

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 20/11854, 20/12894, 20/13059 Nr. 4 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider,
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/5550 –

**Geburtshilfe in Deutschland flächendeckend sicherstellen –
Fehlanreize beseitigen**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider,
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/5556 –

**Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten –
Krankenhausstandorte erhalten und stärken**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider,
Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/5558 –

**Fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend einrichten –
Nahtlose Rehabilitationskette herstellen, Krankenhausstandorte erhalten
und stärken**

**e) zu dem Antrag der Abgeordneten Andrej Hunko, Dr. Sahra Wagenknecht, Ali Al-Dailami, weiterer Abgeordneter und der Gruppe BSW
– Drucksache 20/11433 –**

Nein zur geplanten Krankenhausreform – Sofortprogramm zur Rettung des Gesundheitswesens

A. Problem

Zu Buchstabe a

Laut Bundesregierung bestehe für die Kliniken aufgrund der mengenorientierten Krankenhausvergütung ein ökonomischer Anreiz zur Behandlung möglichst vieler Patientinnen und Patienten. Dies könne dazu führen, dass Behandlungen nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus Gründen der Erlössteigerung durchgeführt würden. Zudem bestehe das Risiko, dass weniger lukrative medizinische Leistungen nicht mehr angeboten würden und selten durchgeführte, aber lukrative Behandlungen Qualitätsdefizite aufwiesen. Die Investitionsfinanzierung der Länder reiche nicht aus, sodass notwendige Anschaffungen und bauliche Maßnahmen teilweise durch Behandlungserlöse finanziert werden müssten. Hinzu komme, dass die für Behandlungen notwendigen Strukturen aufgrund der Einsparungen der Krankenhäuser oftmals nicht vorhanden seien. Der im Zuge des demografischen Wandels fortschreitende Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften werde ebenfalls dazu beitragen, dass die Versorgung nicht mehr qualitativ, flächendeckend und bedarfsgerecht sichergestellt werden könne.

Die Krankenhausreform verfolge daher als zentrale Ziele die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die flächendeckende medizinische Versorgung sowie die Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung und die Entbürokratisierung.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller sind der Ansicht, Paare, die sich für Kinder entschieden und damit den Generationenvertrag erfüllten, hätten einen Anspruch auf bestmögliche Unterstützung. Es brauche eine Willkommenskultur für Neu- und Ungeborene. Es sei nicht hinnehmbar, dass die fehlende Eins-zu-Eins-Betreuung durch Hebammen zu einer erhöhten Kaiserschnitttrate führe. Es fehle an der Finanzierung, zudem dränge die Steigung der Haftpflichtversicherungsprämien für Hebammen viele Hebammen aus ihrer Tätigkeit.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller sind der Ansicht, im Anschluss an Krankenhausbehandlungen führe das Fehlen von Kurzzeitpflegeplätzen häufig zu einem Verbleiben der Patienten im Krankenhaus über das notwendige Maß hinaus. Zudem fehlten Kurzzeitpflegeplätze auch bei ambulanten Patienten in Krisensituationen. Das Einstreuen der Plätze in der stationären Akutkrankenhausversorgung werde einer hochwertigen Versorgung in verschiedenen Bereichen nicht gerecht. Es müssten daher u. a. räumlich getrennte Abteilungen für Betten in der Kurzzeitpflege eingerichtet werden.

Zu Buchstabe d

Laut Antragstellern sei durch die Fortschritte in der Akutmedizin die Wahrscheinlichkeit, akute Unfälle und Erkrankungen zu überleben, gestiegen. Dadurch erhöhe sich auch die Zahl der Patienten mit Einschränkungen, sodass die Rehabilitation zur Vermeidung von dauerhaften Schäden schnellstmöglich beginnen müsse. Die Behandlung in Form der Frührehabilitation sei allerdings wegen fehlender entsprechender Fachabteilungen in den Krankenhäusern nicht flächendeckend sichergestellt. Es existiere nicht überall eine nahtlose Rehabilitationskette, was unter anderem auf die fehlende kostendeckende Finanzierung zurückzuführen sei. Zudem seien Frührehabilitationsangebote nicht fachübergreifend eingerichtet.

Zu Buchstabe e

Die Antragsteller tragen vor, seit 2020 seien mehr als 60 Krankenhäuser geschlossen worden und durch die geplante Krankenhausreform würden weitere 400 folgen. Die gesetzlich vorgesehene Gesundheitsversorgung sei qualitativ und quantitativ nicht mehr sichergestellt. Die geplante Krankenhausreform führe bereits zu Bettenabbau und Privatisierung und letztlich dazu, dass kleinere Krankenhäuser freiwillig schlossen und keine Bemühungen mehr anstellten. Größere Krankenhäuser versuchten auf Kosten der kleineren Krankenhäuser weiter zu wachsen. Es werde dadurch die Schließung von einem Fünftel der Krankenhäuser erwartet. Letztlich stelle dies einen massiven Angriff auf die soziale und demokratische Republik und deren zentrale Grundlage mit einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung dar.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung unabhängig von der Leistungserbringung werde der Anreiz zur Ausweitung von Fallmengen gesenkt. Die bestehenden Fallpauschalen würden abgesenkt und die Vorhaltevergütung, die zeitnah ausbezahlt werde, werde je Land nach den durch die Planungsbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt.

Die Vorhaltevergütung werde mit der Zuweisung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien verknüpft, um die Leistungen und Qualitätssteigerungen in der medizinischen Versorgung zu erreichen. In einem mehrstufigen Verfahren würden unter Einbindung u. a. der medizinischen Fachgesellschaften und der Selbstverwaltungspartner Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erarbeitet.

Zur Verbesserung der Effizienz des Prüfwesens der Medizinischen Dienste werde eine elektronische Datenübermittlung über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht und der Medizinische Dienst Bund zur Errichtung einer Datenbank zur Bündelung der Prüfergebnisse und Mitteilungen verpflichtet. Das Berichtswesen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund werde erweitert.

Die Länder erhielten gesetzlich die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante Leistungen umfasse. Für die Umsetzung der Krankenhausreform könnten die Länder ab 2026 aus den Mitteln des Transformationsfonds zielgenau unterstützt werden.

Die Tarifierfinanzierung und die Anwendung des vollen Orientierungswertes verbesserten nachhaltig die wirtschaftliche Situation und Liquidität der Krankenhäuser. Zudem würden zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht.

Derzeit sei es für Krankenhäuser grundsätzlich möglich, alle Leistungen zu erbringen. Die Leistungen der Krankenhäuser würden konzentriert und ambulanter und stationärer Sektor würden verzahnt, um die Behandlungsqualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 20/11854, 20/12894 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag solle die Bundesregierung zur Vorlage eines Gesetzentwurfs auffordern, der sicherstelle, dass für jede Schwangere die Erreichbarkeit einer Geburtshilflichen Abteilung innerhalb von 40 Minuten gegeben sei sowie eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme gewährleistet werde. Zudem müssten eine Haftpflichtversicherung durch den Auftraggeber bei freiberuflichen Hebammen bestehen und bei der Vergütung geburtshilflicher Leistungen Fehlanreize zu unnötigen Leistungen vermieden werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5550 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Gruppe BSW.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag solle laut Antragstellern die Bundesregierung auffordern, einen Gesetzentwurf zur bundesweiten Sicherstellung der Möglichkeiten für Abteilungen mit Kurzzeitpflegeplätzen vorzulegen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5556 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD sowie der Gruppe BSW.

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung solle zur Vorlage eines Gesetzentwurfs aufgefordert werden, der die Verfügbarkeit flächendeckender Fachabteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation sowie die kostendeckende Finanzierung sicherstelle.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5558 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD und der Gruppe BSW.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag solle laut Antragstellern die Bundesregierung auffordern, die geplante Krankenhausreform zu stoppen und sich gegen die Schließung von Krankenhäusern einzusetzen. Der TVöD solle für alle Beschäftigten gelten. Zudem müsse ein Sofortprogramm zur Rettung und Wiederherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens eingesetzt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/11433 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppe BSW bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD und der Gruppe Die Linke.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis e

Annahme des jeweiligen Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Neueinrichtung einer Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Koordinierung und Begleitung der Arbeit des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dauerhafte Mehrausgaben in Höhe von geschätzt rund 440 000 Euro pro Jahr.

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung durch das BMG nach § 135f SGB V dauerhafte Mehrausgaben in Höhe von geschätzt rund 310 000 Euro pro Jahr.

Begleitend zur Umstellung der Krankenhausfinanzierung und den damit einhergehenden Veränderungen sind bundesweite Informations- und Aufklärungsmaßnahmen erforderlich. Dem Bundeshaushalt entstehen daher im Zuge des Transformationsprozesses Mehrausgaben in Höhe von 16 Millionen Euro für die Aufklärungsarbeit gegenüber Patientinnen und Patienten sowie den Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Etwaige Mehrbedarfe im Sach- und Personalhaushalt sind vollständig und dauerhaft im fachlich betroffenen Einzelplan gegenzufinanzieren, über die in den jährlich stattfindenden Haushaltsverhandlungen zu entscheiden sein wird.

Im Bereich der Beihilfe entstehen Bund, Ländern und Kommunen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag liegen können.

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wird in den Jahren 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Milliarden Euro bereitgestellt, das jeweils zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist. Durch die mit dem

Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die dem zeitlich begrenzten Transformationsfonds insgesamt bis 2035 zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 25 Milliarden Euro werden – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Diesen Mehrausgaben stehen dauerhaft wirkende Einsparpotenziale gegenüber, die durch Struktureffekte wie zum Beispiel die Konzentration der Angebotsstrukturen und eine Qualitätsverbesserung entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Im Jahr 2024 entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung basiswirksame Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Ab 2025 entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 378 Millionen Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe, die ab 2027 um weitere 327 Millionen Euro für weitere vorgesehene Zuschläge jährlich aufwachsen. Zusätzlich können ab dem Jahr 2025 noch nicht bezifferbare jährliche Mehrkosten entstehen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie bei Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer men-

genunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus beziehungsweise der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Bereits eine jährliche Reduktion der Mengendynamik um einen Prozentpunkt reduziert den Ausgabenzuwachs jedes Jahr um rund 650 Millionen Euro. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird. In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Millionen Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf 1 Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils 1 Milliarde Euro an.

