



## Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie begrüßt die Initiative der Bundesregierung, mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform das Reformvorhaben aus der vergangenen Legislaturperiode nachzujustieren.

Den Ansatz des KHVVG, durch eine Konzentration von Leistungen in dafür spezialisierten Kliniken, eine Verbesserung der Behandlungsqualität anzustreben, tragen wir weiterhin grundsätzlich mit. Es ist evident, dass die Einführung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität durch Zuweisung von Leistungsgruppen, zu einer Verbesserung der Qualität der stationären Behandlungsergebnisse beitragen kann. Mitunter wird jedoch durch die Einheitsmatrix den Besonderheiten einer Fachdisziplin oder eines Standortes nicht hinreichend Rechnung getragen.

Die stationäre MKG-Chirurgie – Leistungsgruppe 37 gem. Anlage 1 zu § 135e SGB V – ist sowohl eine hochspezialisierte Facharztdisziplin als auch Grundversorger. So behandeln doppelapprobierte Fachärzte für MKG-Chirurgie einerseits Tumore und schwerste Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich, Gesichtsfehlbildungen oder auch Kiefergelenkserkrankungen und dies vielfach in interdisziplinären Teams. Wir stellen jedoch zugleich die chirurgisch / zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Patienten sicher, die auf Grund von Begleiterkrankungen - Demenz, geistiger und/oder körperlicher Behinderungen, Multimorbidität - eines vollstationären Settings bedürfen nachgeordnet der ambulanten Versorgung der Zahnärzteschaft, die diese Fälle an die Kliniken überweist. Ein dritter versorgungsrelevanter Aspekt von stationären MKG-Einrichtungen ist die Notfallbehandlung, insbesondere von nächtlichen Nachblutungen nach ambulanten zahnärztlich operativen Eingriffen bei Patienten mit antikoagulativer Medikation, aber auch von Entzündungen und Traumata, die über die Möglichkeiten des zahnärztlichen KZV-Notdienstes hinausgehen. Dieser Bedeutung bei der Sicherstellung der Versorgung trägt weder die Konstruktion der Vorhaltefinanzierung noch das vorgesehene Prozedere der Leistungsgruppenzuweisung Rechnung. Den Ländern bei der Zuweisung von Leistungsgruppen etwa mehr Abweichungsmöglichkeiten einzuräumen - wie die ausnahmsweise Leistungsgruppenzuweisung für Sicherstellungskrankenhäuser sowie Abweichungsmöglichkeiten vom Standortprinzip (**Art. 1, 1., b) - § 109 SGB V; Art. 2, 2. - § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz**), eröffnen jedoch begrüßenswerten Spielraum. Insbesondere der Wegfall der Erreichbarkeitsvorgaben – über 40 Minuten PKW-Fahrtzeit – eröffnet den Ländern einen gewissen Ermessensspielraum.

Dennoch steht zu befürchten, dass die zur Leistungsgruppenzuweisung hinzutretenden Instrumente im Bereich der Onkochirurgie sowie der Mindestvorhaltezahlen, bedarfsnotwendige Versorgung vom Netz nehmen wird. Dabei gibt es gerade in unserer Fachdisziplin keine „Gelegenheitschirurgie“, die es erforderlich machen würde die Anzahl der Standorte deutlich zu reduzieren. Dies leitet sich aus der hohen Spezialisierung des Fachs durch Doppelapprobation + Facharztweiterbildung sowie der vergleichsweise geringen Anzahl an Universitätskliniken, MKG-Hauptfachabteilungen und Kliniken mit mkg-chirurgischen



Belegabteilungen ab. Zudem sollte in Betracht gezogen werden, die Resilienz der Versorgung, die Auffangfähigkeiten im Krisen- und Kriegsfall zu bedenken. Verletzungen im Kopf-, Hals- und Gesichtsbereich machen einen hohen Anteil bei Kampfhandlungen oder Terrorattentaten aus.

