaluation hin. Auch das Bundesministerium für Gesundheit erkennt im Begründungstext des Entwurfes an, dass die Aussagekraft der Erkenntnisse voraussichtlich eingeschränkt sein wird. Grundsätzlich ist die Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluationsbericht vertretbar, da weitere Evaluationen vorgesehen sind.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien 	Die Streichung der Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und Notfallmedizin ist nachvollziehbar und sachlogisch, da diesen Leistungsgruppen keine Fallzahlen im Leistungsgruppengrouper zugeordnet werden konnte. Die fortwährende Aufweichung und Abschwächung der Qualitätskriterien sehen die Betriebskrankenkassen kritisch. In Verbindung mit den zahlreichen Ausnahmeregelungen für die Leistungsgruppenzuordnung, die den Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer bereits im KHVVG und nun erneut im KHAG gewährt werden, kann nicht länger von der Erreichung einer bundeseinheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung ausgegangen werden. Damit wird das ursprüngliche Ziel der Reform

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformen Anpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - 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 	<p>aufgegeben. Die Betriebskrankenkassen lehnen deshalb die Abschwächung der Qualitätskriterien ab und plädieren für eine schnelle und bundesweit einheitliche Festlegung und Umsetzung von Mindestvorhaltezahlen in allen Leistungsgruppen, um so eindeutige und trennscharfe Kriterien für die Leistungsgruppenvergabe zu gewährleisten. Perspektivisch sollte außerdem die tatsächliche Behandlungsqualität (Ergebnisqualität) als Qualitätskriterium für den Erhalt einer Leistungsgruppe relevant sein.</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformen Anpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none">- LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung- LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung- LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung- LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung- LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG- Streichung der LG 47- LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung- LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung	

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformen Anpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65 	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
2	§ 6a	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>Die Festlegung, dass Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätsvorgaben der zugewiesenen LG erfüllen müssen, wird begrüßt. Die Anpassung der Datenübermittlungsfristen an das InEK aufgrund der Verschiebung der Vorhaltevergütung ist sachgerecht. Die Übergangsregelung für Landesplanungsbehörden, die bereits bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen umgesetzt haben, erscheint sachgerecht. Grundsätzlich sind zeitnahe bundeseinheitliche Regelungen notwendig und vom Gesetzgeber so schnell wie möglich durchzusetzen.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen lehnen die Erweiterung der Ausnahmeregelungen zur Erbringung der Leistungsgruppen in der Neuformulierung des Absatzes 4 generell ab. Die bisherigen Ausnahmeregelungen sind bereits weitreichend und verwässern die Ziele</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>der Reform, sodass eine bedarfsgerechte, bundesweit einheitliche Versorgung nicht erreicht wird.</p> <p>Die ersatzlose Streichung der Fahrtzeitgrenzen zur Festlegung beziehungsweise Definition der zwingenden Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wird ebenfalls abgelehnt. Zwar ist es richtig, dass eine rigide Anwendung des Fahrtzeitkriteriums alleine nicht ausreicht, um eine bedarfsnotwendige Zuweisung von Leistungsgruppen zu bestimmen. In der geplanten Form gibt es aber kein Kriterium mehr, das klarstellt, wann Ausnahmen erforderlich sind. Statt einer Streichung sollte das Kriterium der Fahrtzeitgrenzen überarbeitet, ausdifferenziert und ergänzt werden. Insbesondere sollte die Gewährung von Ausnahmen auf bestimmte Leistungsgruppen beschränkt werden, da etwa für elektive Leistungen eine Versorgung in weiter entfernten spezialisierten Kliniken bessere Ergebnisse erzielen kann und somit die schnelle Erreichbarkeit dieser Leistungen im Sinne der Patienten nicht an erster Stelle stehen sollte. Die Formulierung „zwingend erforderlich“ sollte abgeschwächt werden. Der Gesetzgeber sieht in der Begründung selbst eine bundeseinheitliche Umsetzung durch die Länder als wünschenswert an, gibt hier aber keinerlei Rahmen, um dies zu ermöglichen. Mit einer bundeseinheitlichen Umsetzung kann somit nicht gerechnet werden. Statt einer Streichung sollten bundeseinheitliche Regelungen anhand des tatsächlichen Bedarfs der Bevölkerung erarbeitet werden.</p>