Der Umstieg von den bisherigen Einzelfallprüfungen von Krankenhausrechnungen hin zu einer strukturierten Stichprobenprüfung kann ab dem Jahr 2027 Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger von Krankenhausrechnungen haben. Da die konkrete Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen erst noch durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Basis eines Konzepts des Medizinischen Dienstes Bund vereinbart werden muss, kann eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen noch nicht vorgenommen werden.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Angaben.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Für Bürgerinnen und Bürger ergeben sich keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand infolge der gesetzlichen Änderungen.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Angaben.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft vermindert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 712 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 287 000 Euro. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 203 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 247 000 Euro.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bewirkt für die Wirtschaft zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 9 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 22 000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 518 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 18 000 Euro.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Davon entfallen circa 186 000 Euro auf jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten sowie rund 240 000 Euro auf einmalige Informationspflichten. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt eine Zunahme der Bürokratiekosten aus Informationspflichten um geschätzt rund 4 000 Euro jährlich. Die einmaligen Informationspflichten belaufen sich auf 240 000 Euro.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von schätzungsweise rund 3 000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund 179 000 Euro jährlich.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPflV hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.
- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Angaben.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Für die Verwaltung erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt rund 2 503 000 Euro. Davon entfallen circa 1 611 000 Euro an jährlichem Erfüllungsaufwand auf den Bund oder die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung und rund 892 000 Euro auf die Länder inklusive Kommunen. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1 887 000 Euro, davon circa 177 000 Euro für die Länder. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 336 000 Euro. Diese entfallen fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 284 000 Euro, die fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung entfallen.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 3 001 000 Euro. Davon entfallen rund 2 109 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 892 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1 561 000 Euro. Davon entfallen rund 1 385 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 177 000 Euro auf die Länder.
- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt für die Verwaltung eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 834 000 Euro. Diese entfallen vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 42 000 Euro für die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPfIV hat für die Verwaltung keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 5 mit Bezug auf Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Angaben.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag liegen können.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, des Entfallens medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Zu den Buchstaben b bis e

Keine Angaben.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/11854, 20/12894 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 20/5550 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 20/5556 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 20/5558 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 20/11433 abzulehnen.

Berlin, den 16. Oktober 2024

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonthier
Amtierende Vorsitzende

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Dr. Stephan Pilsinger
Berichterstatter

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Kay-Uwe Ziegler
Berichterstatter

Ates Gürpınar
Berichterstatter

Andrej Hunko
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

– Drucksache 20/11854 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen	Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)	(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. <i>In § 39e Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1“ eingefügt.</i>	1. § 39e wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:
	„(1) Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege
	1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder
	2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Kranken-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>hausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.</p>
	<p>(2) Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenkassenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zur Dokumentation nach Satz 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung fest.“</p>
	<p>b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.</p>
	<p>1a. In § 92a Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ein Komma und die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit,“ eingefügt.</p>
	<p>1b. In § 92b Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „Die Schwerpunkte“ die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit und“ eingefügt und werden nach den Wörtern „von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4“ die Wörter „zweite Alternative“ gestrichen.</p>
	<p>1c. In § 107 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „stehen“ ein Komma und die Wörter „pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen“ und nach dem Wort „diagnostische“ ein Komma und das Wort „pflegefachliche“ eingefügt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1d. § 108 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 2 wird das Wort „oder“ gestrichen.
	b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „oder“ ersetzt.
	c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:
	„4. Bundeswehrkrankenhäuser, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden; bis zu dieser Bestimmung gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als dazu bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren.“
2. § 109 wird wie folgt geändert:	2. § 109 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.	a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „und bei den Bundeswehrkrankenhäusern die in § 108 Nummer 4 genannte Bestimmung“ eingefügt.
b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 sowie“ eingefügt.	b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarenden Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien sowie“ eingefügt.
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	aa) entfällt
„2. an dem jeweiligen Krankenhausstandort <i>die</i> für bestimmte Leis-	„2. an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen verein-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>tungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, <i>wenn in dem Versorgungsvertrag diese Leistungsgruppen für den jeweiligen Krankenhausstandort vereinbart werden sollen oder</i>“.</p>	<p>bart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, oder“.</p>
<p><i>bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:</i></p>	<p>bb) entfällt</p>
<p><i>„Wurden in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart, gilt die Genehmigung zugleich als Zuweisung dieser Leistungsgruppen im Sinne des § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“</i></p>	
<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>
<p>„(3a) Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss des Versorgungsvertrags nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes <i>nach § 275a Absatz 4 Satz 1</i> über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, <i>wenn die Übermittlung dieses Gutachtens</i> an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus die für <i>die jeweiligen Leistungsgruppen</i> maßgeblichen Qualitätskriterien <i>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</i> nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versor-</p>	<p>„(3a) Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung von Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss eines Versorgungsvertrags gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein <i>anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat</i>, für einen erheblichen Teil der Einwohner des <i>jeweiligen Versorgungsgebiets</i> nicht innerhalb der in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen <i>und mit der Bedingung abzuschließen, dass das jeweilige Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. Solange</i> der jeweilige Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden.“</p>	<p>der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist, für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe vereinbart werden soll, nicht innerhalb der jeweiligen in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn der jeweilige Krankenhausstandort zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.“</p>
e) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:	e) u n v e r ä n d e r t
<p>„Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur	„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur
1. aus den in § 109 Absatz 3 Satz 1 genannten Gründen oder	1. u n v e r ä n d e r t
2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus <i>erbringt</i> den Nachweis über die Erfüllung <i>der</i> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst <i>wurde</i> bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt.“	2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde .“
b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder <i>der in</i> “ eingefügt.	b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder“ eingefügt.
c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:	c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
„Satz 2 <i>gilt</i> nicht,	„Satz 2 ist nicht anzuwenden ,
1. <i>solange ein</i> Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 <i>in Verbindung mit</i> Absatz 3a Satz 6 <i>oder 7 vereinbart ist oder</i>	1. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 6 befristet abgeschlossen wurde und die Frist noch nicht abgelaufen ist,
	2. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 7 unbefristet abgeschlossen wurde und der jeweilige Krankenhausstandort

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder
<p>2. für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2, wenn die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür haben, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet.“</p>	<p>3. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.“</p>
	3a. § 115f wird wie folgt geändert:
	a) In der Überschrift werden das Semikolon und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.
	b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „bis zum 31. März 2023“ gestrichen.
	bbb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „stationär“ die Wörter „mit Übernachtung“ eingefügt.
	ccc) In Nummer 2 wird nach dem Wort „Vergütung“ das Wort „ausschließlich“ eingefügt.
	bb) Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	<p>„Die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Institut auf dessen Anforderung innerhalb von zwei Wochen die zum Zeitpunkt der Anforderung für das letzte Abrechnungsjahr, für das die Fallzahlen und Vergütungen vollständig vorliegen, verfügbaren Fallzahlen und Vergütungen unter Angabe der Sachkosten der nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von ihnen vergüteten Leistungen sowie</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>die Höhe der nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag vergüteten Sachkosten bezogen auf die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen, aufgeschlüsselt nach den Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten. In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“</p>
	<p>c) Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 1a und 2 ersetzt:</p>
	<p>„(1a) Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.
	<p>(2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind. Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.“</p>
	d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In den Sätzen 1 und 3 werden die Wörter „Rechtsverordnung nach Absatz 4“ jeweils durch die Wörter