## **1. Überarbeitung der Leistungsgruppen**

Zu **Artikel 1, 13** – Anlage 1 zu § 135e SGB V

Wir begrüßen die Überarbeitung des Leistungsgruppenkatalogs in **Anlage 1 zu § 135e SGB V** unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses. Damit würde für unsere Leistungsgruppe (37) die Streichung des nicht existenten “Panendoskop” aus den Anforderungen an die “Sachliche Ausstattung” vollzogen, welche wir bereits in unserer Stellungnahme zum KHVVG erbeten hatten und wie sie zuletzt vom Leistungsgruppenausschuss empfohlen wurde.

Auch wenn der Begründung keine normative Wirkung zukommt, empfehlen wir in dieser den Satz *“Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskope zu verwenden.”* durch den Satz *“Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskopien anzufertigen.”* zu ersetzen, da “Panendoskope” nicht existieren. “Panendoskopien” dienen der Diagnose von Metastasen oder Zweitumoren, welche mit Hilfe von Mikroskop und Endoskop erbracht werden.

## **2. Abrechnungsausschuss Onkochirurgie**

Zu **Artikel 1, Nr. 6, a) - § 136c Abs. 2 SGB V**

Den vorgesehene Abrechnungsausschluss für stationärer Standorte mit unterdurchschnittlich vielen onkochirurgischen Eingriffen in noch zu bestimmenden Indikationsbereichen (§ 40 KHG in Verbindung mit § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG), lehnen wir weiterhin ab.

Mit der Scharfschaltung des Abrechnungsausschlusses würden diejenigen Krankenhausstandorte, die zusammen die wenigsten und zusammen das 15. Perzentil onkochirurgischer Eingriffe in einem Indikationsbereich erbringen, diese weitestgehend nicht mehr vergütet bekommen.



Bei onkochirurgischen Eingriffen hängt die Qualität des Behandlungsergebnisses auch von der Menge der erbrachten Leistungen, also der Erfahrung und Routine des interdisziplinären Behandlungsteams ab, das in den zertifizierten Tumorzentren meistens aus HNO und MKG besteht. Hier liegt auch die Gefahr einer 15% Perzentile, indem sich beide Disziplinen die Fallzahlen von Kopf-, Hals Tumoren teilen, der InEK-Grupper den Fall jedoch lediglich einer Leistungsgruppe zuweisen kann und dadurch beide wechselseitig unter die 15% geraten. Deshalb sprechen wir uns für eine Fortentwicklung des Qualitätssicherungsinstruments nach § 136b Absatz 1 Satz 1 SGB V aus, der Vorgabe von Mindestmengen durch den G-BA für planbare Eingriffe. Die Vorgabe von Mindestmengen ist rechtssicher, da höchststrichlerlich bestätigt sowie evidenzbasiert. Bei den Mindestmengen vorgaben müssten statt Leistungsgruppen Standorte mit Behandlungsteams berücksichtigt werden. Eine perzentile Festlegung erscheint demgegenüber willkürlich; ihr fehlt der Nachweis, dass die darunterfallenden Krankenhausstandorten grundsätzlich eine niedrigere Ergebnisqualitäten erbringen.

Begrüßenswert ist immerhin, dass mit der vorgesehen Neufassung von § 136c Abs. 2 SGB V der Gesetzgeber beabsichtigt, die ausnahmslos einheitliche quantitative Vorgabe von 15% aufzugeben. Der G-BA soll eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen dürfen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der Umstand, dass in diesem Fall der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, ist allerdings nicht hinreichend. **Es bedarf vielmehr eines Antragsrechts medizinischer Fachgesellschaften zur Einleitung eines Verfahrens nach § 136c Abs. 2 SGB V! Andernfalls drohte die Erleichterung ins Leere zu laufen, bleibt der G-BA schlicht untätig.**

#### 4. Vorhaltefinanzierung

Unserer Leistungsgruppe kommt bei der Vorhaltung in doppelter Hinsicht besondere Bedeutung zu. Wir sind einerseits eine hochspezialisierte Facharztdisziplin, andererseits aber auch Grundversorger. Im Grundversorgungsbereich behandeln wir insbesondere vulnerable Patienten, die auf Grund ihrer Begleiterkrankungen eines stationären Settings im Zusammenhang mit ihrer mkg-chirurgisch / zahnärztlichen Behandlung bedürfen.