4	§ 12b	<ul style="list-style-type: none"> – Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist 	Die Finanzierung des Transformationsfonds aus Bundesmitteln statt aus Mitteln des Gesundheitsfonds wird von den Betriebskrankenkassen sehr begrüßt. Hiermit wird ein zentraler Fehler der Reform – der unserer

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> – 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 	<p>Auffassung nach rechtswidrige Zugriff auf Kassengelder für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes – behoben.</p> <p>Die Klarstellung zur Notwendigkeit der Prüfungen der Förderfähigkeit der Vorhaben durch die Länder wird ebenfalls begrüßt.</p> <p>Die vollständige Streichung der Verpflichtung zur Prüfung des Insolvenzrisikos durch die Länder wird von den Betriebskrankenkassen jedoch abgelehnt. Die Mittel des Transformationsfonds sollten nicht an insolvenzgefährdete Krankenhäuser fließen. Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, können auch die festgelegten Anforderungen, etwa die Beauftragung eines Wirtschaftsprüfers, reduziert werden, ohne die Verpflichtung gänzlich aufzugeben.</p>
6	§ 37	<p>Ermittlung Vorhaltevergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027 	<p>Die Änderung des § 37 Abs. 5, wonach nicht verteilte Mittel aus dem Vorhaltebudget in Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht Leistungsgruppen zugewiesen haben, auf andere Leistungsgruppen aufgeteilt wird, lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Die Aufgabe des Vorhaltebudgets ist es, Vorhaltekosten zu finanzieren. In nicht existenten Leistungsgruppen werden keine Vorhaltekosten generiert, die somit auch nicht gegenfinanziert werden müssen. Die Vorhaltekosten in anderen Leistungsgruppen verändern sich außerdem nicht in Abhängigkeit der Anzahl anderer Leistungsgruppen. Eine Benachteiligung der betroffenen Bundesländer ist ebenfalls nicht ersichtlich, da es sich nicht um die Verteilung von Landesmitteln, sondern um die Verteilung von Kassengeldern handelt. Somit wird durch diese Regelung im Gegenteil eine</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			völlig unbegründbare, nicht zweckentsprechende Verwendung von Geldern der Beitragszahler forciert.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die Betriebskrankenkassen lehnen die unsystematische Vergabe von einzelnen Zuschlägen zur Unterstützung einzelner Versorgungsbereiche generell ab. Das Vergütungssystem sollte vielmehr so weiterentwickelt werden, dass es ohne solche Ausnahmeregelungen funktioniert und keine Fehlanreize, weder zur Unterversorgung noch zur Überversorgung enthält.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die Betriebskrankenkassen lehnen die unsystematische Vergabe von einzelnen Zuschlägen zur Unterstützung einzelner Versorgungsbereiche generell ab. Das Vergütungssystem sollte vielmehr so weiterentwickelt werden, dass es ohne solche Ausnahmeregelungen funktioniert und keine Fehlanreize, weder zur Unterversorgung noch zur Überversorgung enthält.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen 	Mit der Regelung wird das Bezugsjahr für die Erstellung der Liste nach Absatz 2 Satz 3 vom Jahr 2023 auf das Jahr 2025 datiert. Da das Kalenderjahr 2025 noch nicht abgeschlossen ist, besteht durch die Anpassung der Fristen der Anreiz zur Mengenausweitung für die Krankenhäuser. Die Anpassung wird aus diesem Grund abgelehnt. Die Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen bedeutet eine Abweichung von den geplanten strengeren Vorgaben bei onkochirurgischen Leistungen. Eine sorgfältige Abwägung zwischen der Sicherstellung der Versorgungssicherheit und der Aufrechterhaltung hoher Qualitätsstandards ist dabei unerlässlich. Für die Betriebskrankenkassen ist daher entscheidend, dass der G-BA und nicht die Landesbehörden eine fundierte

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Entscheidung auf der Grundlage verfügbarer Daten und unter Einbezug der Stellungnahmen von Fachgesellschaften trifft. Die neue Regelung kann zu einer sinnvollen Steuerung der Patientenströme und der Krankenhauslandschaft beitragen. Eine sorgfältige Umsetzung der Abweichung von der gesetzlich vorgegebenen Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschlüsse ist unabdingbar, damit sie nicht durch politisch ausgehandelte Lösungen in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt wird.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
3	§ 5	<ul style="list-style-type: none"> – 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 Verlängerung der Zuschläge für die Pädiatrie und Geburtshilfe ergibt sich nicht automatisch aus der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und wird daher abgelehnt. Vielmehr sollte zunächst überprüft werden, ob eine Notwendigkeit für die Gewährung der Zuschläge an sich noch besteht. Die Betriebskrankenkassen lehnen die unsystematische Vergabe von einzelnen Zuschlägen zur Unterstützung einzelner Versorgungsbereiche generell ab. Das Vergütungssystem sollte vielmehr so weiterentwickelt werden, dass es ohne solche Ausnahmeregelungen funktioniert und keine Fehlanreize, weder zur Unterversorgung noch zur Überversorgung enthält.
