

zum

Referentenentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der

Krankenhausreform

(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

- Die PKV ist Vertragspartner und wichtiger Kostenträger im Krankenhausbereich. Sie trägt wesentlich mit umfassenden und überproportional hohen Leistungen zur Finanzierung des Krankenhausbereichs bei. Die Funktionalität dieser Finanzierungsleistung ist aktuell gefährdet, da zur Rechnungsprüfung und schnellen Rechnungsbegleichung notwendige Informationsflüsse bislang fehlen. Hierzu sind folgende Ergänzungen des vorliegenden Gesetzentwurfs notwendig:
 1. Übermittlung entgeltrelevanter Ergebnisse des Medizinischen Dienstes,
 2. Zugriffsmöglichkeiten auf die Datenbank des Medizinischen Dienstes,
 3. Übermittlung von Informationen zu vereinbarten oder festgesetzten Entgelten.
- Ohne diese Informationen wird sich die Rechnungsbearbeitung der PKV und der Beihilfe verzögern, womit die Umsetzung der Vorgaben zur Leistungserbringung der Krankenhäuser und die damit begründete Qualitätssicherung für Privatpatienten gefährdet werden kann. Entsprechende Ergänzungen sind im Interesse der Patienten und Krankenhäuser von hoher Relevanz.
- Darüber hinaus sollte der PKV-Verband im Interesse seiner Versicherten an den Empfehlungen des Ausschusses zur Festsetzung der Leistungsgruppen gemäß § 135e SGB V mitwirken können.

I. Allgemeine Anmerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag für eine praxisnahe Weiterentwicklung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) umgesetzt werden.

Die fehlende Einbeziehung der privaten Krankenversicherung wird jedoch nicht geheilt. Dies betrifft die Mitarbeit im Rahmen der Selbstverwaltung bei der Umsetzung der Krankenhausreform auf Bundes- und Landesebene und die Weitergabe von wesentlichen entgeltrelevanten Informationen an den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Es fehlt bislang weiterhin an einer gesetzlichen Grundlage, weshalb sowohl vom Medizinischen Dienst als auch von Landeskrankenhausbehörden keine Informationen an die PKV erfolgen.

Der PKV-Verband sollte an Empfehlungen im Ausschuss zur Festsetzung der Leistungsgruppen gem. § 135e Abs. 3 SGB V mitwirken können und als gleichberechtigter Beteiligter an grundlegenden Strukturentscheidungen, die sich auf die Krankenhausvergütung auswirken, beteiligt werden. Zudem muss der PKV-Verband lückenlos und unverzüglich über entgeltrelevante Festlegungen, Vereinbarungen und Prüfungsergebnisse informiert werden. Dies betrifft insbesondere Informationen zu vereinbarten oder festgesetzten Krankenhausentgelten gem. §§ 11 und 14 KHEntgG, entgeltrelevante Ergebnisse des Medizinischen Dienstes nach §§ 275a Abs. 4 sowie 275a Abs. 6 und Abs. 10 SGB V sowie den Zugriff auf die Datenbank des Medizinischen Dienstes nach § 283 Abs. 5 SGB V.

Ohne die rechtzeitige, regelhaft und prozessual sichergestellte Information des PKV-Verbandes ist eine ordnungsgemäße Zusage und Kostenübernahme für Krankenhausleistungen von Privat- und Beihilfeversicherten künftig nicht möglich. Auch die Prüfung, ob ein Krankenhaus die jeweilige stationäre Leistung überhaupt erbringen darf, kann ohne Kenntnis der durch die Landeskrankenhausbehörde vergebenen Leistungsgruppen nicht erfolgen.

Der Gesetzentwurf zum KHAG ist insoweit unzureichend und sollte dringend entsprechend angepasst werden. Zu den einzelnen Vorschlägen siehe die Ausführungen unter Ziffer II.

Begrüßt wird die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln anstatt der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Beitragsmitteln der Krankenversicherten.