Zu berücksichtigen wäre auch die Bedeutung der mkg-Chirurgie im Zusammenhang mit der Resilienz unseres Gesundheitswesens. Schwere Verletzungen im Kopf-, Hals- und Gesichtsbereich machen einen hohen Anteil bei Großunfällen, Terrorattentaten oder Kampfhandlungen aus. Diese Faktoren sind bei der bisherigen Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung unberücksichtigt geblieben.

Wir sprechen uns deshalb für die Einführung einer fallzahlunabhängigen, bedarfsorientierten Vorhaltevergütung aus, welche obige Aspekte berücksichtigt.



## **1. Belegarztwesen**

Zu **Artikel 1, Nr. 3, c), bb), aaa)** sowie **ccc) - § 135e Absatz 4 Satz 2 Nr. 7 SGB V**

Wir begrüßen die Überarbeitung der Vorgaben für Belegärzte sowie zu den Vollzeitäquivalenten. Die Reduzierung auf 38,5 Stunden entspricht den Vorgaben der Tarifparteien und damit der Lebenswirklichkeit.

§ 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7 d SGB V – Entwurf sieht die Anrechnungsmöglichkeit eines Belegarztes mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag an Stelle eines Vollzeitäquivalentes vor. Wir verstehen die Regelung so, dass sich dieses Kontingent auf bis zu 3 Belegärzte aufteilen lässt. Damit kollidierte der für die belegärztliche Tätigkeit erforderliche Umfang nicht mehr mit den Vorgaben aus den Mantelverträgen, wonach die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit bilden darf.

## **5. Fördertatbestände des § 12b KHG**

Zu **Artikel 3**

Wir halten auch weiterhin die in § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 bis 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten, enumerativ aufgezählten Fördertatbestände im Grundsatz für schlüssig. Problematisch erweist sich lediglich der einseitige Fördertatbestand in § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 KHG, für "Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind."

Gemäß der Begründung zu § 3 Abs. 4 KHTFV sind „förderfähig insbesondere Vorhaben zur Behandlung von komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, bei denen Versorgungseinrichtungen von einem nicht universitären Krankenhaus an eine Einrichtung eines Hochschulklinikums verlegt werden.“ Zu den förderfähigen Kosten sollen danach auch "die Kosten für die Schließung von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen an dem Krankenhaus, an dem das Zentrum auf- oder ausgebaut wird" gehören. Dies lehnen wir für unsere Leistungsgruppe ab.



Angesichts der geringen Anzahl an Universitätsklinika und Hauptfachabteilungen, denen die Leistungsgruppe MKG-Chirurgie (37) überhaupt zugewiesen werden dürfte, darf durch die Fördermaßnahme in § 3 Abs. 4 KHTFV nicht auch noch ein finanzieller Anreiz gesetzt werden, Hauptfach- oder Belegabteilungen für MKG-Chirurgie “abzuwickeln” indem die Verlegung an eine Universitätsklinik im Zuge einer Zentrumsgründung gefördert würde. Die meisten nicht universitären Hauptfachabteilungen in unserem Fach MKG werden von habilitierten Chefärztinnen und Chefärzten geleiten und arbeiten daher auf universitärem Niveau, insbesondere auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen. Mit jeder Schließung einer Beleg- oder Hauptfachabteilung droht dringend benötigte Versorgung vom Netz zu gehen.

