

## Kurzposition zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

20. August 2025

### Vorbemerkung

Der BVMed unterstützt und begrüßt den Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums, den Prozess der geplanten Krankenhausreform durch den Entwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes für die Versorgung, insbesondere auch mit innovativen Medizintechnologien und Medizinprodukten, zu gestalten. Medizintechnologien sind im Krankenhaus unabdingbar: Von modernen OP-Technologien und bildgebenden Verfahren über Instrumente und Hygieneprodukte bis hin zu Verbrauchsmaterialien.

Medizintechnische Innovationen optimieren die medizinische Versorgung kontinuierlich, verbessern Klinikabläufe durch Prozessunterstützung und entlasten Ärzteschaft und Pflege.

Außerdem fördern sie die gewünschte Qualitätsverbesserung. Deshalb müssen sie bei der Weiterentwicklung der stationären Versorgung sowie der Krankenhausfinanzierung stets mitgedacht und adäquat vergütet werden. Ausdrücklich unterstützen wir die Anschubfinanzierung für notwendige Investitionen auch in Medizintechnologien durch den Krankenhaustransformationsfonds, die helfen können, Effizienzreserven beispielsweise durch Digitalisierung zu heben.

Allerdings reichen die vorgeschlagenen Änderungen nicht aus, die Ziele der Reform umzusetzen.

Folgende Kernanpassungen sind daher erforderlich, um die Ziele der Reform umzusetzen:

#### **1. Krankenhausplanung bedarfsgerecht gestalten**

Krankenhausplanung und Finanzierung müssen auf einer kontinuierlichen Bedarfsprognose, auf Grundlage aktueller Daten und fundierter Prognosen basieren. Der regional effektive und prognostische Versorgungsbedarf sowie die überregionale Bedeutung von spezialisierten Zentren sind dabei zentrale Größen für die Entwicklung künftiger Versorgungsstrukturen.

Die Bundesländer bauen ihre Krankenhausplanung auf Daten der bisherigen Inanspruchnahme und Art der erbrachten Leistungen als zentrale Determinanten auf. Wichtig ist aber, den künftigen Bedarf im Hinblick auf die medizinische und demografische Entwicklung ausreichend abzubilden.

#### **2. Etablierung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung und medizinischen Fortschritt dabei berücksichtigen**

Zur Reduzierung der Fehlanreize und Vermeidung von Rationierung wird die Überführung der mengenbezogenen Vorhaltevergütung in eine mengenunabhängige Systematik vorgeschlagen.

Um der in vielen Indikationen steigenden Prävalenz und dem medizinischen Fortschritt gerecht zu werden, sollte zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung das Vorhaltebudgetvolumen auf der aktuellen Datenbasis inklusive einer prospektiven Hochrechnung anstatt auf historischen Daten kalkuliert werden.

### **3. Ergebnisqualität durch wettbewerbliche Anreize stärken**

Die Krankenhausfinanzierung muss die Ergebnisqualität der Versorgung in den Mittelpunkt stellen, um einen echten Wettbewerb um Qualität zu fördern. Eine zentrale Maßnahme dafür wäre die Einführung finanzieller Anreize für Krankenhäuser, die aktiv an der Erhebung und Veröffentlichung von Ergebnisparametern teilnehmen.

### **4. Ambulantisierung und kurzstationäre Versorgung gezielt fördern**

Das Effizienzpotential durch Ambulantisierung und starke Verweildauerreduktion vollstationärer Leistungen (Kurzlieger-DRG, Hybrid-DRG ambulantes Operieren - AOP) birgt erhebliche Möglichkeiten, den investiven und personellen Ressourceneinsatz bei operativen und interventionellen Eingriffen deutlich zu reduzieren und die Versorgungssicherheit und -qualität zu steigern.

Dafür müssen jedoch entsprechende ökonomische Anreize gesetzt werden, die Finanzierung der dafür erforderlichen Medizintechnologien sichergestellt und die Investitionsförderung auch um diese Bereiche erweitert werden.

