Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Pflegerat

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	Es kann nicht befürwortet werden, dass die ursprüngliche Regelung aufgeweicht wird und ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden kann, obwohl die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dies widerspricht dem Grundgedanken der Krankenhausreform. Die dringend notwendige Konzentration und Spezialisierung fördern eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Effizienz.
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 	
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 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) - 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 	
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"> - Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV - Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss 	Die Ausführungen zu Nummer 9 folgen unter Nummer 13.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens 	
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"> - 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 	<p><u>Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalbemessung</u></p> <p>Im KHAG ist vorgesehen, die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nicht mehr als Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik zu verankern. Der DPR lehnt diese Streichung ab und fordert, dass die PpUG als wirksames Instrument zur Sicherung von Mindeststandards für das Pflegepersonal im Krankenhaus verbindlich in der Leistungsgruppensystematik festgeschrieben werden – zumindest bis diese in den Leistungsgruppen durch weitere Qualitätsmerkmale wie die der PPR 2.0, der Kinder-PPR 2.0 und der Kinderintensiv-PPR 2.0 ersetzt werden. Die PpUG bilden aus Sicht des DPR die erforderliche Personalbemessung nicht sachgerecht ab, aber sie stellen einen Schutz vor Unterbesetzung dar.</p> <p>Zwar bleibt der § 137i SGB V unberührt, sodass die Streichung aus der Leistungsgruppensystematik nicht mit einer Abschaffung der PpUG gleichzusetzen ist. Doch sind aus pflegerischer Sicht die Art der gesetzlichen Verankerung und die damit verbundene Verbindlichkeit von entscheidender Bedeutung.</p> <p>Im Grundsatz folgt die Leistungsgruppensystematik dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Ungeachtet der verschiedenen Ausnahmetatbestände bedeutet das, dass es ohne Qualitätsmindeststandards keine Leistungsgruppe und kein Anspruch auf Abrechnung von Entgelten im Sinne des § 8 KHentgG (Berechnung der Entgelte) gibt. Damit wird den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in § 135e SGB V insgesamt eine stärkere Verbindlichkeit</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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 	<p>zugemessen als den PpUG in ihrer heutigen Konzeption mit einem überwiegend monetären Sanktionssystem. Daher ist es von enormer Bedeutung, dass in den Leistungsgruppen eine pflegerische Personalbemessung verankert wird. Damit wird die Verbindlichkeit zur Einhaltung der PpUG und der kommenden PPR 2.0, Kinder-PPR 2.0 und Kinderintensiv PPR 2.0 zusätzlich zur weiterhin geltenden PpUG-Verordnung gestärkt.</p> <p>In der Begründung zum Referentenentwurf heißt es: „Die in § 6 PpUG-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern gelten verbindlich und sind von den Krankenhäusern stets einzuhalten.“ Diese Haltung muss auch im Gesetzestext und mit dem Bezug zu den gewählten Leistungsgruppen verankert werden, zum Schutz der Patient:innen sowie der Profession Pflege.</p> <p>Die PpUG müssen als bundesweit einheitlich geltende, unveränderbare Basisstrukturmerkmale der Krankenhausplanung bestehen bleiben, bis ein gleichwertiges, verpflichtendes Instrument wie die PPR 2.0, Kinder-PPR 2.0 und Kinderintensiv PPR 2.0 umgesetzt ist. Beides ist als verbindliches Qualitätsmerkmal auch in den Leistungsgruppen zu sichern. In diesem Zusammenhang müssen frühzeitig die Weichen für geregelte Prozesse gestellt werden. So bedarf es bei der Verankerung in der Leistungsgruppensystematik ausreichender Konvergenzphase und der stufenweisen Festsetzung bestimmter Erfüllungsgrade.</p> <p>Eng gefasst bleiben müssen auch in Zukunft die geltenden Ausnahmetatbestände zur Unterschreitung in besonderen Situationen, etwa bei sehr starken Erhöhungen der Patient:innenzahlen – wie beispielsweise bei Pandemien, Epidemien oder Großschadensereignissen.</p> <p>Für den DPR ist entscheidend, dass Pflegequalität und Patient:innensicherheit einen festen Platz in jedem Krankenhaus und in der Krankenhausplanung erhält.</p>