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: <ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen 	Die Klarstellung, dass Fälle, die nicht auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, nicht bei der Ermittlung des Vorhaltebudgets berücksichtigt werden, wird begrüßt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Bewertungsrelationen vergütete Krankenhäufälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		
	§§ 9, 10 KHEntgG	Abschaffung vollständige Tariffinanzierung, Abschaffung Berücksichtigung des vollständigen Orientierungswerts unter Anwendung der Meistbegünstigungsklausel	<p>Die im KHVVG eingeführte vollständige, umfassende und frühzeitige Tariffinanzierung sowie die Berücksichtigung des vollen Orientierungswerts unter Anwendung der Meistbegünstigungsklausel bei der Vereinbarung des Veränderungswertes durch die Selbstverwaltungspartner lehnen die Betriebskrankenkassen weiterhin ab.</p> <p>Die volle Tariffinanzierung hat weitreichende Folgen für die Tarifverhandlungen. Sie steht maßvollen Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich entgegen. Dies belastet nicht nur den Beitragszahler über Gebühr, sondern führt auch zu Verschiebeeffekten von Personal zu Lasten des außerklinischen Bereichs.</p> <p>Auch die Vereinbarung des Veränderungswertes unter Anwendung des vollständigen Orientierungswertes lehnen die Betriebskrankenkassen weiterhin ab. In Verbindung mit der Meistbegünstigungsklausel steht dies</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>dem Grundsatz der Beitragsstabilität nachhaltig entgegen: In jedem Fall werden Einnahmensteigerungen der GKV vollständig sofort verausgabt, auch wenn die Kostensteigerungen der Krankenhäuser darunterliegen. Bei Kostensteigerungen über den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen werden diese ebenfalls vollständig übernommen, sodass sich systematisch vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität abgewendet wird.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen sehen es als zwingend notwendig an, die Vergütungssteigerungen der Krankenhäuser deutlich begrenzen und hierfür unverzüglich die volle Tariffinanzierung und die Meistbegünstigungsklausel abzuschaffen.</p>
	§ 6a KHEntgG	Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips im Pflegebudget	<p>Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Selbstkostendeckung der Pflege wieder abzuschaffen:</p> <p>Die Erfahrungen, die inzwischen in Bezug auf das Pflegebudget vorliegen, zeigen, welche negativen Konsequenzen und Fehlallokationen sonst erwartbar sind. Die Personalkosten im Pflegebudget sind seit Einführung überproportional gestiegen. In den vergangenen fünf Jahren sind die Ausgaben in diesem Bereich von 15,2 Milliarden Euro auf nunmehr 22,6 Milliarden Euro gestiegen – eine Steigerung von fast 50 %. Gleichzeitig steigt auch die Personaldecke in einigen Bereichen überproportional, allerdings nicht dort, wo es aufgrund von Personalengpässen auch erforderlich wäre. Daraus resultiert ein fortwährender Anpassungsbedarf der gesetzgeberischen Regelungen und Definitionen von Pflegepersonal und Pflegekosten, die bis heute keine befriedigende Lösung für die Probleme geliefert haben. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann nur eine Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips wieder einen Anreiz bei den Krankenhäusern zum verantwortungsvollen Umgang mit dem dringend</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			benötigten Personal führen. Die Kostensteigerungen des Pflegebudgets insgesamt dürfen die Veränderungsrate nicht übersteigen. Um dieses Ziel zu erreichen sind Ausgabenveränderungen, die darüber liegen, absenkend im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen.