#### **BVMed**

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

[info@bvmed.de](mailto:info@bvmed.de)

[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)

The logo for BVMed, consisting of the letters 'BV' in a large, bold, sans-serif font, followed by the word 'Med' in a smaller, bold, sans-serif font.

## Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)

Datum: Entwurfsstand 20.08.2025

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<b>Vorbemerkung</b>	<p>Der BVMed unterstützt und begrüßt den Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums den Prozess der geplanten Krankenhausreform durch den Entwurf des Krankenhausreformatungsgesetz für die Versorgung, insbesondere auch mit innovativen Medizintechnologien und Medizinprodukten, zu gestalten.</p> <p>Medizintechnologien sind im Krankenhaus unabdingbar: Von modernen OP-Technologien und bildgebenden Verfahren über Instrumente und Hygieneprodukte bis hin zu Verbrauchsmaterialien. Medizintechnische Innovationen optimieren die medizinische Versorgung kontinuierlich, verbessern Klinikabläufe durch Prozessunterstützung und entlasten Ärzteschaft und Pflege.</p> <p>Außerdem fördern sie die gewünschte Qualitätsverbesserung. Deshalb müssen sie bei der Weiterentwicklung der stationären Versorgung sowie der Krankenhausfinanzierung stets mitgedacht und adäquat vergütet werden. Ausdrücklich unterstützen wir die Anschubfinanzierung für notwendige Investitionen auch in Medizintechnologien durch den Krankenhausreformationsfonds, die helfen können, Effizienzreserven beispielsweise durch Digitalisierung zu heben.</p> <p>Allerdings reichen die vorgeschlagenen Anpassungen nicht aus, das Ziel der Reform zu erreichen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Folgende Kernanpassungen sind daher erforderlich, um die Ziele der Reform anzustreben:</p> <p><b>1. Krankenhausplanung bedarfsgerecht gestalten</b>  Krankenhausplanung und Finanzierung müssen auf einer kontinuierlichen Bedarfsprognose, auf Grundlage aktueller Daten und fundierter Prognosen basieren. Der regional effektive und prognostische Versorgungsbedarf sowie die überregionale Bedeutung von spezialisierten Zentren sind dabei zentrale Größen für die Entwicklung künftiger Versorgungsstrukturen. Die Bundesländer bauen ihre Krankenhausplanung auf Daten der historischen Inanspruchnahme und Art der erbrachten Leistungen als zentrale Determinanten auf, ohne den künftigen Bedarf im Hinblick auf die medizinische Entwicklung ausreichend abzubilden</p> <p><b>2. Etablierung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung und medizinischen Fortschritt dabei berücksichtigen</b>  Zur Reduzierung der Fehlanreize und Vermeidung von Rationierung wird die Überführung der mengenbezogenen Vorhaltevergütung in eine mengenunabhängige Systematik vorgeschlagen.  Um der in vielen Indikationen steigenden Prävalenz und dem medizinischen Fortschritt gerecht zu werden, sollte zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung das Vorhaltebudgetvolumen auf der letztverfügbaren Datenbasis inkl. einer prospektiven Hochrechnung anstatt auf historischen Daten kalkuliert werden.</p> <p><b>3. Ergebnisqualität durch wettbewerbliche Anreize stärken</b>  Die Krankenhausfinanzierung muss die Ergebnisqualität der Versorgung in den Mittelpunkt stellen, um einen echten Wettbewerb um Qualität zu fördern. Eine zentrale Maßnahme dafür wäre die Einführung finanzieller</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Anreize für Krankenhäuser, die aktiv an der Erhebung und Veröffentlichung von Ergebnisparametern teilnehmen.</p> <p><b>4. Ambulantisierung und kurzstationäre Versorgung gezielt fördern</b>  Das Effizienzpotential durch Ambulantisierung und starke Verweildauerreduktion vollstationärer Leistungen (Kurzlieger-DRG, Hybrid-DRG ambulantes Operieren - AOP) birgt erhebliche Möglichkeiten, den investiven und personellen Ressourceneinsatz bei operativen und interventionellen Eingriffen deutlich zu reduzieren und die Versorgungssicherheit und -qualität zu steigern. Dafür müssen jedoch entsprechende ökonomische Anreize gesetzt werden, die Finanzierung der dafür erforderlichen Medizintechnologien sichergestellt und die Investitionsförderung auch um diese Bereiche erweitert werden.</p>