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.“
	e) Die Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:
	„(4) Kommt eine Beauftragung nach Absatz 1 Satz 7, Absatz 1a Satz 3, Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. Zur Vorbereitung der Festsetzungen nach Satz 2 sind das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit zu gleichen Teilen zu tragen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann an Verhandlungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und Sitzungen des Bewertungsaus-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>schusses in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 beratend teilnehmen. Setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht fest, ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, diesen festzulegen. Zur Vorbereitung einer Festlegung nach Satz 5 sind die einzelnen in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 1, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit der Institute zu gleichen Teilen zu tragen.</p>
	<p>(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Ein entsprechender Evaluationsbericht der Institute ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.“</p>
4. Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:	4. Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:
„§ 115g	„§ 115g
Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung
(1) <i>Krankenhäuser</i> , die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektoren-	(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Kranken-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
übergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können <i>insbesondere</i> folgende Leistungen erbringen:	häusern , die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:
1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,	1. u n v e r ä n d e r t
2. ambulantes Operieren nach § 115b,	2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
3. <i>stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,</i>	3. die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,
4. Übergangspflege nach § 39e,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.	5. u n v e r ä n d e r t
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen <i>erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang.</i> Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. <i>Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, bleibt unberührt.</i>	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in Satz 1 und Satz 2 genannten stationären Leistungen können auch belegärztlich erbracht werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.
(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.	
(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,	(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,
1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens <i>anbieten</i> müssen,	1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,	2. u n v e r ä n d e r t
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und	3. u n v e r ä n d e r t
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.	4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.
Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest. <i>Für die Festlegung durch die Schiedsstelle nach Satz 3 gilt die Anpassung nach Satz 2 entsprechend.</i>	Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 3 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss oder der ersten Festlegung , an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.
(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im	(4) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“	
5. § 116a wird wie folgt gefasst:	5. § 116a wird wie folgt gefasst:
„§ 116a	„§ 116a
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser
(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen <i>für das entsprechende Fachgebiet</i> in den Planungsbereichen, in denen <i>der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 festgestellt hat</i> , auf deren Antrag zur <i>vertragsärztlichen</i> Versorgung ermächtigen, <i>soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist</i> .	(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind , auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.
(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen <i>in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind</i> , auf deren Antrag zur <i>hausärztlichen</i> Versorgung ermächtigen. “	(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen so wie Krankenhäuser, soweit ihre Standorte in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind , auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und
	2. in einem Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.
	Der Zulassungsausschuss informiert die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich über den Antrag einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Krankenhauses, dessen Standort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, auf Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung ist zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung anordnet.“
	5a. Nach § 117 wird folgender § 117a eingefügt:
	„§ 117a
	Bundeswehrambulanzen
	Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für die Aufgabenwahrnehmung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr erforderlichen Umfang ermächtigt.“
	5b. Nach § 118a wird folgender § 118b eingefügt:
	„§ 118b
	Pädiatrische Institutsambulanzen
	Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die auf Grund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenver-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	band Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft
	1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 auf Grund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
	2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.
	Kommt die Vereinbarung bis zum ... [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“
	5c. In § 120 Absatz 1a Satz 1 werden das Komma und die Wörter „die auf Überweisung erfolgt,“ gestrichen.
6. § 121 Absatz 6 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.	6. unverändert
7. § 135d wird wie folgt geändert:	7. § 135d wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 werden nach den Wörtern „des Krankenhausentgeltgesetzes“ jeweils die Wörter „und nach § 40 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 2 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und auf Grundlage dieser Auswertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindi-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	katoren zu Sterblichkeit und peri-prozeduralen Komplikationen entwickeln; ferner kann das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen patientenrelevante Prozesse als Qualitätsindikator darstellen“ eingefügt.
	cc) In Satz 6 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und die nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelte Liste“ ersetzt.
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach Leistungsgruppen“ ersetzt und nach dem Wort „bestimmt“ werden die Wörter „; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend“ eingefügt.	aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen“ ersetzt.
bbb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	bbb) u n v e r ä n d e r t
ccc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:	ccc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:
„8. die dem Krankenhaus nach § 6a Absatz 1 Satz 1 oder nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 109 Absatz 3 Satz 3 und die Erfüllung oder Nichterfüllung der	„8. die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschließlich der nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewie-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,	senen Leistungsgruppen und die für einen Krankenhausstandort nach § 109 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Leistungsgruppen einschließlich der nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbarten Leistungsgruppen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,
9. die Ausweisung <i>auf</i> der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“	9. die Ausweisung in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“
bb) Satz 8 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
	cc) Satz 8 wird wie folgt geändert:
	aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
„1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die <i>ihm von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen übermittelten</i> Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung	„1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtan-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.	wendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.
	bbb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.
	c) In Absatz 4 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt“ eingefügt.
8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:	8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:
„§ 135e	„§ 135e
Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung
(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates	(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,	1. u n v e r ä n d e r t
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:	2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) sachliche Ausstattung,	b) u n v e r ä n d e r t
c) personelle Ausstattung und	c) u n v e r ä n d e r t
d) sonstige Struktur- und <i>Prozesskriterien</i> ,	d) sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen ,
3. Regelungen zur Zulässigkeit der <i>Einhaltung</i> der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder Krankenhäusern, zu treffen,	3. Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen,
4. Regelungen <i>dazu</i> , für welche Leistungsgruppen in <i>Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist</i> , zu treffen.	4. Regelungen darüber zu treffen , für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.
Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.	Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.
(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe <i>festgelegten</i> Qualitätskriterien zu erfüllen. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.	(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend . Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.
(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 <i>Nummer 1 bis 4</i> beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 <i>Nummer 1</i>	(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beschließt. Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesund-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>bis 4</i> beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann <i>beschließen</i>, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses <i>richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.</i></p>	<p>heit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f und der Medizinische Dienst Bund können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Vor einer Beschlussfassung nach Satz 1 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die jeweilige Beschlussfassung einzubeziehen. Der Ausschuss berücksichtigt die gemäß § 136a Absatz 7 getroffenen Festlegungen im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens nach Artikel 7 übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	men Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.
<p>(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 <i>gelten</i> im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe <i>dieses Absatzes</i>. Die in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ enthaltenen Qualitätskriterien werden bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 2 Satz 2 sowie über die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berücksichtigt. Für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 gilt:</p>	<p>(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,</p>
<p>1. hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ genannten Leistungsgruppen <i>müssen die Qualitätskriterien der in der Tabellenspalte „Standort“ aufgeführten Leistungsgruppen ebenfalls erfüllt sein,</i></p>	<p>1. dass hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Spalte „Standort“ genannten Leistungsgruppen die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien ebenfalls erfüllt sein müssen,</p>
<p>2. sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, <i>bestimmen sich die einzuhaltenden Mindestanforderungen</i> danach, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder <i>alle Altersklassen</i> behandelt werden sollen,</p>	<p>2. dass, sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils danach bestimmen, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen,</p>
<p>3. <i>besondere medizinische Angebote, die in einigen Leistungsgruppen vorgesehen sind, müssen mindestens in Kooperation erbracht werden, sofern sie kein am Standort zu erfüllendes Auswahlkriterium darstellen,</i></p>	<p>3. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ die Leistungsgruppe Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Hochkomplex oder mit der Qualitätsanforderung Komplex genannt wird, hinsichtlich dieser Leistungsgruppe die in Anlage 1 Nummer 64 in der jeweiligen entsprechend benannten Tabellenzeile genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sein müssen,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. soweit die intensivmedizinische Versorgung erweiterte Qualitätsanforderungen in einzelnen Leistungsgruppen erfordert, müssen die erforderlichen Voraussetzungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung am Standort vorgehalten werden,	4. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können,
5. die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Tabellenspalte vorgegebenen Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind mit dem dafür erforderlichen Personal in dem vorgegebenen Zeitraum vorzuhalten,	5. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden,
6. die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ enthaltenen fachärztlichen Vorgaben richten sich nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; Qualifikationen auf Basis früherer Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer sind entsprechend anzuerkennen,	6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist,
7. im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ sind Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten, dabei	7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei
a) entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden,	a) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden entspricht,
	b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,
b) können beschäftigte Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die diesem Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden; dies gilt nicht für die in der Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leis-	c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allge-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,	meine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,
c) können Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden, sofern dies in der Tabelle vorgesehen ist,	d) an Stelle eines Facharztes auch ein Belegarzt vorgehalten werden kann; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit gelten entsprechend,
8. Krankenhäuser können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und	8. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und
a) in der Tabelle eine Kooperation vorgesehen ist oder	a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder
b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.	b) unverändert
Satz 3 Nummer 8 b ist auf Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ mit der Maßgabe anzuwenden, dass § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht entsprechend gilt.	Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen. Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.
§ 135f	§ 135f
Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung
<p>(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (<i>Mindestvorhaltezahlen</i>) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. <i>Ein Krankenhaus hat die ihm für einen Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahl zu erfüllen, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegt, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung), erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht; dabei ist den betroffenen Krankenhausträgern vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Satz 3 gilt entsprechend für den Fall einer Leistungsverlagerung zwischen mindestens zwei Krankenhausstandorten eines Krankenhausträgers. In den in den Sätzen 3 und 4</i></p>	<p>(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahl) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegen, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung); den betroffenen Krankenhausträgern ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Festlegung nach Satz 2 getroffen, erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. In dem in Satz 2 genannten Fall hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereini-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>genannten <i>Fällen</i> hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung <i>ist Absatz 1</i> mit der Maßgabe anzuwenden, dass als Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.</p>	<p>gungen sind die Sätze 1 bis 4 mit der Maßgabe anzuwenden, dass als Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.</p>
<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der <i>Kriterien nach Absatz 4 Satz 2</i> wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung <i>oder</i> die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die <i>Empfehlungen</i> innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.</p>	<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung und die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 Satz 1 veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die jeweilige Empfehlung innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. Bevor das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wissenschaftliche Empfehlungen nach Satz 1 erarbeitet, entwickelt und veröffentlicht es eine allgemeine Methodik zur Erarbeitung solcher Empfehlungen. Vor der Entwicklung der allgemeinen Methodik ist Sachverständigen der medizinischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entwicklung der allgemeinen Methodik einzubeziehen. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die <i>Auswertungen sind</i> dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezah, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 <i>Satz 1 bis 4</i> erfüllt.</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die jeweilige Auswertung ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezah, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 erfüllt.</p>
<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für <i>jede</i> nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche <i>Leistungsgruppe</i> Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen <i>Empfehlungen</i> sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen <i>Auswertungen</i> und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu <i>berücksichtigen</i>:</p>	<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche Leistungsgruppen Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen Empfehlung sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen Auswertung und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu beachten:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. die <i>Verpflichtung zur Vorhaltung eines ständig verfügbaren</i> Facharztstandards,	1. die Notwendigkeit der Gewährleistung des Facharztstandards,
2. das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. <i>die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots</i> nach § 12 Absatz 1.	3. das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1.
Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig.“	Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 7 sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten nach Artikel 7 folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig.
	(5) Bis zum 31. Dezember 2026 gilt, dass ein Standort eines Krankenhauses, der entsprechend § 135d Absatz 4 Satz 8 im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in einer Leistungsgruppe erbracht hat, mit einem Hinweis auf den geringen quantitativen Versorgungsanteil in der betroffenen Leistungsgruppe versehen wird.“
9. § 136 wird wie folgt geändert:	9. § 136 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „sofern diese nicht in den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“	„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“
	9a. Dem § 136a wird folgender Absatz 7 angefügt:
	„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats] in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreisläsen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus ange-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	stellten Hebamme geleitet werden. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen.“
10. § 136c wird wie folgt geändert:	10. § 136c wird wie folgt geändert:
a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2025, inwieweit die Vorgaben anzupassen sind, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen.“
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zehnten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu prüfen, ob Leistungen, für die eine notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, auch durch Belegärzte erfüllt werden können.“
c) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.	c) u n v e r ä n d e r t
d) In Absatz 6 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 5“ durch die Wörter „Absätzen 3 bis 5“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t
11. § 137 wird wie folgt geändert:	11. § 137 wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift wird das Wort „Kontrolle“ durch das Wort „Prüfung“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die <i>entweder</i>	„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die erforderlich sind
1. <i>durch</i> Anhaltspunkte <i>begründet sein müssen</i> ,	1. auf Grund begründeter Anhaltspunkte,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. <i>die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben oder</i>	2. als Stichprobenprüfungen oder
3. <i>als Stichprobenprüfungen erforderlich sind.“</i>	3. auf Grund eines konkreten Anlasses, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben.“
bb) In den Sätzen 2 und 3 wird das Wort „Kontrollen“ jeweils durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:
„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“	„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“
	11a. In § 137i Absatz 4a Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
	11b. In § 137j Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	11c. § 137k Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:
	„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden jährlich und dem Bundesministerium für Gesundheit nach Aufforderung eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.“
	11d. Nach § 137l werden die folgenden §§ 137m und 137n eingefügt:
	„§ 137m
	Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung
	(1) Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 folgende Angaben zu ermitteln, zu dokumentieren und in geeigneter Nachweisform an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:
	1. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet in Vollkräfte, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen,
	2. den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen,