	§ 109 Abs. 5 S. 5 SGB V	Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen streichen	<p>Die Betriebskrankenkassen fordern, dass die Zahlungsfrist von fünf Tagen für die Begleichung von Krankenhausrechnungen, abgeschafft wird. Die stark verkürzte Zahlungsfrist wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz Ende März 2020 eingeführt und inzwischen gesetzlich im § 109 Abs. 5 S.5 SGB V auf unbestimmte Zeit festgeschrieben.</p> <p>Die Betriebskrankenkassen stellen fest, dass der ursprüngliche Grund für die Einführung einer verkürzten Zahlungsfrist, nämlich die Corona-Pandemie, so schon lange nicht mehr besteht. Die Verstärkung der krisenbedingten Sonderregelung hat die Liquidität erheblich zu Gunsten der Krankenhäuser und zum Nachteil der gesetzlichen Krankenkassen verschoben. Angesichts einer immer angespannteren Haushaltslage der gesetzlichen Krankenversicherer ist die Einseitigkeit der Regelung zugunsten der Krankenhäuser nicht mehr vertretbar und begründbar. Eine qualitativ hohe und angemessene Rechnungsprüfung ist in dem kurzen Zeitraum nur unter sehr hohem Druck leistbar.</p> <p>Die Krankenkassen fordern daher die Rückkehr zu den regulären Zahlungsfristen gemäß den Landesverträgen nach § 112 SGB V.</p>
	§ 26 KHG	Streichung des separaten Zusatzentgeltes für Testungen auf das Corona-Virus im Krankenhaus	Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Die Streichung war bereits im Gesetzentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehen, wurde jedoch in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet. Die Betriebskrankenkassen fordern die Streichung im KHAG umzusetzen.</p>
	§§ 6, 14, 15 KHEntgG, analog in BPfIV	Ergänzender Gesetzgebungsbedarf: Erstattungsbetrag	<p>Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze sollte auch explizit im Normtext zu den krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG verankert werden.</p> <p>Ein weiterer Regelungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf den Ausgleich von Differenzbeträgen zwischen dem Erstattungsbetrag und dem vereinbarten Entgelt. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich über den allgemeinen Mehr- oder Mindererlösausgleich unabhängig davon, welche Krankenkasse die tatsächlichen Kosten getragen hat. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.</p> <p>Zudem ist die rückwirkende Abwicklung des Erstattungsbetrages, sollte der Geltungszeitpunkt in der Vergangenheit liegen, nicht ausreichend geregelt. Die Ortsebene müsste hierzu weiterhin Vereinbarungen mit den Krankenhäusern und allen Vertragsparteien treffen, damit die Kassen individuell an ihre zu viel gezahlten Beträge kommen. Eine Abwicklung über den Erlösausgleich reicht in diesem Fall nicht aus, da insbesondere für hochpreisige Arzneimittel die zurückzuzahlenden Beträge über alle Kassen verteilt würden, statt an die Kasse zu fließen, die die ursprünglichen</p>

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ausgaben hatte. Wir plädieren hier für eine Regelung, die es der Bundesebene in ihrer Vereinbarung zum Erstattungsbetrag erlaubt, für hochpreisige Arzneimittel ab einem festzulegenden Schwellenwert eine kassenindividuelle Rückabwicklung der zu viel gezahlten Erstattungsbeträge vorzuschreiben. Außerdem sollte dies direkt über den pharmazeutischen Hersteller möglich sein, statt den Umweg über das Krankenhaus gehen zu müssen.
	NEU	NachhaltigkeitsRadar für Kliniken	<p>Ein NachhaltigkeitsRadar für Kliniken schafft Transparenz, identifiziert Entwicklungspotenziale, ermöglicht verbindliche nationale Vergleiche und schafft eine belastbare Datengrundlage für zielgerichtete Investitionen aus dem Klimatransformationsfond (KTF) für eine klimaneutrale Krankenhausversorgung ohne Streuverluste.</p> <p>Als standardisiertes, wirkungsorientiertes Instrument macht der NachhaltigkeitsRadar für Kliniken – analog zum DigitalRadar (§ 14b KHG) – den Nachhaltigkeits-Reifegrad einzelner Krankenhäuser messbar. Mit transparenten Kennzahlen können wir Fortschritte systematisch erfassen, wirksame Best Practices verbreiten und Fördermittel – insbesondere aus dem KTF – wirtschaftlich, effizient und haushaltspolitisch solide einsetzen.</p> <p>NextSteps:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einführung eines NachhaltigkeitsRadars für Kliniken als objektives Steuerungsinstrument. 2. Sicherstellung der finanziellen Basis aus dem KTF (Klima- und Transformationsfonds) als zentrales Instrument für die Transformation der Klimaneutralität. 3. Beauftragung eines interdisziplinären Konsortiums zur Konzeption und Umsetzung des NachhaltigkeitsRadars auf nationaler Ebene.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) - Stand: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>4. Entwicklung eines validierten Reifegradmodells, das den Nachhaltigkeitsstatus von Krankenhäusern messbar macht und zielgerichtete Entwicklungspfade aufzeigt.</p> <p>5. Aufbau eines zentralen Transparenzportals, das den Reifegrad sowie Fortschritte der Einrichtungen öffentlich und vergleichbar darstellt.</p>