An grundlegenden Kritikpunkten der PKV zur Krankenhausreform hat sich hingegen nichts geändert. Dies betrifft insbesondere die Ausgestaltung und den Umfang der Vorhaltevergütung, die Rückkehr zur Selbstkostendeckung infolge der Ausfinanzierung sämtlicher Lohn- und Gehaltssteigerungen aller Beschäftigtengruppen im Krankenhaus sowie den massiven Aufwuchs an Bürokratie durch die neuen Finanzierungsverfahren.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Siehe Anlage.

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Verband der Privaten Krankenversicherung

Datum: 21.08.2025

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	
2	§ 135d	– 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	
3	§ 135e	– 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)	Zu § 135e Abs. 3 Satz 6 SGB V - Beteiligung am Ausschuss: Der mit dem KHVVG etablierte Ausschuss zur Entwicklung von Empfehlungen für die Inhalte der Rechtsverordnung zur Regelung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist paritätisch zwischen Vertretern des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV) einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer (BÄK), der Hochschulmedizin und der Berufsorganisation Pflegeberufe andererseits besetzt. <u>Bewertung:</u> Laut der Gesetzesbegründung zum KHVVG soll mit dieser Zusammensetzung das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einbezogen werden. Diesem formulierten Anspruch wird die gesetzliche Regelung allerdings nicht gerecht. Der PKV-Verband ist als Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im Krankenhaus gleichberechtigt in den Ausschuss einzubeziehen. Denn ebenso wie die Richtlinien des

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	G-BA zur Qualitätssicherung einheitlich für alle Patienten gelten, haben die für die Leistungsgruppen festzulegenden Qualitätskriterien eine unmittelbare Relevanz für alle Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Privatversicherten und der Beihilfeberechtigten. Die Einbeziehung des PKV-Verbandes in die Entwicklung der Regelungen zu Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist daher dringend geboten und sollte durch das KHAG zusätzlich berücksichtigt werden. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> Einfügung eines neuen Satzes 7 in § 135e Abs. 3 SGB V (neu; die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend): <i>„Dem Ausschuss gehört auch ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angerechnet wird.“</i>
4	§ 135f	– 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	
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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Zu § 275a SGB V – Vollständige Übermittlung der Gutachten, Bescheinigungen und Mitteilungen des Medizinischen Dienstes an die PKV: Die Abrechnungsbefugnis setzt nach dem KHVVG voraus, dass das abrechnende Krankenhaus bestimmte Struktur- und Qualitätsmerkmale erfüllt. Diese Struktur- und Qualitätsmerkmale werden erhoben und gem. § 275a SGB V vom Medizinischen Dienst als entgeltrelevantes Gutachten, als Bescheinigung oder Mitteilung zur Verfügung gestellt, zusätzlich obliegt den Krankenhäusern im Falle der Nichterfüllung eine Mitteilungspflicht. Leider gehört der PKV-Verband nicht zum Kreis der Adressaten. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Krankenhäuser gegenüber Privatversicherten und Beihilfeberechtigten Entgelte für Leistungen abrechnen könnten, obwohl sie hierfür nicht die erforderlichen Merkmale erfüllen. Dies widerspricht der im KHVVG formulierten Zielsetzung, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung im Interesse aller Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen. Zu den Übermittlungs- und Mitteilungspflichten im Einzelnen: - Zu § 275a Abs. 4 Satz 1 SGB V: <u>Regelung:</u> Der Medizinische Dienst (MD) übermittelt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und dem geprüften Krankenhaus das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung zur Einhaltung der Qualitätskriterien.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		<u>Bewertung:</u> § 275a Abs. 4 Satz 1 SGB V regelt die Übermittlung des MD-Gutachtens über die Erfüllung der zur Zuweisung einer Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien ohne Einbezug der PKV. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ist nach der Regelung des § 6a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 KHG zwingende Voraussetzung zur Zuweisung einer Leistungsgruppe durch die zuständige Krankenhausplanungsbehörde auf Landesebene. Im Rahmen der Entscheidung über den Zuweisungsbescheid und der darauffolgenden Aufnahme in den Krankenhausplan ist nach landesrechtlichen Regelungen der Krankenhausplanungsausschuss zu beteiligen. Der PKV-Verband ist mit Sitz und Stimme in den Landeskrankenhausplanungsausschüssen der Länder vertreten. Die PKV ist analog den gesetzlichen Krankenkassen unmittelbar Beteiligte und kann über den Krankenhausplanungsausschuss ihre krankenhauserischen Vorstellungen einbringen. Hierfür muss auch der PKV-Verband über die zur Entscheidung erforderlichen Informationen, mithin auch über das Leistungsgruppengutachten verfügen. Darüber hinaus darf ein Krankenhaus, dem mangels Erfüllung der Qualitätskriterien keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, keine Entgelte für Leistungen, die der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnen sind, berechnen (vgl. § 8 Abs. 4 KHEntgG). Das Abrechnungsverbot findet gleichsam für alle Versichertengruppen Anwendung, denn wie der Regelung des § 6 KHG zu entnehmen ist, gilt der Krankenhausplan für die gesamte Bevölkerung und schließt somit PKV-Patienten gleichermaßen ein. Folglich muss auch die PKV über diesbezügliche Informationen vollständig verfügen.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		<u>Ergänzungsvorschlag:</u> § 275a Abs. 4 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert: <i>„Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an</i> <i>1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,</i> <i>2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,</i> <i>3. den Verband der Privaten Krankenversicherung,</i> <i>4. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und</i> <i>5. das jeweils geprüfte Krankenhaus.“</i> - Zu § 275a Abs. 4 Satz 2 SGB V: <u>Regelung:</u> Krankenhäuser, die ein für die Leistungsgruppe maßgebliches Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. <u>Bewertung:</u> Nach derzeitiger Regelung in § 275a Abs. 4 Satz 2 SGB V ist die PKV nicht als Empfänger einer Mitteilung der Krankenhäuser vorgesehen, soweit diese ein leistungsgruppenrelevantes Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen. Erfüllt ein Krankenhaus Qualitätskriterien einer ihm zugewiesenen Leistungsgruppe nicht, hat die Krankenhausplanungsbehörde gem. § 6a Abs. 5