			<p><b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>
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>	
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> </ul>	<p><b>§ 135e Absatz 3 Satz 8 wird eingefügt</b>  <i>„Den Verbänden der Medizintechnikhersteller wird bei Anforderungen von sachlicher Ausstattung mit Medizintechnologien ein Stellungnahmerecht einzuräumen.“</i></p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>	<p><b>Begründung:</b> In Analogie dem Vorschlagverfahren zum a-G-DRG System sind den Verbänden der Medizintechnologieherstellern die Möglichkeit von Stellungnahmen zur sachlichen Ausstattung mit Medizintechnologien einzuräumen, da diese die Kompetenz zu den qualitativen Gerätespezifikationen besitzen und einbringen können.</p> <p><b>§ 135 e Absatz 4 Satz Nummer 5 letzter Halbsatz wird eingefügt:</b> [...] <i>5. die Finanzierung der hier genannten „sachlichen Ausstattung“ ist sicherzustellen.</i></p> <p><b>Begründung:</b> Die sachliche Ausstattung und deren Finanzierung mit Anlagegütern aus der Medizintechnik sind durch die Bundesländer im Rahmen der Finanzierungsverpflichtung nach dem KHG sicherzustellen.</p> <p><b>§ 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 wird ein neuer Punkt eingefügt:</b> <i>7. Zur Anrechenbarkeit der ärztlichen Vollzeitäquivalente sind auch die Stellenanteile zu berücksichtigen, die für die Erbringung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V eingesetzt sind, sofern die Normallieger dieser Leistungsgruppe zugerechnet werden würde.</i></p> <p>Sofern auf Basis der geplanten Ausweitung der Hybrid-DRG-Fälle mit Berücksichtigung der Normallieger keine Anrechnung der Stellenanteile erfolgt, würden in der Konsequenz die fachärztlichen Stellenanteile für die verbleibenden stationären Fälle ggf. nicht für eine Zuordnung der entsprechenden Leistungsgruppe ausreichen und diese gefährden.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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>	<p>Es ist sicherzustellen, dass bei der Berechnung der Mindestvorhaltezahlen nach §135f Absatz 1 Satz 1 auch die als Hybrid-DRG nach § 115f SGB V oder Leistung nach §115b SGB V erbrachten Leistungsmengen berücksichtigt werden.</p> <p><b>Begründung:</b> Bei der Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für eine Leistung als Qualitätsmerkmal müssen alle Fälle einer Leistungsgruppe unabhängig von der Art der Abrechnung berücksichtigt werden. Ohne Berücksichtigung kann dies dazu führen, dass bei Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Leistungen nach §115b und 115 f SGB V die Mindestvorhaltezahl unterschritten und eine Zuordnung der LG nicht möglich wird. Davon betroffene LG könnten unzureichend beplant werden und zu einer regionalen Unterversorgung führen. Zudem kann insbesondere bei Hybrid-DRGs der Fehlanreiz entstehen, die Verweildauer künstlich hochzuhalten.</p>
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für 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> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss</li> <li>- Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens</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> <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> </ul>	

