

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Datum: 17. August 2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Kein Kommentar
2	§ 135d	<ul style="list-style-type: none"> – Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin 	Kein Kommentar
3	§ 135e	<ul style="list-style-type: none"> – Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) 	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie begrüßt die Anpassung der anrechenbaren Stundenzahl für eine Vollzeitstelle auf 38,5 Stunden, diese Anpassung entspricht der Versorgungsrealität bzw. den tariflichen Bedingungen an vielen Krankenhäusern.</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie begrüßt die Möglichkeit der Berücksichtigung von Belegärzten für die Erfüllung von Leistungsgruppen. Hierbei handelt es sich um qualifizierte Fachärzte die vertraglich an die jeweiligen Krankenhausstandorte gebunden sind und in gleichem Maße wie am Krankenhaus angestellte Fachärzte die Versorgung sicherstellen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	
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 	Kein Kommentar
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Kein Kommentar
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Kein Kommentar
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Kein Kommentar
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Kein Kommentar
9	§ 275a	<ul style="list-style-type: none"> – Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens 	Kein Kommentar
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	Kein Kommentar
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Kein Kommentar
13	Anlage 1	<p>Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen:</p> <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 – 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 	<p><u>Leistungsgruppe 11 (interventionelle Kardiologie):</u> Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hält das Vorhandensein eines Kardio-MRTs am Standort für kein sinnvolles Auswahlkriterium zur Erteilung der Leistungsgruppe interventionelle Kardiologie, dieses insbesondere vor dem Hintergrund das die MRT-Untersuchung des Herzens keine Leistung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie wendet sich ferner gegen eine Verknüpfung der Erteilung der Leistungsgruppe interventionelle Kardiologie mit der Erfüllung der Notfallstufen (Auswahlkriterium erweiterte oder umfassende Notfallversorgung). Anstelle der Verknüpfung mit einer Stufe der Notfallversorgung schlagen wir stattdessen das Vorhandensein einer durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie zertifizierten Chest-Pain-Unit (CPU) als Auswahlkriterium vor.</p> <p><u>Leistungsgruppe 13 (Minimalinvasive Herzklappenintervention):</u> Die in dieser Leistungsgruppe zusammengefassten Eingriffe (quantitativ überwiegt in dieser LG der interventionelle Aortenklappenersatz (TAVI)) werden gemäß der Leitlinien der Fachgesellschaften und internationaler Standards im sogenannten Heart-Team von Fachärzten für Kardiologie und Fachärzten für Herzchirurgie gemeinsam erbracht. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie kritisiert das bei den Anforderungen für die LG13 in der Anlage 1 bei den Fachärztlichen Vorgaben weiterhin nur der Facharzt für Herzchirurgie benannt wird. Diese Strukturvorgabe entspricht nicht dem medizinischen Standard, den Leitlinien der nationalen und internationalen kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften sowie der Behandlungsrealität in deutschen Kliniken und muss dringend geändert werden.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung – LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – 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 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65 	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Kein Kommentar
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 	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Kein Kommentar
4	§ 12b	<ul style="list-style-type: none"> – Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund 	Kein Kommentar
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Kein Kommentar
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: <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 	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Kein Kommentar
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Kein Kommentar
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 	Kein Kommentar
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027) 	Kein Kommentar
2	§ 4	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung Erlösbudget 	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> • Fixkostendegressionsabschlag 	
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 	Kein Kommentar
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 Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen 	Kein Kommentar
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Kein Kommentar
6	§ 8	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten 	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 9	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts 	Kein Kommentar
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>	Kein Kommentar
9	§ 21	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte 	Kein Kommentar
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	Kein Kommentar
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Kein Kommentar
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Kein Kommentar
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Kein Kommentar
6	§ 7	<ul style="list-style-type: none"> – Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte. 	Kein Kommentar
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Kein Kommentar
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	Kein Kommentar Kein Kommentar
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Kein Kommentar

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		Kein Kommentar
	Ggf. weitere Anmerkungen		<p><u>Kommentar zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs):</u> Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie bemängelt das im Entwurf des KHAG keine strukturellen Vorgaben für die Erbringung der speziellen sektorengleichen Vergütungen (sogenannte Hybrid-DRGs) eingebracht wurden. Hierzu hatte die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie neben zahlreichen anderen Fachgesellschaften zuletzt am 24.6.2025 eine entsprechende Eingabe verfasst (siehe Anhang).</p> <p>Die kardiologischen Leistungsgruppen 10 (EPU und Ablation), 11 (interventionelle Kardiologie) sowie 12 (Kardiale Devices) sind quantitativ in ganz besonderem Maße von der Verschiebung aus dem stationären Bereich in spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) betroffen. Für die genannten Leistungsgruppen bestehen im stationären Bereich hohe Strukturanforderungen (z.B. für die LG11 fünf Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit Rufbereitschaft 24/7, Intensivmedizin komplex und Stufe der erweiterten Notfallversorgung).</p> <p>Auch im ambulanten Bereich muss eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet sein. Daher sollte auch für Hybrid-DRGs sichergestellt sein, dass eine geregelte Kooperation mit einer stationären Versorgung im Falle von Komplikationen besteht. Dies betrifft insbesondere den Zugang zur Intensivmedizin.</p> <p>Bei der zu einem späteren Zeitpunkt beabsichtigten Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen wird die Verlagerung von Eingriffen an ambulante Leistungserbringer möglicherweise dazu führen das zahlreiche stationäre Versorger diese Mindestvorhaltezahlen nicht mehr erbringen können. Darüber hinaus wird die Vorhaltung der komplexen Strukturvoraussetzungen für die kardiologischen Leistungsgruppen bei abnehmenden Leistungszahlen im stationären Bereich für viele Krankenhäuser</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>wirtschaftlich nicht mehr tragfähig abzubilden sein. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie befürchtet hierbei negative Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung beispielsweise bei Herzinfarkten/akuten Koronarsyndromen sowie negative Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung in der Kardiologie. Daher sollten für diese Bereiche angegliederte oder kooperierende Strukturen in die Berechnungen mit einbezogen werden.</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie plädiert aus diesem Grunde nachdrücklich für eine Regelung der sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) innerhalb des KHAG.</p>