	3. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des ermittelten Bedarfs einzusetzenden Ärztinnen und Ärzten, umgerechnet in Vollkräfte, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen.
	Die Verpflichtung nach Satz 2 Nummer 1 besteht nicht, wenn die Daten bereits nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden. Die Anzahl der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ist an die Anzahl der einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte schrittweise anzupassen, sofern sie hinter dieser zurückliegt. Das Institut für das Entgeltsys-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tem im Krankenhaus wertet die Daten aus und übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2. Die Datenauswertungen können nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 veröffentlicht werden.
	(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. März 2025 einen Auftragnehmer im Sinne von § 137k Absatz 2 Satz 1 mit der Erprobung eines in Abstimmung mit der Bundesärztekammer durch das Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Im Rahmen der Erprobung sind insbesondere folgende Aspekte zu untersuchen:
	1. Tauglichkeit des Konzeptes für eine bundesweite Einführung in verschiedenen Typen von Krankenhäusern und in deren unterschiedlichen Abteilungen,
	2. Qualität der anhand des Konzeptes erhobenen Daten und ihre bundesweite Vergleichbarkeit,
	3. Eignung der anhand des Konzeptes erhobenen Daten zur Einbeziehung als Qualitätskriterium, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen an Krankenhäuser,
	4. Einführungs- und Nutzungsaufwand des Konzeptes für die Krankenhäuser,
	5. Möglichkeiten einer digitalisierten und automatisierten Datenerhebung, um den Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser zu reduzieren.
	Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an der Erprobung aktiv zu beteiligen und dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:
	1. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet auf Vollkräfte, und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>2. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte, die unter Anwendung des erprobten Instruments ermittelt wurde, umgerechnet auf Vollkräfte.</p>
	<p>Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Der Auftragnehmer kann Form und Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat dem Auftragnehmer die ihm nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zur Nutzung im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 in geeigneter Form zu überlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.</p>
	<p>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 jeweils eingesetzten und der auf Grundlage des Bedarfs nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in diesen Abteilungen jeweils einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen</p>
	<p>1. zur Bedarfsermittlung im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte und ihrer Methodik,</p>
	<p>2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des ärztlichen Personals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte,</p>
	<p>3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden, nach beruflichen Qualifikationen aufgegliederten</p>
	<p>a) Ist-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung und</p>
	<p>b) Soll-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. zur Übermittlung der von Krankenhäusern nach Nummer 3 erfassten Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
	5. zu Berichtspflichten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit,
	6. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
	7. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus,
	8. zur Häufigkeit sowie Form und Verfahren der Übermittlung nach Absatz 1 Satz 5.
	§ 137k Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
	(4) Die Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung, die sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, bleiben unberührt.
	(5) § 137k Absatz 7 gilt entsprechend.
	§ 137n
	Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus
	(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes richten bis zum 30. September 2025 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Kommission ein, die Empfehlungen zur Personalbemessung von anderen als den in den §§ 137k und 137m genannten Gesundheitsberufen erarbeitet, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Zur Koordinierung und Organisation der Arbeit der Kommission richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Geschäftsstelle ein.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(2) Die Kommission setzt sich zusammen aus
	1. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
	2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
	3. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.,
	4. jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern der jeweiligen Gesundheitsberufe mit Praxiserfahrung und
	5. zwei Vertreterinnen oder Vertretern der einschlägigen Wissenschaft.
	Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien für einen Zeitraum von drei Jahren berufen. Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien ausgewählt, ihre Berufung erfolgt nach Einholung der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.
	(3) Die Kommission erarbeitet Empfehlungen zu folgenden Themen:
	1. Ansätzen zur Personalbemessung von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen,
	2. der Notwendigkeit der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufe,
	3. Wechselwirkungen und Synergieeffekten zu den Regelungen in den §§ 137k, 137l und 137m,
	4. dem Erfüllungsaufwand und den Digitalisierungsvoraussetzungen für die Umsetzung der Personalbemessung.
	(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein Konzept zur Organisation und Arbeitsweise der Kommission samt Geschäftsordnung zur Genehmigung vor. In diesem ist auch eine inhaltliche und zeitliche Planung der zu erarbeiteten Empfehlungen, auch hinsichtlich der unter-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	schiedlichen in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen darzulegen.“
12. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	12. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 2 wird die Angabe „§§ 12 bis 14“ durch die Angabe „§§ 12 und 12a“ ersetzt und der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.	bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Maßgabe der §§ 12 bis 14“ durch die Wörter „den §§ 12 und 12a“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:	cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
„3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach <i>Maßgabe des</i> § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“	„3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:	b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:
„Der <i>Anteil nach</i> Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds, der <i>Anteil nach</i> Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds und der <i>Anteil nach</i> Satz 1 Nummer 3 dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden <i>Anteile nach</i> Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 an den <i>Mitteln für den</i> Innovationsfonds nach § 92a, den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“	„Der in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil wird dem Innovationsfonds, der in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil dem Strukturfonds und der in Satz 1 Nummer 3 genannte Anteil dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden in Satz 1 genannten Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a, des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“
13. § 271 wird wie folgt geändert:	13. § 271 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	aa) u n v e r ä n d e r t
„Abweichend von Satz 4 darf die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf der Geschäftsjahre 2025 bis 2034 einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten.“	
bb) <i>In dem</i> neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt.	bb) Im neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt.
b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
<p>„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 <i>und</i> Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 <i>und</i> Satz 4 und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt.“</p>	<p>„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt; für das Kalenderjahr 2026 ist der Mittelübertrag der nach § 12a Ab-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	satz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung stehende Betrag.“
14. § 275a wird wie folgt gefasst:	14. § 275a wird wie folgt gefasst:
„§ 275a	„§ 275a
Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern
(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung	(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung
1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,	1. u n v e r ä n d e r t
2. von Strukturmerkmalen, die in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel <i>nach § 301 Absatz 2</i> festgelegt werden,	2. von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einzelne Kodes festgelegt werden,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Prüfung der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation <i>sowie</i>	3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Prüfung der Richtigkeit der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation und
4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen; <i>hierzu kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Medizinischen Dienst beauftragen.</i>	4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen.
Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen <i>in der Regel</i> im schriftlichen Verfahren auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser; <i>abweichend davon erfolgen die Prüfungen angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist.</i> Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind Prüfungen ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 so-	Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen im schriftlichen Verfahren, als Prüfungen vor Ort oder zum Teil im schriftlichen Verfahren und zum Teil als Prüfung vor Ort auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser. Prüfungen vor Ort erfolgen angemeldet . Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind abweichend von Satz 4 Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>weit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 wechselseitig. <i>Vorliegende Zertifikate und Daten</i> aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 <i>sind vom Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen</i>. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser <i>kann über ein geschütztes digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes erfolgen</i>; die <i>Medizinischen Dienste führen hierzu jeweils ein entsprechendes Informationsportal</i>. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 oder aus anderen Prüfungen nach den §§ 275a und 275d in den bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassungen wechselseitig. Der Medizinische Dienst berücksichtigt im Rahmen der Prüfungen Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 und kann vorliegende Zertifikate anerkennen. Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die Medizinischen Dienste betreiben jeweils ein geschütztes digitales Informationsportal zur Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser; die Krankenhäuser können für die Prüfung erforderliche Unterlagen über dieses Informationsportal bereitstellen. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</p>
<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Darüber hinaus können die beauftragenden Stellen bei Be-</p>	<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Darüber hinaus können die in den Sätzen 1 und 2 genann-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>darf jederzeit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen. Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Erfüllung von Qualitätskriterien bestimmt sich abschließend nach den in dem konkreten Auftrag bestimmten Leistungsgruppen. Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, 2 oder 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle zuzusenden. Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von <i>zwei Wochen</i> nach Zugang des Gutachtens auf <i>offensichtliche</i> Unstimmigkeiten oder Unklarheiten im Gutachten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises zu erörtern; sofern erforderlich, ist das Gutachten <i>entsprechend unverzüglich</i> durch den Medizinischen Dienst zu korrigieren. Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 6 genannten Prüfungen bis <i>spätestens</i> zum 30. Juni 2026 abzuschließen.</p>	<p>ten beauftragenden Stellen bei Bedarf jederzeit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen, insbesondere bei Hinweisen über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien. Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Erfüllung von Qualitätskriterien bestimmt sich abschließend nach den in dem konkreten Auftrag bestimmten Leistungsgruppen. Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, Satz 2 oder Satz 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen und dieses innerhalb der genannten Frist allein der beauftragenden Stelle zuzusenden. Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von einem Monat nach Zugang des Gutachtens auf Unstimmigkeiten oder Unklarheiten im Gutachten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises zu erörtern; sofern erforderlich, ist das Gutachten durch den Medizinischen Dienst unverzüglich entsprechend zu korrigieren. Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen.</p>
<p>(3) Die <i>beauftragende Stelle</i> nach Absatz 2 Satz 1 oder 2 hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt <i>wurde</i>.</p>	<p>(3) Die in Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 genannte beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt werden kann.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) 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	(4) 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
1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. <i>an</i> das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>sowie</i>	3. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und
4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.	4. u n v e r ä n d e r t
Krankenhäuser, die ein für eine Leistungsgruppe maßgebliches Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen	Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliches Qualitätskriterium für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen
1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,	1. u n v e r ä n d e r t
2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie	2. u n v e r ä n d e r t
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst, <i>der hierüber unverzüglich das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen informiert.</i>	3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.
Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die <i>Institutionen nach</i> Satz 2 Nummer 1 und 2 sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.	Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über eine ihm nach Satz 2 Nummer 3 mitgeteilte Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums. 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 und 2 genannten Stellen sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.
(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen <i>in dem Zeitraum von dem</i> Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums <i>bis zu einer Aufhebung</i>	(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen nach dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums an dem jeweiligen Krankenhaus-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>der Zuweisung dieser Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder einer Kündigung des jeweiligen Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 Satz 2 erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht anzuwenden, zu dem nach Kenntnis von der Nichterfüllung der Mitteilungspflicht die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht aufhebt oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 110 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 2 den jeweiligen Versorgungsvertrag nicht kündigen.</i></p>	<p>standort erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 gilt nicht für die Abrechnung von Leistungen, die an Krankenhausstandorten erbracht wurden, für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde oder für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbart wurde.</p>
<p>(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und <i>bei Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale</i> eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege <i>den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst</i> mitzuteilen. Krankenhäuser bedürfen einer Bescheinigung nach Satz 3, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der das geprüfte Strukturmerkmal enthält, vereinbaren und abrechnen zu können.</p>	<p>(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn dieses Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
	2. dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und
	3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.
	Krankenhäuser dürfen Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen, soweit diese Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den diesen Krankenhäusern keine in Satz 3 genannte Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale übermittelt wurde, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einen Kode festgelegt sind, der den jeweiligen Leistungen zugrunde liegt.
(7) Krankenhäuser können <i>Leistungen</i> abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, abrechnen, wenn	(7) Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn
1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und	1. u n v e r ä n d e r t
2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des <i>Operationen- und Prozedurenschlüssels</i> nach § 301 Absatz 2 in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.	2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.
Krankenhäuser können <i>Leistungen</i> abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, abrechnen, wenn sie	Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. in den letzten zwölf Monaten vor der <i>Anzeige nach</i> Nummer 1 noch keine <i>Anzeige nach</i> Nummer 1 für Leistungen <i>nach diesem</i> Kode vorgenommen haben.</p>	<p>2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Kode zugrunde liegt, vorgenommen haben.</p>
<p>Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.</p>	<p>Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.</p>
<p>(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation <i>nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3</i> beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.</p>	<p>(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn sie auf Grund begründeter Anhaltspunkte, als Stichprobenprüfungen oder, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben, auf Grund eines konkreten Anlasses erforderlich sind und wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.
	(9) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 genannten Qualitätsanforderungen sind durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragt wurde.
(9) 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	(10) 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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde <i>sowie</i>	2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und
3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.	3. u n v e r ä n d e r t
Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.	Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.
(10) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die <i>in</i> der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information <i>enthaltenen</i> Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind. <i>Der Medizinische Dienst Bund gewährt hierzu dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.</i>	(11) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die von der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information umfassten Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind.“
15. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:	15. § 275c wird wie folgt geändert:
a) <i>In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“ und die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</i>	a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „beträgt“ die Wörter „bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung]“ eingefügt.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] beträgt der Aufschlag 400 Euro. Maßgeblich für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, zu einem Quartal ist ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] die jeweilige leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse.“
b) <i>Folgende Nummer 3 wird angefügt:</i>	b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“, die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
	bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
„3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes.“	„3. unverändert
16. § 275d wird aufgehoben.	16. unverändert
17. § 276 wird wie folgt geändert:	17. § 276 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) unverändert
aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 275c oder § 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 275c“ ersetzt.	
cc) In Satz 3 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.	
b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und <i>wird das Wort</i> „Kontrollen“ <i>durch das Wort</i> „Prüfungen“ ersetzt.	Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „ oder in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und werden die Wörter „die Kontrollen“ durch die Wörter „die Prüfungen“ ersetzt.
bb) In den Sätzen 2 und 3 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ jeweils durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 4 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:
„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“	„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“
b) In Satz 7 wird das Wort „Kontrollergebnis“ jeweils durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
19. § 278 wird <i>wie folgt</i> geändert:	19. § 278 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:
a) <i>Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</i>	a) entfällt
„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über	„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über
1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,	1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 17c Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes , § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren <i>nach Satz 1 und Satz 2</i> regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.“</p>	<p>Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berichte regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.</p>
<p>b) <i>Folgender Absatz 5 wird angefügt:</i></p>	<p>b) entfällt</p>
<p>„(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Diensttherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Diensttherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Diensttherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.“</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>20. § 280 wird wie folgt geändert:</p>	<p>20. § 280 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und den §§ 275a bis 275d“ durch die Wörter „, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, § 275b und § 275c“ ersetzt.</p>	<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und den §§ 275a bis 275d“ durch ein Komma und die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, den §§ 275b und 275c“ ersetzt.</p>