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

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <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>	
			<b>Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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> <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>	<p>Anpassung der Verwendung von Mitteln aus dem Transformationsfonds: KHG §12b und KHTFV §3</p> <p>Die Förderung sollte nicht nur für Erfüllung der Qualitätskriterien (§3 Absatz1, Satz 1) und Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen (§3 Absatz 1, Satz 2) verwendet werden können, sondern auch zur Anpassung von Versorgungskapazitäten von Krankenhäusern, die durch die Schließung von anderen Krankenhäusern ihre Versorgungskapazitäten ausweiten müssen.</p> <p><b>§12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 KHG wird wie ein Punkt c eingefügt:</b>  <i>c) zum Aufbau von Versorgungskapazitäten zur Bewältigung einer gestiegenen Patientenzahl auf Grund einer geplanten Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten auf verbleibende Krankenhäuser.</i></p> <p>Der BVMed schlägt daher konkret vor, für Fördertatbestand 5 und 6 folgenden Halbsatz am Ende zu ergänzen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>§ 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 KHG wird wie folgt ergänzt:</b>  5) wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen, <i>auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.</i></p> <p><b>§ 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 KHG wird wie folgt ergänzt:</b>  6) Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, <i>auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.</i></p> <p><b>Begründung:</b>  Nach derzeitigem Stand sind Universitätsklinika nur bei Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen förderungsfähig. Universitätskliniken sollten auch bei Vorhaben zur Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbände und integrierter Notfallstrukturen förderfähig sein</p>
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</li> </ul>	<p><b>Etablierung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung</b></p> <p>Zur Reduzierung der Fehlanreize und Vermeidung von Rationierung wird die <b>Überführung der mengenbezogenen Vorhaltevergütung in eine mengenunabhängige Systematik</b> vorgeschlagen.</p> <p>Die Krankenhäuser würden zukünftig für das Vorhalten von Versorgungsstrukturen – also für die Bereitschaft, Leistungen anbieten zu</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027</li> </ul>	<p>können, unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme – eine feste Vergütung erhalten. Dadurch kann die Finanzierung insbesondere jener Kliniken gesichert werden, die in dünn besiedelten Regionen trotz niedriger Fallzahlen für die Grundversorgung notwendig sind. Das Vorhaltebudget wird dabei aus den bisherigen Fallpauschalen ausgegliedert, die entsprechend abgesenkt werden. Ziel ist es, die flächendeckende Versorgung zu sichern und den Anreiz zur Mengenausdehnung zu reduzieren.</p> <p>Orientierungsgröße für ein mengenunabhängiges Vorhaltebudget wären die Mindestvoraussetzungen zur Aufnahme des Betriebs einer Leistungsgruppe ohne Berücksichtigung der Investitionskosten. Hierbei wäre eine Orientierung an den für die Ermittlung der Mindestvorhaltezahle genannten Kriterien denkbar, die neben medizinischen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt. So folgen aus den gegebenen Strukturkriterien (z.B. Personal) zu refinanzierende Mindestkosten.</p> <p>Im Zuge einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung entfällt die Notwendigkeit für zahlreiche Paragraphen mit Bezug zur Vorhaltevergütung. Das Instrument der Planfallzahl für die Finanzierung wird obsolet. Die Höhe des Prozentsatzes der auszugliedernden verminderten Kosten nach §17b Absatz 4b Satz 3 KHG sowie die Methodik zur Ermittlung der Vorhaltebudgetvolumina gem. §37 KHG sowie alle bezugnehmenden Regeln sind entsprechend anzupassen.</p> <p>Um den Bundesländern im Zuge einer solchen mengenunabhängigen Vorhaltevergütung Anreize und finanzielle Spielräume für die Konsolidierung von Leistungsangeboten zu eröffnen, sollte § 17b Absatz 4b KHG wie folgt weiter ergänzt werden:</p> <p><i>Wird eine Leistungsgruppe an einem Standort, an dem diese mindestens seit 5 Jahren, mindestens jedoch seit 01.01.2027 bestand, durch eine krankenhauplanerische Maßnahme geschlossen, kann das Bundesland die Vorhaltevergütung für 5 Jahre auf andere Standorte verteilen. Die</i></p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>Standorte sowie die auf sie entfallenden Anteile sind dem InEK im Zuge der Meldung nach § 6a Absatz 6 jährlich mitzuteilen.