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		Satz 1 Nr. 2 KHG den Leistungsgruppenzuweisungsbescheid unverzüglich aufzuheben, sodass es nach der Regelung des § 8 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG für Leistungen, die der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnen sind, keine Entgelte berechnen darf. Das Abrechnungsverbot findet gleichsam für alle Versichertengruppen Anwendung, denn wie der Regelung des § 6 KHG zu entnehmen ist, gilt der Krankenhausplan für die gesamte Bevölkerung und schließt somit PKV-Patienten gleichermaßen ein. Ebenso wie die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen hat die Private Krankenversicherung ein Interesse daran, über die Nichterfüllung von leistungsgruppenrelevanten Qualitätskriterien an einem Krankenhausstandort unverzüglich unterrichtet zu werden und etwaige Abrechnungsausschlüsse infolge der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung zu prüfen. Folglich muss auch die PKV über diesbezügliche Informationen vollständig verfügen. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> § 275a Abs. 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert: <i>„Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach <u>§ 135e Absatz 2 Satz 2</u> maßgebliches Qualitätskriterium für eine nach <u>§ 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</u> zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen</i> <i>1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,</i> <i>2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,</i> <i>3. dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie</i> <i>4. dem zuständigen Medizinischen Dienst.“</i>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		- Zu § 275a Abs. 4 Satz 4 SGB V: <u>Regelung:</u> Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und das IQTiG. <u>Bewertung:</u> Eine Mitteilung des Medizinischen Dienstes über die Nichterfüllung von Qualitätskriterien über einen Zeitraum von mehr als einem Monat, den das Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet hat, sollte auch der PKV-Verband erhalten. Denn nach § 275a Abs. 5 Satz 1 SGB V dürfen Krankenhäuser die ihrer gesetzlichen Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen sind, ihre Leistungen aus der betroffenen Leistungsgruppe ab dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums nicht abrechnen. Das Abrechnungsverbot gilt nach der Vorschrift des § 8 Abs. 1 S. 1 KHEntgG ebenso gegenüber privat krankenversicherten Patienten. Ohne eine unverzügliche Information des Medizinischen Dienstes über den zum Abrechnungsausschluss berechtigenden Umstand an den PKV-Verband besteht die Gefahr, dass qualitativ minderwertige Leistungen der betroffenen Leistungsgruppe über einen wesentlichen Zeitraum gegenüber privat krankenversicherten Patientinnen weiterhin erbracht und in Rechnung gestellt werden. Dies widerspricht dem Ziel des KHVVG eine flächendeckende, qualitativ hochwertige