<p>b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt und die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
21. § 283 wird wie folgt geändert:	21. § 283 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 <i>Nummer 3</i> wird wie folgt <i>gefasst</i> :	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert :
	aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach § 275a Absatz 6 Satz 5 Strukturmerkmale <i>nach Mitteilung</i> durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.	„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände von in der Regel drei Jahren für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach einer in § 275a Absatz 6 Satz 5 genannten Mitteilung Strukturmerkmale durch das betreffende Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.
	bbb) In Nummer 8 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
	ccc) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.
	ddd) Folgende Nummer 10 wird angefügt:
	„10. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung.“
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Der Medizinische Bund hat bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des	„Der Medizinische Bund hat bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>sechsten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies aufgrund der Änderung dieses <i>Gesetzes</i> durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“</p>	<p>sechsten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies auf Grund der Änderung dieses Buches durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“</p>
<p>b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(2a) In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Prüfungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, der Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie der Prüfungen von medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen.“</p>	
<p>c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:</p>	<p>c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:</p>
<p>„(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach</p>	<p>„(4) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni jedes zweiten Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres,	
2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni eines jeden Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres.	
Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8. Der Medizinische Dienst Bund hat die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 2 seiner in § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Stellungnahme zugrunde zu legen.	
(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten	(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten
1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur <i>geprüften</i> Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der <i>Unterlagen</i> nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und § 275a Absatz 6 Satz 3,	1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3 zu übermittelnden Gutachten und Bescheinigungen ,
2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2, <i>in § 275a Absatz 6 Satz 5 und in § 275a Absatz 7 Satz 3</i> genannten Mitteilungen sowie	2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3 , Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen und Informationen sowie
3. die in § 275a Absatz 4 Satz 3 genannten Feststellungen.	3. die in § 275a Absatz 4 Satz 4 genannten Feststellungen.
§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der <i>in Satz 1 genannten</i> Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang	§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie ent-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank <i>nach Satz 1</i> erforderlichen Daten in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund <i>ergänzt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 um die in Satz 7 genannten Inhalte und richtet die in Satz 1 genannte Datenbank bis zum ...</i> [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“</p>	<p>sprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank erforderlichen Daten bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund richtet die Datenbank bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“</p>
d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.	d) u n v e r ä n d e r t
	21a. § 293 Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „des § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
	b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„Flächenstandorte im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen.“
	c) Der neue Satz 12 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
22. § 299 wird wie folgt geändert:	22. § 299 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“ durch die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:	bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den Richtlinien und Beschlüssen <i>nach Satz 1 festgelegte</i> Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“	„Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den in Satz 1 genannten Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“
cc) Im neuen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 1 bis 10“ durch die Wörter „Sätze 1 bis 11“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 2 wird das Wort „sowie“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:	cc) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:
<p>„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>nach</i> § 275a Absatz 4 Satz 1 <i>bis</i> 3 übermittelt werden <i>beziehungsweise</i> in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund <i>bereitgestellt werden sowie</i></p>	<p>„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information übermittelt werden oder in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zugänglich sind, und</p>
<p>5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>nach</i> § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermittelt werden.“</p>	<p>5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Übermittlung übermittelt werden.“</p>
	22a. § 301 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft
	1. das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke,
	2. die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1,
	3. das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
	4. ein Verfahren zur Übermittlung eines Antrags auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
	5. das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung nach Absatz 2a und
	6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit.“
23. Die §§ 411, 412 und 415 werden aufgehoben.	23. u n v e r ä n d e r t
24. Folgender § 427 wird angefügt:	24. Folgender § 427 wird angefügt:
„§ 427	„§ 427
Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes	Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes
Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2030 , zum 31. Dezember 2033, zum 31. Dezember 2036 sowie zum 31. Dezember 2039 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über
1. die Auswirkungen der <i>Festlegung</i> der Leistungsgruppen nach § 135e und <i>ihre</i> Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,	1. die Auswirkungen der Einteilung der von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 und die Weiterentwicklung dieser Einteilung , insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,
2. die <i>Prüfungen zur Erfüllung</i> der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,	2. die Auswirkungen der für Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhaltezahlen im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 , insbesondere hinsichtlich der mit der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen bezweckten Qualitätssteigerung der Krankenhausbehandlung und hinsichtlich der Versorgungssituation der Patienten,
	3. die Prüfungen zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, insbesondere über die Dauer und die Ergebnisse dieser Prüfungen, sowie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	über die Anzahl der Fälle, in denen das Gutachten nach § 275a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz korrigiert wurde oder in denen eine Erörterung nach § 275a Absatz 2 Satz 6 erster Halbsatz stattgefunden hat,
3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf	4. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf
a) die Versorgungssituation der Patienten,	a) u n v e r ä n d e r t
b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,	b) u n v e r ä n d e r t
c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und	c) u n v e r ä n d e r t
d) <i>auf weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation.</i>	d) die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation sowie auf die Entwicklung des sonstigen ambulanten Leistungsgeschehens.
Die für den <i>Bericht</i> erforderlichen Daten sind <i>ihnen</i> von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“	Der nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufene Sachverständigenrat legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2031 einen Bericht über die in Satz 1 genannten Gegenstände vor. Die für die nach den Sätzen 1 und 2 vorzulegenden Berichte erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufenen Sachverständigenrat von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“
25. Die Anlage 1 erhält die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Fassung.	25. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	0. § 2a wird wie folgt gefasst:
	„§ 2a
	Krankenhausstandort
	<p>(1) Ein Krankenhausstandort ist ein Gebäude oder ein zusammenhängender Gebäudekomplex eines Krankenhausträgers, in dem Patienten in mindestens einer fachlichen Organisationseinheit voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant behandelt werden, und dessen Ort nach Absatz 2 räumlich bestimmt ist. Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort). Eine fachliche Organisationseinheit im Sinne des Satzes 1 ist insbesondere eine Fachabteilung, eine Tagesklinik oder eine andere ärztlich geleitete Organisationseinheit, in der ambulante Leistungen erbracht werden (Krankenhausambulanz).</p>
	<p>(2) Die räumliche Bestimmung eines Krankenhausstandortes erfolgt anhand einer Geokoordinate der Zugangsadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl). Ein Flächenstandort wird abweichend von Satz 1 räumlich anhand einer Geokoordinate der Adresse des Hauptzugangs bestimmt. Eigenständige Standorte, die die Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 1 bestimmt haben, und Krankenhausambulanzen werden gesondert geokodiert.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7]</p>
	<p>1. das Nähere zum Verfahren der Geokodierung, zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe der Vorgaben des Absatzes 2 und</p>
	<p>2. Regelungen zu Krankenhausambulanzen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen diese als eigenständige Krankenhausstandorte zu bestimmen sind.</p>
	<p>Kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vereinbarungspartei fest.</p>
	<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbaren, dass</p>
	<p>1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Standorte sind oder</p>
	<p>2. abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.</p>
	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Auswirkungen der Festlegung von Krankenhausstandorten nach Absatz 1 sowie möglichen Einzelfallentscheidungen nach Absatz 4 auf die Qualitätssicherung der Patientenversorgung sowie auf die Vergütung von Krankenhausleistungen und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften Jahres nach Inkrafttreten nach Artikel 7] einen Bericht über diese vor.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(6) Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt bestehen.“
1. § 6 Absatz 1a wird aufgehoben.	1. u n v e r ä n d e r t
2. § 6a wird <i>wie folgt gefasst</i> :	2. § 6a wird durch die folgenden §§ 6a bis 6c ersetzt :
„§ 6a	„§ 6a
Zuweisung von Leistungsgruppen	Zuweisung von Leistungsgruppen
<p>(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 <i>und</i> 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. <i>Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.</i> Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 <i>der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.</i> Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren <i>geeigneten</i> Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der <i>Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.</i> Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.</p>	<p>(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 oder Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung nach Satz 1 einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für eine Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und 3 eine Fallzahl für diese Leistungsgruppe (Planfallzahl) vorgeben; bei der Zuweisung einer Leistungsgruppe, deren Leistungen erstmals an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbracht werden, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort eine Planfallzahl für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für diese Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 vorzugeben. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden, nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welchem Krankenhaus</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsweg gegeben. Als einem Krankenhaus zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden.</p>
<p>(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, <i>wenn die Übermittlung dieses Gutachtens</i> an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als <i>zwei</i> Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.</p>	<p>(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Wurde die Erfüllung der für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien bereits zweimal durch ein Gutachten nach Satz 2 nachgewiesen, wird der in Satz 1 genannte Nachweis durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.</p>
<p>(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern <i>sowie</i> den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach <i>den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung oder nach der Aufgaben-</i></p>	<p>(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern werden die Leistungsgruppen zugewiesen, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>stellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.</p>	<p>der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mit, für welche Leistungsgruppen das jeweilige Bundeswehrkrankenhaus Ressourcen vorhält. Den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Bundeswehrkrankenhaus und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.</p>
<p>(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort <i>auch</i> Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien <i>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</i> nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein <i>anderes Krankenhaus, dem</i> die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist <i>oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat</i>, für einen erheblichen Teil der Einwohner des <i>jeweiligen Versorgungsgebiets</i> nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt</p>	<p>(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt</p>
<p>1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Zuweisung einer Leistungsgruppe <i>nach</i> Satz 1 <i>ist</i> auf höchstens drei Jahre zu befristen <i>und</i> mit der <i>Auflage</i> zu <i>verbinden</i>, <i>dass das jeweilige Krankenhaus</i> an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen <i>hat</i>. <i>Solange</i> ein <i>Krankenhaus</i> in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.</p>	<p>Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benemenserstellung zur Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 vortragen, zu berücksichtigen.</p>
(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,	(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,
1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen <i>wurde</i> ,	1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes herausgenommen wird ,
2. wenn das Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder	2. wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder
3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei Jahre zurückliegt, es	3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>sei denn, das Krankenhaus <i>erbringt</i> den Nachweis über die Erfüllung <i>der</i> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst <i>wurde</i> bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt.</p>	<p>oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.</p>
Satz 1 Nummer 2 <i>gilt</i> nicht,	Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden ,
<p>1. <i>solange eine</i> Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 zugewiesen ist,</p>	<p>1. wenn die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen ist und die in Absatz 4 Satz 4 genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz 5 genannten Fall der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist,</p>
<p>2. <i>für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien</i> nach § 275a Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, <i>wenn die</i> für die Krankenhausplanung <i>zuständige</i> Landesbehörde Anhaltspunkte dafür <i>hat</i>, dass die Dauer der Nichterfüllung <i>drei</i> Monate nicht <i>überschreitet</i>.</p>	<p>2. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.</p>
<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.</p>
<p>(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der</p>	<p>(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>Vorhaltevergütung</i> nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:	Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:
1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen <i>oder den als zugewiesen geltenden</i> Leistungsgruppen und, <i>soweit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem jeweiligen Krankenhaus Fallzahlen vorgegeben hat oder Fallzahlen in dem für das jeweilige Krankenhaus abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbart wurden (Planfallzahlen)</i> , die Planfallzahlen je Leistungsgruppe,	1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe,
2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe <i>nach Absatz 5 Satz 1</i> aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,	2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,
3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,	3. u n v e r ä n d e r t
4. die Angabe, ob <i>sich</i> das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus <i>zusammengeschlossen hat</i> , einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,	4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,
5. <i>in dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, die betreffende Planfallzahl und</i>	5. entfällt
6. die Angabe, ob <i>das</i> jeweilige Krankenhaus nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern <i>es</i> bis zu dem Zeitpunkt <i>der</i> Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es die <i>in</i> § 6c Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Tagesentgelte abrechnet.	5. die Angabe, ob der jeweilige Krankenhausstandort nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort bis zu dem Zeitpunkt dieser Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es für den jeweiligen Krankenhausstandort die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausent-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	geltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet.
Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>zu dem in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannten Zweck der Übermittlung einer Information über die Höhe des Vorhaltevolumens für das Kalenderjahr 2026 übermitteln.</i> Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung <i>und zum Verfahren.</i>	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten erstmalig bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermitteln, um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 zu ermöglichen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.
(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:	(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz jeweils unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:
1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 <i>oder</i> nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,	1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 einschließlich jeder Zuweisung nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,
2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe <i>nach Absatz 5 Satz 1,</i>	2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe,
3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>oder</i> nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und	3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich jedes Abschlusses nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. “	4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
3. <i>Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:</i>	3. entfällt
„§ 6b	§ 6b
Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben
Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 <i>oder der in Satz 4</i> genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen fol-	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinie-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:	rungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:
1. die krankenhausübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, und	1. die krankenhausübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, der Intensivmedizin und Notfallversorgung, im Zusammenwirken mit den nach Landesrecht bestimmten oder den von der obersten zuständigen Landesbehörde hierfür vorgesehenen Rettungsleitstellen , und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.	2. u n v e r ä n d e r t
<p>Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen <i>nur einem Krankenhaus</i> zugewiesen werden, <i>das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe zugeordnet, so dürfen die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchem Krankenhaus sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. § 6a Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.</i></p>	<p>Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen folgenden Krankenhäusern zugewiesen werden:</p>
	1. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder
	2. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Ver-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dies zur Förderung der Koordination und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält.
	Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die in Satz 1 genannte Zuweisung vortragen, zu berücksichtigen. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchen Krankenhäusern sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.
§ 6c	§ 6c
Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung	Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung
(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn <i>dieses</i> Krankenhaus in den Krankenhausplan des <i>jeweiligen</i> Landes aufgenommen wurde. <i>Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.</i>	(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde.
(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i> un-	(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen jeweils unverzüglich, spätestens innerhalb