</i></p> <p><b>Berücksichtigung des medizinischen Leistungsgeschehens bei der Berechnung der Vorhaltebudgetvolumen</b>  Um der in vielen Indikationen steigenden Prävalenz und dem medizinischen Fortschritt gerecht zu werden, sollte zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung das Vorhaltebudgetvolumen nach §37 Absatz 1 KHG auf der letztverfügbaren Datenbasis inkl. einer prospektiven Hochrechnung anstatt auf historischen Daten kalkuliert werden. In der jetzigen Form würde jedoch das Versorgungsniveau bei Start der Vorhaltefinanzierung im Jahr 2028 auf das Versorgungsniveau 2023/2024 künstlich abgesenkt werden.</p> <p><b>§37 Absatz 1 KHG wird wie folgt geändert:</b>  <i>Streichung von §37 Absatz 1 Satz 8 und 9.</i></p> <p>Die Berechnung der Vorhaltevolumina für das Jahr 2028 auf den Leistungsdaten der Jahre 2023/2024 vorzunehmen, führt zu einer Fehlallokation der Ressourcen und Unterfinanzierung im Bereich der Vorhaltebudgets.</p> <p><b>Korrekturverfahren zur Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts in der Krankenhausplanung</b>  Bleibt es bei einer mengenabhängigen Ausgestaltung der Vorhaltebudgets, ist ein Korrekturverfahren vorzusehen, welches erlaubt, klar prognostizierbare Änderungen im Bedarf adäquat abzubilden. Empfohlen wird ein Vorschlagsverfahren in Anlehnung an das Vorschlagsverfahren des InEK zur Weiterentwicklung des G-DRG-/LG-Systems. Die Ergebnisse des Vorschlagsverfahrens sind außerdem auch den Bundesländern zur Verfügung zu stellen, damit sie im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt werden können. Auch bei der Planung ist</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>eine Adjustierung aufgrund des medizinischen Fortschritts zwingend erforderlich, um sicherzustellen, dass jederzeit ausreichend hohe Kapazitäten vorgehalten werden und nicht von den Entwicklungen überrascht zu werden.</p> <p><b>§ 37 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:</b>  <i>„[...] es wird geprüft, inwiefern eine Adjustierung der für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten notwendig ist, um eine Steigerung des Leistungsvolumens abzubilden, welche aufgrund von Entwicklungen in der Medizin oder regulatorischen Änderungen in relevantem Umfang zu erwarten und bedarfsgerecht sind.“</i></p> <p>Zur <b>Abbildung von Leistungssteigerungen</b> in den Leistungsgruppen auf Hausebene bedarf es einer Anpassung des plus 20% Korridors zur Anhebung des Vorhaltebudgets bei Leistungssteigerungen unter 20%. Dieses sollte über die Absenkung des Schwellenwertes von 20 auf 10% erfolgen, welche die Anpassung der Vorhaltefinanzierung bei Leistungssteigerungen in einer Leistungsgruppe in aufeinanderfolgenden Jahren abbildet:</p> <p><b>§ 37 Absatz 2 Satz 7 Nummer 2 wird wie folgt geändert:</b></p> <p>2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach §21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent <i>nach unten oder ein zweites Jahr in Folge um mehr als 10 Prozent nach oben</i> von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Begründung:</b>  Eine solche Regelung bietet gegenüber dem derzeitigen Gesetzestext in § 7 Absatz 2 Satz 7 Nummer 2 den Vorteil, dass das Vorhaltebudget für eine Leistungsgruppe auch bei einem geringen Fallzahlanstieg als 20% erhöht werden kann, sofern dieser Anstieg mehrere Jahre in Folge vorliegt. Dies fördert einerseits die Leistungskonzentration und Spezialisierung durch Zentrenbildung, insbesondere im Fall von sehr großen Einrichtungen, aber auch die Deckung wachsender Bedarfe aufgrund medizintechnischen Fortschritts. Außerdem werden dadurch, dass der Anstieg über einen längeren Zeitraum bestehen muss, Fehlanreize in Bezug auf Stichtage und wirtschaftlich motivierte Steigerungen-/Senkungen des Fallvolumens zumindest etwas reduziert.</p>
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
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</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			<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>	
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</li> </ul>	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
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>	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
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	<p><b>§ 2 Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:</b>  „Ein Vorhaben ist förderfähig, wenn die Voraussetzungen eines Fördertatbestandes nach § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach Maßgabe des § 3 vorliegen und es dem in § 1 Absatz 1 Satz 1 genannten Ziel der Transformation dient, <i>unabhängig davon, ob die Förderung auch für ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser genutzt wird</i>“</p> <p><b>Begründung:</b> Dies umfasst zum Beispiel sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen, integrierte Notfallstrukturen oder Hybrid-DRG. Dies sollte explizit im KHAG klargestellt werden, da sonst das Ziel einer besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten nicht erreicht werden kann.</p>
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Wir fordern, dass die Fördermittel aus dem Transformationsfonds analog des § 3 für die gesamte Leistungsstruktur eines Krankenhauses, beispielsweise auch für die Hybrid-DRG nach § 115f SGB V, eingesetzt werden können.