## **6. InEK-Grouper**

Im Zug der empfohlenen Aussetzung der Vorhaltefinanzierung, könnte auch der InEK-Grouper, dessen es zur Zuweisung der Leistungsgruppen zweifellos bedarf, angepasst werden. Der Grouper sollte allein der Krankenhauplanung dienen. Die Idee, jeden Einzelfall einer Leistungsgruppe zuzuordnen, ist hoch bürokratisch, fehlerbehaftet und u.E. auch unnötig.

## **7. Hybrid-DRG's**

Die derzeitige Ausgestaltung der speziellen sektorengleichen Vergütung basiert auf einem Änderungsantrag der seinerzeitigen Regierungsfractionen zum KHVVG. Das Gesetzgebungsverfahren zur Anpassung der Krankenhausreform böte daher die Gelegenheit, die Regelungen in § 115f SGB V auf den Prüfstand zu stellen.

Die geplante Ausweitung der Hybrid-DRG's auf 1 Million bisher stationärer Eintagesfälle pro Jahr ab 2026 ist unrealistisch. Weil in der MKG Chirurgie weder der Bewegungsapparat noch der Verdauungsapparat betroffen sind, gibt es eine hohe Zahl von potentiellen Eintagesfällen nach den Kriterien des medizinischen Dienstes. In dieser kurzen Zeit sind aber bei vielen Fälle Die notwendigen Analysen zur Fallauswahl und Vergütungskalkulation sind unter dem gesetzten Zeitdruck nicht seriös durchführbar, beklagt selbst das InEK. Als Hemmschuh der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen erweisen sich weiterhin die nicht-Finanzierung der variablen Sachkosten, die “schrittweise Anpassung der Vergütung auf die Höhe der Vergütung der nach § 115b SGB V vereinbarten



Leistungen bis 2030“, der generelle Ausschluss von Kindern, Jugendlichen und Menschen mit Behinderungen sowie die fehlende Beteiligung der Fachgesellschaften bei der Auswahl geeigneter Leistungen die der speziellen sektorengleichen Vergütung unterworfen werden sollen.

## Stellungnahme zum KHAG

**Name des Verbandes:** Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

**Datum:** 12.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	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	
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>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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>	
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Mit der Neufassung von § 136c Abs. 2 SGB V wird beabsichtigt, die ausnahmslos einheitliche quantitative Vorgabe von 15% aufzugeben. Der G-BA soll eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen dürfen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der Umstand, dass in diesem Fall der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, ist zu begrüßen allerdings nicht hinreichend. Es bedarf vielmehr eines Antragsrechts medizinischer Fachgesellschaften zur Einleitung eines Verfahrens nach § 136c Abs. 2 SGB V. Andernfalls drohte die Erleichterung ins Leere zu laufen, bleibt der G-BA schlicht untätig.
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	



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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	<p>Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen:</p> <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> <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> </ul>	<p>Wir begrüßen die Überarbeitung des Leistungsgruppenkatalogs in Anlage 1 zu § 135e SGV V unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses. Damit würde für unsere Leistungsgruppe (37) die Streichung des nicht existenten “Panendoskop” aus den Anforderungen an die “Sachliche Ausstattung” vollzogen, welche wir bereits in unserer Stellungnahme zum KHVVG erbeten hatten und wie sie zuletzt vom Leistungsgruppenausschuss empfohlen wurde.</p> <p>Auch wenn der Begründung keine normative Wirkung zukommt, empfehlen wir in dieser den Satz “Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskope zu verwenden.” durch den Satz “Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskopien anzufertigen.” zu ersetzen, da “Panendoskope” nicht existieren. “Panendoskopien” dienen der Diagnose von Metastasen oder Zweitumoren und werden mit Hilfe von Mikroskop und Endoskop erbracht.</p>

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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> <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> </ul>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>- Streichung LG 65</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<b>Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
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>	
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> </ul>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>	
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken:  Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
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>	
			<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> <li>• Fixkostendegressionsabschlag</li> </ul> </li> </ul>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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>	
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</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
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>	
8	§ 10	<p>Orientierungswert: 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> <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>	



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<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>
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		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		