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		Krankenhausversorgung sicherzustellen und Qualitätsmängel durch Abrechnungsausschlüsse wirksam zu sanktionieren. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> § 275a Abs. 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert: <i>„Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Stellen sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.“</i> - Zu § 275a Abs. 6 Satz 4 SGB V: <u>Regelung:</u> Ein geprüftes Krankenhaus übermittelt die Bescheinigung über das Ergebnis der OPS-Strukturprüfung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen. <u>Bewertung:</u> § 275a Abs. 6 Satz 4 SGB V regelt die Übermittlung der entgeltrelevanten Bescheinigungen über das Ergebnis der OPS-Strukturprüfung ohne Einbezug der PKV. Das sollte geändert werden. Die Bescheinigung sollte ebenso dem PKV-Verband übermittelt werden. Schließlich dürfen Krankenhäuser, welche die OPS-Strukturmerkmale nicht einhalten, die Leistungen mit Privatpatienten nicht vereinbaren und ihnen gegenüber nicht abrechnen (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 4 iVm § 8 Abs. 1 S. 1 KHEntgG). <u>Ergänzungsvorschlag:</u> § 275a Abs. 6 Satz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortsetzung		„Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c oder § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.“ - Zu § 275a Abs. 6 Satz 5 SGB V: <u>Regelung:</u> Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal über mehr als einen Monat nicht mehr erfüllen, müssen dies unverzüglich mitteilen an den Landesverband der Krankenkassen und der Ersatzkassen, den Landesausschuss des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. und den Medizinischen Dienst. <u>Bewertung:</u> Die Informationspflicht an sich ist richtig. Die Information und Mitteilung an die Private Krankenversicherung sollte an den Verband gehen, nicht an den Landesausschuss. Der PKV-Verband ist zentraler Verteilpunkt für vergleichbare Informationen an seine Mitgliedsunternehmen. Änderungsvorschlag: § 275a Abs. 6 Satz 5 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert: „2. dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.“

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 275a Fortset- zung		- Zu § 275a Abs. 10 Satz 1 SGB V: <u>Regelung:</u> Werden bei der Durchführung einer Prüfung des Medizinischen Dienstes Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit. <u>Bewertung:</u> Ausweislich der Begründung im KHVVG dient die Meldeverpflichtung insbesondere dazu, zu vermeiden, dass erhebliche Qualitätsmängel, die dem Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auffallen, aber nicht vom Prüfauftrag abgedeckt sind, unberücksichtigt bleiben. Ein erheblicher Qualitätsmangel wird hier als ein Zustand definiert, der unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten oder einer anderen Person geführt hat oder führen könnte. Eine solche Meldung schwerwiegender Qualitätsdefizite sollte auch die PKV erhalten. Selbstverständlich sind privatversicherte Patienten von den in einem Krankenhaus festgestellten erheblichen Qualitätsmängeln ebenso betroffen wie Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Demnach muss es auch den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung möglich sein, etwaige Abrechnungsausschlüsse zu prüfen. Dies dient einer effektiven Durchsetzung von Qualitätsverbesserungen zu Gunsten aller Patienten des Krankenhauses. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> § 275a Abs. 10 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit 1. dem Krankenhaus, 2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, 3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie 4. dem Verband der Privaten Krankenversicherung.“
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Zu § 283 Abs. 5 SGB V - Zugriff auf die Datenbank des Medizinischen Dienstes: <u>Regelung:</u> § 283 Abs. 5 SGB V sieht vor, dass der Medizinische Dienst Bund eine fortlaufend zu aktualisierende Datenbank zu den entgeltrelevanten Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 führt. Die Medizinischen Dienste sowie die Empfänger nach § 275a Abs. 4 und Abs. 6 Satz 4 SGB V, zu denen der PKV-Verband bisher nicht gehört (s.o.), erhalten Zugang zu den Daten. Der Medizinische Dienst Bund richtet die Datenbank bis zum 12. Dezember 2025 ein und regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zu Umfang, Format und Spezifikation der für die Datenbank erforderlichen Daten bis zum 12. Dezember 2025 in einer Richtlinie. <u>Bewertung:</u> Ein Zugang der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfeträger zu dieser Datenbank ist im Gesetz nicht geregelt. Die in der Datenbank enthaltenen Angaben sind erforderlich, um eine Entgelt- und Leistungsprüfung