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung LG 65 	<p><u>Pflegerische Spezialisierungen und G-BA Richtlinien</u></p> <p>Neben dem Beibehalten der PpUG müssen bis zur Implementierung der PPR 2.0, der Kinder- PPR 2.0 bzw. der Kinderintensiv- PPR 2.0 in den jeweiligen Leistungsgruppen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gelten. Zudem sind in allen relevanten Leistungsgruppen Pflegefachpersonen mit spezialisiertem Fachwissen als Strukturkriterium der Pflege zu verankern. So wird seit Einführung des Pflegebudgets im gesundheitspolitischen Diskurs durch einige Akteure die Forderung zur Streichung von OPS-Strukturmerkmalen gestellt, die die pflegerische Qualifikation bzw. Personalausstattung betreffen. Diese Forderung wird damit begründet, dass mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System pflegerische Anforderungen in OPS-Strukturmerkmalen nicht weiter benötigt werden würden, da diese einem anderen Regelungsbereich unterliegen oder keine Kostentrenner mehr darstellen würden. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist aufgrund des Qualitätsgebotes nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V jedoch kein Automatismus zur Streichung pflegerischer Qualitätsanforderungen aus den OPS-Strukturmerkmalen verbunden, die inhaltlich über die allgemeine Behandlungspflege hinausgehen. Gemäß DKR P001f gehören spezielle Strukturen, Geräte oder Ausbildungen zu den signifikanten Prozeduren, welche grundsätzlich zu kodieren sind. Vor diesem Hintergrund müssen auch Leistungsunterschiede abbildbar sein, die sich größtenteils aus besonderen Vorhaltungen/Spezialisierungen ergeben. Auch unterliegen Anforderungen an das Pflegepersonal häufig neben den OPS-Strukturmerkmalen keinem anderen Regelungsbereich. Vor diesem Hintergrund ist eine ersatzlose Streichung grundsätzlich abzulehnen und eine Zusammenführung in den Leistungsgruppen im Sinne des § 275a SGB V anzustreben.</p> <p>Ergänzend sollte in der Leistungsgruppensystematik der Hinweis aufgenommen werden, dass mit der Übertragung der Heilkundeausübung</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit speziellen Kompetenzen den entsprechenden Leistungsgruppen zugeordnet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensivpflege und Anästhesie: Pflege von schwerkranken/beatmeten Patient:innen- alle Intensivstationen 2. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege 3. Onkologische Pflege: alle Fachbereiche (Erwachsene, Kinder) in denen onkologische Patient:innen versorgt werden 4. Breast care Nurse: Gynäkologie /Brustzentren 5. Palliativpflege (Erwachsene, Kinder) 6. Aktivierend therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) 7. Pflege in der Psychiatrie/Psychosomatik (Erwachsene, Kinder) 8. Kinder- und Jugendlichenpflege 9. Diabetesberatung (alle Altersgruppen) 10. Wundmanagement (Chirurgie/Dermatologie, Onkologie) (alle Altersgruppen) 11. Stomatherapie (alle Altersgruppen) 12. Nephrologie/Dialyse (alle Altersgruppen) 13. Fachpflege Emergency Nursing 14. Pflegeexperten Intermediate Care 15. Stroke Nurse 16. Heart Nurse 17. Chest pain Nurse 18. Case- und Caremanagement (alle Altersgruppen) 19. Still- und Laktationsberaterinnen / Geburtshilfe und Pädiatrie 20. Asthma und Neurodermitis-Trainer:innen / Pädiatrie 21. Pain-Nurses und Pain Nurses Pädiatrie (Atmungstherapeut:innen) 22. Weitergebildete Pflegefachpersonen im Bereich Kinaesthetics und Kinaesthetics infant handling 23. Pflegefachpersonen mit Weiterqualifikation Basale Stimulation 24. Pflege in der Endoskopie 25. Pflege im Operationsdienst

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><u>Allgemeine und spezielle Leistungsgruppen</u></p> <p><u>Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin</u></p> <p>Die LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und die LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin müssen kurzfristig belegt werden. In den Kinderonkologischen LG 48/49 sind die nicht hämatologisch-onkologischen Erkrankungen (solide Tumoren) nicht benannt. Anders als in der Erwachsenenmedizin werden diese aber grundsätzlich in der Kinderonkologie behandelt.</p> <p>Die Nicht-Betrachtung und Nicht-Berücksichtigung der LG 16 sowie LG 47 hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, denn Spezialgebiete wie u.a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie werden somit in der Landeskrankenhausplanung nicht berücksichtigt werden, da sie nicht definiert und die Leistungsgruppen nicht belegt sind. Die Kinderonkologie darf nicht auf zwei Teil-Fachgebiete reduziert werden, alle kindlichen Malignome sind zu berücksichtigen. Insofern ist es zukünftig notwendig, dass alle die in der Anlage 1 des KHVVG aufgeführten pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen Leistungsgruppen zwingend definiert und belegt werden müssen.</p> <p><u>Schmerztherapie</u></p> <p>Zudem muss die LG „Schmerztherapie“ neu aufgenommen werden.</p> <p><u>Geriatrische Komplexitätsmedizin</u></p> <p>Abschließen besteht auch im Bereich der Geriatrie dringender Handlungsbedarf. So führt die aktuelle Ausgestaltung der Leistungsgruppensystematik zu einem Zusammenbruch der akutgeriatrischen Versorgung, da diese 25 Prozent des heutigen</p>