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	
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 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>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			<b>Art. 7 Inkrafttreten</b>
	Erfüllung s-aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen	Anpassung §115 f SGB V zur Kalkulation, Vergütung und Weiterentwicklung von Sachkosten	<p>Die Vergütung der Sachkosten muss sachgerecht kalkuliert, ausreichend differenziert und eine auskömmliche Finanzierung gewährleisten werden, um eine patientenindividuelle, medizinisch notwendige Versorgung mit medizintechnischen Lösungen zu gewährleisten und einer weiteren Ambulantisierung nicht durch weitere Fehlsteuerungsanreize zu beeinträchtigen.</p> <p><b>Forderung:</b> Solange die Sachkosten nicht auf Grundlage einer empirischen Stichprobe ermittelt werden können, sollten deren Vergütung analog der Vereinbarung zur Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. des EBM erfolgen. Die Sachkostenerstattung gemäß § 11 des Vertrags nach § 115b SGB V ist an den Leistungskatalog anzupassen.</p> <p>Die Kosten aus den Zusatzentgelten (individuelle Entgelte gem. § 6 KHEntgG) müssen bei der Kostenkalkulation der Hybrid-DRG für entsprechende Leistungen im Sinne einer sachgerechten und auskömmlichen Vergütung berücksichtigt werden.</p> <p>Der Lösungsansatz einer ergänzenden Vergütung über Zusatzentgelte als sinnvolle Alternative zum Fallsplit sollte analog der Anwendung im derzeitigen DRG-System ebenso bei den Hybrid-DRG als zusätzliche Erlös-komponente angewendet werden. Zudem sind mit den Zusatzentgelte medizintechnische Innovationen in Analogie des § 6 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz zu berücksichtigen.</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><b>Forderung:</b> Die Kalkulation der Hybrid-DRGs muss transparent gemacht werden sowie zeitnah, lückenlos und vollständig veröffentlicht werden.</p> <p><b>Begründung:</b> Die Vergütung hochwertiger Medizintechnologien im Rahmen des medizinischen Fortschritts und der Innovationskraft muss sichergestellt werden.</p> <p><b>Forderung:</b> Eine Investitionsfinanzierung für die Erbringung von Leistungen in Hybrid-DRGs - unabhängig vom Leistungserbringer - ist erforderlich.</p> <p><b>Begründung:</b> Aufbau und Finanzierung erforderlicher ambulanter OP-Kapazitäten sowie medizintechnischer Ausstattung. Beispielweise über einen Investitionskostenzuschlag in der vertragsärztlichen Versorgung.</p> <p><b>Forderung:</b> Die Nutzung stationär geförderter Investitionsgüter für Leistungen, die über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, muss sanktionslos ermöglicht werden.</p> <p>Zudem ist ein strukturierter Dialog sowie Beteiligungsrechte zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs und deren Kalkulation erforderlich.</p> <p><b>Begründung:</b> Die Expertise von medizinischen Fachgesellschaften, Verbänden sowie der Medizintechnik als anerkannte Leitwirtschaft muss - wie im DRG-System - im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Systems eingebunden werden.</p>