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
verzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“	von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“
4. § 8 Absatz 1a bis 1c wird aufgehoben.	3. u n v e r ä n d e r t
5. § 12a wird wie folgt geändert:	3a. In § 9 Absatz 5 werden nach dem Wort „Grundsätze“ die Wörter „und Nachhaltigkeit“ eingefügt.
	4. § 12a wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.	
cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit die Mittel nach den Sätzen 2 und 3 bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, stehen diese Mittel ergänzend für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b zur Verfügung; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“	
6. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:	5. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:
„§ 12b	„§ 12b
Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ... [Einsetzen: Datum und Fundstelle des Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
in Verbindung mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>sowie für das Jahr 2026 zuzüglich des nach § 12a Absatz 2 Satz 4 zugeführten Betrags</i> . Im Falle einer Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich <i>das Fördervolumen</i> um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können gefördert werden	mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im Fall einer finanziellen Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel jeweils um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können an zugelassenen Krankenhäusern gefördert werden
1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, <i>wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,</i>	1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur, insbesondere
	a) zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder
	b) zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines <i>Krankenhauses</i> , das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,	2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes , der nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,	3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern , einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,	4. abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden,	5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen,
6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen <i>und</i>	6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen,
7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.	7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten,
	8. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g, soweit diese auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder Nummer 5 beruhen.
Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden.	Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden. Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind nicht förderfähig.
(2) <i>Von dem Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 2, abzüglich der jährlich notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds nach Absatz 4 Satz 1 sowie abzüglich der jährlichen in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung (Fördervolumen) kann jedes Land für die Jahre 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile an dem Fördervolumen sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch</i>	(2) Das Fördervolumen eines Kalenderjahres entspricht den nach Absatz 1 Satz 2 zur Förderung in diesem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mitteln, abzüglich der in Absatz 4 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung sowie abzüglich der in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung im jeweiligen Kalenderjahr. Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 kann jedes Land die Zuteilung von Fördermitteln bis zu einer Höhe von 95 Prozent desjenigen Anteils an dem um den Betrag der nach Satz 4 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel verminderten Fördervolumen beantragen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt, zuzüglich der nach Satz 4 für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr übertragenen Mittel. Für jedes der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>zuteilbaren, aber nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilten Mittel können zur Zuteilung an das jeweilige Land auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden.</i></p>	<p>Kalenderjahre 2026 bis 2035 können mehrere Länder gemeinsam die Zuteilung von Fördermitteln für länderübergreifende Vorhaben bis zu einer Höhe von 5 Prozent des Fördervolumens nach Satz 1 zuzüglich der für länderübergreifende Vorhaben nach Satz 5 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel beantragen. Für jedes Land und jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 sind Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe das jeweilige Land nach Satz 1 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, und dem Betrag, in dessen Höhe dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Für länderübergreifende Vorhaben sind für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe nach Satz 3 Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben beantragt werden können, und dem Betrag, in dessen Höhe im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Höhe der Beträge, bis zu der einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.</p>
<p>(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag <i>Mittel</i> zu den in Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecken bis zur Höhe <i>seines Anteils am Fördervolumen</i> nach Absatz 2 Satz 1 zu, wenn</p>	<p>(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag Fördermittel zu den in Absatz 1 Satz 4 und 5 genannten Zwecken bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land nach Absatz 2 Satz 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, wenn</p>
<p>1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr <i>bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde</i>,</p>	<p>1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr</p>
	<p>a) bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde oder</p>
	<p>b) bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde und das jeweilige Land</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dem Bundesamt für Soziale Sicherung zuvor bis zum 30. September die Höhe des diesbezüglichen Förder volumens angezeigt hat und die beantragte Fördersumme die Höhe der angezeigten Fördersumme nicht übersteigt,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. <i>Januar 2026</i> noch nicht begonnen hat,	2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,
3. das <i>antragstellende Land, gegebenenfalls</i> gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, <i>mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung)</i> trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte <i>dieser Ko-Finanzierung</i> aus eigenen Haushaltsmitteln <i>aufbringen muss</i> ,	3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderungsfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent trägt, und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt ,
4. das <i>antragstellende Land sich verpflichtet</i> ,	4. das jeweilige Land
a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2024 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und	a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,
b) die in <i>Buchstabe a</i> genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und	b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen der Kalenderjahre 2021 bis 2023 des jeweiligen Landes hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,
5. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.	5. das jeweilige Land nachweist, das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft zu haben, und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>6. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.</p>
<p>Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem <i>antragstellenden</i> Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das <i>antragstellende</i> Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 2 <i>entsprechend</i>. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.</p>	<p>Für die Berechnungen der durchschnittlichen Höhe der Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b sind die Beträge der in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend des vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes zu erhöhen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem jeweiligen Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 4 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1, 2, 5 oder Nummer 7 durchgeführt werden kann. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind von dem jeweiligen Land unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die Sätze 1 bis 7 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des <i>Bundesamtes</i> für Soziale Sicherung werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. <i>Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Mittel nach Absatz 3 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Nach Beendigung des Transformationsfonds ist, soweit Fördermittel zu diesem Zeitpunkt nicht vollständig durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, der auf die Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.</i></p>	<p>(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. Soweit Fördermittel bis zum 31. Dezember 2035 nicht vollständig durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, ist der auf die finanzielle Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.</p>
<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit <i>regelt</i> durch Rechtsverordnung das Nähere</p>	<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln</p>
<p>1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 5 gefördert werden können,</p>	<p>1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 4 gefördert werden können,</p>
<p>2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten,</p>	<p>3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten, insbesondere zur Höhe der förderungsfähigen Kosten einzelner Bestandteile der jeweiligen Vorhaben,</p>
<p>4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,</p>	<p>4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 und 2 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,</p>
<p>5. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und</p>	<p>5. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“</p>	<p>6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.</p>
	<p>(6) Ist für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils bis zum 30. September des jeweils vorherigen Kalenderjahres keine in Absatz 1 Satz 3 genannte Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung in einer Höhe erfolgt, die dem Anteil der vollstationären Behandlungsfälle von Versicherten in der privaten Krankenversicherung an der Gesamtzahl aller vollstationären Behandlungsfälle ent-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	spricht, berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bis zum 31. Januar des jeweiligen Kalenderjahres und erarbeitet bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres einen Vorschlag, der eine entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung und aller weiteren Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversicherung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet.“
7. § 14 wird wie folgt geändert:	6. unverändert
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen begleitende Auswertungen des durch die Förderung nach den §§ 12 bis 12b bewirkten Strukturwandels in Auftrag.“	
b) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Dezember 2020“ die Wörter „und für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027“ eingefügt.	
c) In Satz 5 werden die Wörter „nach diesem Zeitpunkt“ durch die Wörter „im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.	
d) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die ab dem 1. Januar 2027 entstehenden Aufwendungen für die auf die Förderung nach den §§ 12a und 12b bezogenen Auswertungen werden aus dem Transformationsfonds nach § 12b gedeckt.“	
8. § 17b wird wie folgt geändert:	7. § 17b wird wie folgt geändert:
a) <i>In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.</i>	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>bb) In Satz 10 werden nach den Wörtern „schwerkranken Patienten“ die Wörter „oder von Patienten mit Behinderungen“ eingefügt, werden die Wörter „zeitlich befristet“ gestrichen und werden nach dem Wort „verfügen“, die Wörter „sowie bei Krankenhäusern, die in die in Satz 14 genannte Liste aufgenommen sind, für das der Veröffentlichung der Liste folgende Kalenderjahr,“ eingefügt.</p>
	<p>cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:</p>
	<p>„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt jährlich auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Daten diejenigen Krankenhäuser, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen, und veröffentlicht barrierefrei auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2025, eine Liste dieser Krankenhäuser:</p>
	<p>1. in mindestens 75 Prozent der vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fälle des Krankenhauses waren die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt und</p>
	<p>2. der auf das Krankenhaus entfallende Anteil an allen vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fällen, bei denen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt waren, beträgt mindestens 0,5 Prozent.</p>
	<p>Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspar-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	teien bis zum 31. Dezember 2025, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.“
b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7],“ eingefügt.	aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7],“ eingefügt.
bb) In Nummer 2 Buchstabe f wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:	dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:
„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder in Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und	„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und
5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die ei-	5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>nen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“</i></p>	<p>eine Anpassungsmaßnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“</p>
<p>d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:</p>
<p>„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr <i>2025</i>, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem Anteil <i>von 60 Prozent</i> enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) <i>sind</i> die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten <i>dadurch zu berücksichtigen</i>, dass</p>	<p>„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2026, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag aus dem Vergütungssystem auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem in Satz 1 genannten Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) werden die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dahingehend berücksichtigt, dass</p>
<p>1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 Prozent beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 Prozent der verminderten Kosten abzuziehen sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist,</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind um den nach § 39 Absatz 3 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den</p>	<p>Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um den nach</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das <i>Jahr 2025</i> zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen <i>sind dementsprechend</i> erstmals in dem Entgeltkatalog für das <i>Jahr 2025</i> auszuweisen.</p>	<p>§ 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.</p>
<p>(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat dem <i>Bundesministerium für Gesundheit</i> die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 2 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>	<p>(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 3 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.	e) u n v e r ä n d e r t
f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:	f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Vorschriften nach Absatz 4b“ eingefügt.	aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Vorschriften über die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b“ eingefügt.
bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der <i>Vorschriften</i> nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.	bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.
9. § 17c wird wie folgt geändert:	8. § 17c wird wie folgt geändert:
a) <i>Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</i>	a) Absatz 2b wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Krankenkasse und das Krankenhaus können von dem jeweils anderen Beteiligten keine Erstattung von Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder eines Beistands im Rahmen der in Satz 1 genannten einzelfallbezogenen Erörterung oder des in Satz 2 genannten Abschlusses eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags verlangen.“
	bb) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
<i>„(1a) Der Medizinische Dienst Bund entwickelt ein Konzept für Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und übermittelt dieses erstmals bis zum 28. Februar 2026 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft; das Konzept ist unter Würdigung der Berichterstattung nach § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und § 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Medizinischen Dienst Bund weiterzuentwickeln und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft</i>	(1a) entfällt