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>geriatriespezifischen Leistungsspektrums nicht mehr in der Geriatrie abbildbar sind. Aktuell beinhaltet die Leistungsgruppe Geriatrie (LG 56) ausschließlich die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-550. In den Geriatrien erfolgt jenseits der Frührehabilitation heute jedoch auch eine darüber hinausgehende Versorgung. Hierbei handelt es sich um „akutgeriatrische Fälle“ im Sinne der geriatrischen Komplexitätsmedizin, welche zumeist eine internistische Grunderkrankung aufweisen. Im Vergleich zu anderen akutmedizinischen Fachdisziplinen verfolgt die geriatrische Komplexitätsmedizin einen ressourcen- und bedarfsorientierten multidimensionalen Behandlungsansatz für multimorbide, d. h. mehrfacherkrankte sowie gebrechliche Patient:innen. Neben der Behandlung des akuten Gesundheitsproblem liegt der Fokus auf dem Erhalt der Selbstversorgung, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verringerung der Mortalität.</p> <p>Für eine sachgerechte, bundeseinheitliche und transparente Strukturierung der Versorgung muss der vollstationäre Leistungsinhalt der Geriatrie anlog dem NRW-Konzept ausgeweitet und darf nicht auf den OPS 8-550.-beschränkt werden.</p>
			<p>Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</p>
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
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 	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - 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	<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 	<p>Die Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Mitteln des Bundes aus dem Sondervermögen Infrastruktur wird befürwortet. Die bisher vorgesehene Finanzierung aus Mitteln des Gesundheitsfonds durch Krankenkassenbeiträge hätte für Versicherte und Arbeitgeber eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet.</p> <p>Grundsätzlich ist von Bedeutung, dass bei Vorhaben zur Bündelung von Versorgungskapazitäten zum Aufbau regionaler Krankenhausverbünde und zur Entwicklung integrierter Notfallstrukturen alle Krankenhäuser unabhängig vom der Versorgungsstufe Berücksichtigung finden. Beispielsweise dürfen Universitätskliniken laut dem Gesetzentwurf nur an Projekten zur Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen sowie zur Einrichtung von Zentren für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen teilnehmen.</p>
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	<p>Ermittlung Vorhaltevergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027 	
7	§ 38	<p>Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	<p>Im Rahmen der Krankenhausreform sind Hochschulkliniken gefordert, bestimmte Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wahrzunehmen sowie spezielle Vorhaltungen bereit zu halten. Die hierzu zur Verfügung stehenden Zuschläge stehen aber nun durch die Verschiebung der Vorhaltevergütung erst ein Jahr später den Hochschulkliniken zur Verfügung.</p>
8	§ 39	<p>Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:</p> <p>Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung</p>	
9	§ 40	<p>Spezialisierung Onkochirurgie:</p> <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 	
			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) 	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
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 • 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 	
4	§ 6b	<p>Ermittlung Vorhaltebudget:</p> <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 	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte 	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten 	
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 	
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"> - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte 	<p>Der DPR begrüßt die Streichung der einschränkenden Regelung des § 21 Absatz 5 Satz 6 KHEntgG.</p> <p>Bisher sah die Regelung vor, dass das InEK die Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) für die Ermittlung des Abschlags „auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten“ schätzen konnte, wenn ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder der Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) übermittelt hat.</p> <p>Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Testaten zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Daten zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegepersonen. Aus Sicht des DPR ist es sachgerecht, dass diese Daten miteinander abgeglichen und für die Klärung der tatsächlich vorliegenden Pflegepersonalausstattung eines</p>

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Krankenhauses herangezogen werden und auf dieser Grundlage eine sachgerechtere Schätzung der Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder der Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) vorgenommen wird.</p> <p>Aus Sicht des DPR braucht es neben dem InEK zusätzlich jedoch auch eine institutionelle Struktur, die für Konsistenz, Verbindlichkeit und fachliche Ansprechbarkeit sorgt. Ein unabhängiges Institut für die Personalbemessung der Pflege (InPeP) sollte diese Funktion übernehmen.</p>
			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	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
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. 	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
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	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		