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
11	§ 283 Fortsetzung		durchführen zu können. Im Gesetz ist daher der Zugang der Privaten Krankenversicherung zur Datenbank abzusichern. Einzelheiten könnten selbstverständlich in einer Vereinbarung zwischen dem Medizinischen Dienst und dem PKV-Verband vereinbart werden. Ohne gesetzliche Regelung fehlt für den Medizinischen Dienst aber die gesetzliche Grundlage für eine solche Vereinbarung. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> Einfügung eines neuen Satzes 8 in § 283 Abs. 5 SGB V (die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend): <i>„Die privaten Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung erhalten Zugang zu der Datenbank.“</i> <u>Alternativ</u> könnte ein Zugang zur Datenbank gem. § 283 Abs. 5 Satz 7 iVm § 275a Abs. 11 SGB V auch dadurch sichergestellt werden, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung gesetzlich in den Empfängerkreis nach § 275a Abs. 4 und Abs. 6 Satz 4 SGB V einbezogen wird.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – 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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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 - 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	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	– 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	
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen.	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		- 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	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: - 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	
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:	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– 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	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget:	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– 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	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert:	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
	§§ 11, 14	Informationen über Krankenhausentgelte	Zu §§ 11 und 14 KHEntgG - Information an die PKV über die vereinbarten oder festgesetzten Krankenhausentgelte: <u>Regelungen:</u> Im KHEntgG wird die PKV bezüglich der Information über vereinbarte oder festgesetzte Krankenhausentgelte nicht berücksichtigt. <u>Bewertung:</u> Die Private Krankenversicherung hat – obwohl Mitglied der gemeinsamen Selbstverwaltung und Beteiligte am Pflegesatzverfahren (§ 18 Abs. 1 Satz 2 KHG) – derzeit keinen gesicherten Zugang zur Entgeltvereinbarung, wenn diese landesbehördlich genehmigt oder durch eine genehmigte Schiedsstellenentscheidung festgesetzt wurde. In den §§ 11, 14 KHEntgG sollte daher geregelt werden, dass die Krankenhausträger die Vereinbarung dem Verband der Privaten Krankenversicherung übermitteln. § 14 Abs. 1 sollte um die Regelung ergänzt werden, dass die Landesbehörde den PKV-Verband über die Entscheidung der Genehmigung informiert. <u>Ergänzungsvorschlag:</u> Einfügung eines neuen Satzes 8 in § 11 Absatz 4 KHEntgG (die anderen Sätze verschieben sich entsprechend):

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>„Der Krankenhausträger übermittelt die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 Satz 6 in maschinenlesbarer Form an den Verband der Privaten Krankenversicherung.“</i> Anfügung eines neuen Satzes 4 in § 14 Absatz 1 KHEntgG: <i>„Die Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“</i>
9	§ 21	– 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	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
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	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maß-gabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermög-lichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förder-richtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskon-trolle 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 ei-nes neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassun-gen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfül-lungs-aufwand		

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Ggf. wei-tere An-merkun-gen		