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren unter Beachtung des Konzepts nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2026 das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden; die Vereinbarung ist unter Berücksichtigung eines weiterentwickelten Konzepts nach Satz 1 innerhalb von vier Monaten ab dessen Vorlage anzupassen. § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht auf Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten anzuwenden, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden. In dem Konzept nach Satz 1 zu berücksichtigen und in der Vereinbarung nach Satz 2 festzulegen ist insbesondere das Nähere</p>	
<p>1. zur Methodik der Prüfung und zum Umfang der Stichprobe,</p>	
<p>2. zur Ausgestaltung und zeitlichen Abfolge des Prüfverfahrens einschließlich der Zuständigkeit für die Durchführung einzelner Verfahrensschritte sowie zu Fristen und Intervallen für die Durchführung der Prüfungen,</p>	
<p>3. zur administrativen Abwicklung von Beanstandungen, zum finanziellen Ausgleich von Beanstandungen und zu einer Hochrechnung der Ergebnisse einer Stichprobenprüfung auf die der Stichprobe zugrunde liegenden Fälle sowie</p>	
<p>4. zu Dokumentationspflichten der Beteiligten, insbesondere des Medizinischen Dienstes, hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen.</p>	
<p>Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 unter Beachtung des Konzepts nach Satz 1 den Inhalt der Vereinbarung ohne An-</p>	<p>entfällt</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>trag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest. Der Medizinische Dienst Bund hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 über den Zeitpunkt der Vorlage eines Konzepts nach Satz 1 zweiter Halbsatz zu informieren.“</i>	
b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:	b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	aa) entfällt
<i>„Es besteht kein Anspruch gegenüber der Gegenseite auf Erstattung der Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder Beistands im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung nach Satz 1 oder des Abschlusses eines Vergleichsvertrags nach Satz 2.“</i>	
bb) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	bb) entfällt
c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 5 und Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.	c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „letztmals bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.
	bbb) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
	ccc) Nummer 7 wird aufgehoben.
	bb) Satz 4 wird aufgehoben.
	cc) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
	bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„In dem Bericht sind insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 darzustellen und ist darzulegen, ob die quartalsbezogene Prüfquote im Sinne des § 275c Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geeignet ist.“
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) entfällt
aaa) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.	
bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.	
bb) Satz 4 wird aufgehoben.	bb) entfällt
cc) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.	cc) entfällt
e) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „der Strukturprüfung nach § 275d“ durch die Wörter „der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale“ ersetzt.	e) entfällt
10. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begutachten“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch prüfen“ ersetzt und wird das Wort „einhält“ durch das Wort „erfüllt“ ersetzt.	9. unverändert
11. Nach der Abschnittsbezeichnung „5. Abschnitt Sonstige Vorschriften“ wird folgende Titelbezeichnung eingefügt:	10. Nach der Überschrift des Fünften Abschnitts wird folgende Überschrift des Unterabschnitts 1 eingefügt:
„Titel 1	„Unterabschnitt 1
Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen“.	unverändert
12. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:	11. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen Entgelte sowie der Ver-	a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen Pflegeentgelte sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.	der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.
b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Bewertungsrelationen der nach § 17b Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:	c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:
„5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, <i>sowie</i> nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.	„5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, und nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.
13. Nach § 30 wird folgende <i>Titelbezeichnung</i> eingefügt:	12. Nach § 30 wird folgende Überschrift des Unterabschnitts 2 eingefügt:
„ <i>Titel 2</i>	„ Unterabschnitt 2
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“.	u n v e r ä n d e r t
14. Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:	13. Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:
„§ 37	„§ 37
<i>Verpflichtungen</i> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets
(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen. <i>Für die Ermittlung des Vorhaltevolumens</i> für das jeweils folgende Kalenderjahr und ein Land, die bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres <i>zu erfolgen hat, sind</i> die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils <i>vorangegangene</i> Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen, die <i>mit</i> bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und die <i>Krankenhausfälle mit den</i> Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweils folgende Kalenderjahr <i>zu bewerten</i> ; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von <i>Krankenhäusern</i> , für die	(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalender-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>eine Datenübermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 erfolgt ist, von Bundeswehrkrankenhäusern und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, in denen sie nicht Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die Ermittlung und die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ab dem Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach deren Regelungen. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe ergebende Vorhaltevolumen für ein Land ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite.</i></p>	<p>jahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abweichend hiervon beginnend mit dem auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgenden Kalenderjahr nach den Regelungen dieser Rechtsverordnung. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhaussfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhaussfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.</p>
<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes <i>in der jeweiligen Leistungsgruppe</i>, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach <i>den Sätzen 3 oder 7</i> zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berech-</p>	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach Satz 3 oder Satz 7 zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen	genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen
1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 <i>oder Nummer 5</i> übermittelt wurde,	1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelt wurde,
2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts für das vorangegangene Kalenderjahr, <i>die</i> nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 <i>oder Satz 3</i> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung <i>betroffene Anzahl der Fälle</i> erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.	2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für die für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, 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,
	3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezah l der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezah l und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist.
Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen <i>zugrunde zu legen</i> sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die <i>jeweils</i> folgenden Kalenderjahre mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhaus-	Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>standorte im jeweiligen Land tritt; <i>diese Maßgabe gilt bis zur Anwendung von Satz 7.</i> Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht</p>	<p>jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht</p>
<p>1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</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 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 <i>oder Satz 3</i> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung <i>betroffene Anzahl</i> der Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.</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 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>
<p>Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 <i>oder Nummer 6</i> genanntes Ereignis in diesem Land eintritt, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und <i>in</i> für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. <i>Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des in Satz 1 ge-</i></p>	<p>Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahls erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>nannten Anteils ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.</i></p>	<p>betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen.</p>
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen <i>in</i> der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.</p>
<p>(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>bei der nächsten Ermittlung</i> das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist.</p>	<p>(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist.</p>
<p>(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines</p>	<p>(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe <i>des</i> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten <i>Vorhaltevolumens</i> je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Für <i>die Jahre 2025 und 2026</i> hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>jeweils</i> bis zum 10. Dezember <i>des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres</i> dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe <i>des</i> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten <i>Vorhaltevolumens</i> je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, <i>in dem jeweils vorhergehenden</i> Kalenderjahr eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe <i>des</i> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten <i>Vorhaltevolumens</i> und die Summe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe <i>des</i> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten <i>Vorhaltevolumens</i> je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2</p>	<p>jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Für das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember 2025 dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, im Kalenderjahr 2025 eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteil-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 5 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.	ten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.
§ 38	§ 38
<i>Verpflichtungen</i> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken	Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken
<p>(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der <i>einem Land in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 <i>einem Land zugerechneten</i> Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der <i>einem Krankenhaus in der Aufteilung</i> nach Satz 3 <i>zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem <i>dem jeweiligen Land in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechneten</i> Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1 und 3 <i>zugerechneten</i> Beträge für <i>das folgende</i> Kalenderjahr bis zum 10. Dezember <i>eines jeden</i> Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt <i>in einem Kalenderjahr</i> die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht</p>	<p>(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b Satz 1 zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der auf ein Land nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 auf ein Land aufgeteilten Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der auf ein Krankenhaus nach Satz 3 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem auf das jeweilige Land nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1 und 3 aufgeteilten Beträge für jedes Kalenderjahr bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6b Satz 7 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Auftei-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Aufteilung nach <i>den Sätzen 1 und 3</i> für das <i>jeweilige</i> Kalenderjahr nicht zu berücksichtigen.	lung nach Satz 1 für das Kalenderjahr, für das die Angaben nicht fristgerecht übermittelt wurden, zwar rechnerisch zu berücksichtigen, der Betrag jedoch nicht nach Satz 3 auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land aufzuteilen.
(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der <i>einem</i> in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>genannten zugelassenen</i> Krankenhaus <i>in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die <i>den Krankenhäusern in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechneten</i> Beträge für <i>das folgende</i> Kalenderjahr bis zum 10. Dezember <i>eines jeden</i> Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“	(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der auf ein in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genanntes zugelassenes Krankenhaus nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die auf die Krankenhäuser nach Satz 1 aufgeteilten Beträge für jedes Kalenderjahr bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“
15. Folgender <i>Titel</i> wird angefügt:	14. Folgender Unterabschnitt 3 wird angefügt:
„ <i>Titel 3</i>	„ Unterabschnitt 3
Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung	Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung
§ 39	§ 39
Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin
(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt <i>jährlich</i> für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für	(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:</p>	<p>2026 für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder die in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:</p>
1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,	4. u n v e r ä n d e r t
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.	5. u n v e r ä n d e r t
<p>(2) Zur Aufteilung der Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin auf die Krankenhausstandorte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen diesen Bereichen jeweils zuzuordnen sind; das Konzept und die Vereinbarung sind unter Berücksichtigung der Regelungen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzupassen; § 6a Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinbarung fest.</p>	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 28. Februar 2026 ein Konzept für eine Zuordnung von Leistungsgruppen zu den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen. Zur Ermöglichung der in Absatz 1 genannten Aufteilung vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage des in Satz 1 genannten Konzepts erstmals bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen jeweils zuzuordnen sind; bei Änderungen der maßgeblichen Leistungsgruppen ist das Konzept innerhalb von einem Monat, die Vereinbarung oder die Festlegung nach Satz 4 innerhalb von zwei Monaten anzupassen; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. In der Vereinbarung nach Satz 2 ist sicherzustellen, dass 20 Millionen Euro von dem in Absatz 1 Nummer 2 genannten Betrag für Krankenhausstandorte vorgesehen werden, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder eine in Satz 2 zweiter Halbsatz genannte Anpassung der Vereinbarung oder der Festlegung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinba-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>zung oder der in Satz 2 zweiter Halbsatz genannten Anpassung fest.</p>
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt die <i>Beträge nach Absatz 1 zunächst</i> auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 den <i>jeweiligen</i> Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der <i>einer Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 <i>genannten Betrag des Bereichs</i>, dem die jeweilige Leistungsgruppe <i>nach Absatz 2</i> zugeordnet wurde, multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt <i>jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, jeden in der Aufteilung nach Satz 1 einer Leistungsgruppe zugerechneten</i> Betrag auf die Länder auf. Der <i>einem Land in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem <i>der Leistungsgruppe nach Satz 1 zugerechneten</i> Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den <i>einem Land und einer Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechneten</i> Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.</p>	<p>(3) Zum Zweck der in Absatz 1 genannten Aufteilung teilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Beträge auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 den jeweils zugehörigen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der auf eine Leistungsgruppe nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 für den Bereich, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugeordnet wurde, genannten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jeden nach Satz 1 auf eine Leistungsgruppe aufgeteilten Betrag auf die Länder auf. Der auf ein Land nach Satz 3 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem auf die Leistungsgruppe nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den auf ein Land und eine Leistungsgruppe nach Satz 3 aufgeteilten Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.</p>
<p>(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 den <i>Bereichen</i> zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des <i>dieser Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 zugerechneten</i> Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das</p>	<p>(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des auf diese Leistungsgruppe nach Absatz 3 Satz 1 aufgeteilten Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.	Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.
<p>(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, <i>dem in der Aufteilung</i> nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag <i>zugerechnet</i> wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten <i>Ermittlung</i> den <i>dem jeweiligen</i> Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 <i>zugerechneten</i> Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach <i>Satz 2</i> berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.</p>	<p>(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, auf den nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag aufgeteilt wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten Aufteilung nach Absatz 1 den auf das jeweilige Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 aufgeteilten Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach den Sätzen 2 und 3 berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.</p>
§ 40	§ 40
<p><i>Verpflichtungen</i> des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>zur Förderung der Spezialisierung</i> bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen</p>	<p>Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen</p>
<p>(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert <i>im Operationen- und Prozedurenschlüssel</i> nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jene chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung <i>dieser Leistungen und der jewei-</i></p>	<p>(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel jene chirurgischen Leistungen, die durch Krankenhäuser regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>ligen Diagnosen anhand der Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der jeweils zugehörigen Codes der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jeweils auf Basis der Version für das Jahr 2023. Im Rahmen der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für alle chirurgischen Leistungen, die regelmäßig auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden; der Deutschen Krebsgesellschaft ist hierbei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahme ist bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf Basis der aktuellen Version der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht.</i></p>	<p>eine Aufstellung der Codes aus dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel, die diesen Leistungen zugrunde liegen, und der Codes aus der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die den jeweils zugehörigen Diagnosen zugrunde liegen, auf Grundlage der jeweils für das Jahr 2023 herausgegebenen Fassung des in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels und der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. Im Rahmen der Identifizierung der Leistungen und der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Identifizierung der Leistungen und bei der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für die nach Satz 1 identifizierten Leistungen; im Rahmen der Definition der Indikationsbereiche hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahme bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf Grundlage der jeweils aktuellen in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und der jeweils aktuellen Fassung des in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Insti-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>tut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet anhand der in Satz 4 genannten Liste erstmals bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen durch die Krankenhäuser und zertifiziert auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen.</p>
<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2023 übermittelten Daten alle Krankenhausstandorte, die in diesem Kalenderjahr Leistungen erbracht haben, <i>die auf der in Absatz 1 Satz 4 genannten Liste aufgeführt werden</i>, erstellt für jeden der <i>in Absatz 1 Satz 3 genannten</i> Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, bei denen diese Leistungen im jeweiligen Indikationsbereich erbracht worden sind, und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach <i>dieser</i> Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die <i>Fallzahl zweier oder mehrerer</i> Krankenhausstandorte gleich hoch ist und <i>für sich genommen jeweils</i> dazu führen würde, dass der Anteil von 15 Prozent erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2025 eine nach den <i>in Absatz 1 Satz 3 genannten</i> Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite; zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>sind</i> die Indikationsbereiche <i>in</i> der Liste den jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen <i>zuzuordnen</i>. <i>Das Institut für das Entgeltsystem im Kran-</i></p>	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2023 übermittelten Daten alle Krankenhausstandorte, die in diesem Kalenderjahr Leistungen erbracht haben, denen auf der in Absatz 1 Satz 4 genannten Liste aufgeführte Codes zugrunde liegen, erstellt für jeden der nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, bei denen diese Leistungen im jeweiligen Indikationsbereich erbracht worden sind, und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach der Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der Anteil von 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2025 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indika-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>kenhaus erarbeitet bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für die Krankenhäuser für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 3 genannte Liste.</i></p>	<p>tionsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die nach Satz 3 veröffentlichte Liste.</p>
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der <i>Liste</i> nach Absatz 2 Satz 3 und des <i>daraus folgenden</i> Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der <i>Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen</i>. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der in Absatz 2 Satz 3 genannten Liste und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. In der Inhaltsübersicht werden nach der Angabe zu § 6 die folgenden Angaben eingefügt:</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets</p>	
<p>§ 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets</p>	
<p>§ 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1a. In § 1 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.
2. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	2. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	a) Satz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. eine Strahlentherapie, wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird,“.	„2. eine Strahlentherapie, wenn ihre Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist,“.
b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.	bb) unverändert
	b) In Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan oder die Festlegung im Einzelfall kann durch die Genehmigung des nach § 5 Absatz 3 vereinbarten Zuschlags nach § 14 Absatz 1 Satz 2 ersetzt werden“ eingefügt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:	3. § 3 wird wie folgt geändert:
a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:	a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:
„3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b,“.	„3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b ab dem Jahr 2027 ,“.
b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	b) unverändert
c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:	c) unverändert
„6. ein Gesamtvolumen nach § 6c Absatz 1 Satz 1.“	
4. § 4 wird wie folgt geändert:	4. § 4 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie für die Jahre 2025 und 2026 jeweils die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ ersetzt.	a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, im Jahr 2026 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen , und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „ist“ ein Komma und die Wörter „letztmalig für das Jahr 2026,“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgender Satz wird angefügt:	bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Abweichend von Satz 1 <i>gilt</i> der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die auf Grund des <i>Auslaufens</i> der <i>Regelung zum Erlösvolumen nach § 4a im Erlösbudget</i> für das Jahr 2025 <i>vereinbart</i> werden.“	„Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen anzuwenden , die auf Grund des Ab laufs der in § 4a Absatz 1 Satz 1 ge nannten Anwendungsjahre für das Jahr 2025 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.“
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „und ab dem Jahr 2027 nicht“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) <i>In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse für den Zeitraum ab dem Jahr 2027 ist ausgeschlossen“ eingefügt.</i>	bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„Ab dem Jahr 2027 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in Satz 5 genannten Voraussetzungen ausgeschlossen.“
cc) <i>In Satz 7 wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.</i>	cc) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:	5. § 5 wird wie folgt geändert:
a) <i>In Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ und die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.</i>	a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Eine Vereinbarung nach Satz 1 kann abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch getroffen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch be-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	schlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt.“
	a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Ein Krankenhaus, das“ durch die Wörter „Ein Krankenhaus, dessen Standort“ und wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ ersetzt, werden nach den Wörtern „hält ein Krankenhaus“ die Wörter „an einem Standort“ eingefügt und wird die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.
	bb) In Satz 4 werden die Wörter „Ist ein Krankenhaus“ durch die Wörter „Ist ein Krankenhausstandort“ ersetzt.
b) In Absatz 2b Satz 1 bis 3 und 5 wird die Angabe „2023 und 2024“ jeweils durch die Angabe „2023 bis 2026“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Der nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2024, 2025 und 2026 jeweils ermittelte Zuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“	
bb) In den Sätzen 1, 4 und 7 wird die Angabe „2023 oder 2024“ jeweils durch die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.	
d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:	d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:
„(3j) Krankenhäuser, denen <i>für das jeweilige Kalenderjahr</i> Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen worden sind, erheben <i>erstmals für das Kalenderjahr 2027</i> zur Abrechnung des für sie nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrags gegenüber Patientinnen und Patienten, die <i>im Zeitraum vom 1. Januar dieses Kalenderjah-</i>	„(3j) Krankenhäuser, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen worden sind, erheben zur Abrechnung des für sie nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrags gegenüber Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar des auf die jeweilige Zuweisung folgenden Kalenderjahres, erstmals ab dem 1. Januar 2027 , zur voll- oder teilstationären Be-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>res bis zum 31. Dezember dieses Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des in Satz 1 genannten Zuschlags in einem Kalenderjahr ergibt sich, indem der für dieses Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird; die Höhe ist durch den jeweiligen Krankenhausträger zu ermitteln. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. <i>Übermittelt in einem Kalenderjahr die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, dürfen die in Satz 1 genannten Krankenhäuser in dem jeweiligen Land und für das jeweilige Kalenderjahr abweichend von Satz 1 keinen Zuschlag erheben.</i></p>	<p>handlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des in Satz 1 genannten Zuschlags in einem Kalenderjahr ergibt sich, indem der für dieses Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird; die Höhe ist durch den jeweiligen Krankenhausträger zu ermitteln. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Wird für ein in Satz 1 genanntes Krankenhaus kein Betrag nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlicht, darf es für das jeweilige Kalenderjahr keinen Zuschlag erheben.</p>
<p>(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, bewertet mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024, die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen</p>	<p>(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Kalenderjahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen und mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024 bewerteten Fälle die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungs-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus <i>über</i> 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und eines Betrags in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das <i>jeweils folgende</i> Kalenderjahr bis zum 15. Dezember, <i>erstmals bis zum 15. Dezember 2024</i>, barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die</p>	<p>relationen für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und eines Betrags in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 15. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte <i>und weisen diesen Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung aus.</i></p>	<p>Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Die in Satz 9 genannten Einrichtungen haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.</p>
<p>(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte <i>und weisen diesen Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung aus.</i></p>	<p>(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.</p>
<p>(3m) Die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser erheben zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung gegenüber den Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Der Krankenhausträger ermittelt die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 in einem Kalenderjahr, indem der für dieses Kalenderjahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des jeweiligen Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der</p>	<p>(3m) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.“	
6. § 6 wird wie folgt geändert:	6. § 6 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.	
bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vergütung eines Vorhaltebudgets und“ eingefügt.	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des jeweils laufenden Pflege-satzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.	aa) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des jeweils laufenden Pflege-satzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.
	bb) In Satz 6 wird die Angabe „§ 4 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 3 in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung“ ersetzt.
bb) Folgender Satz wird angefügt:	cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i>] entsprechend anzupassen.“	„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. <i>In § 6a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.</i>	7. § 6a wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ eingefügt.
	b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Zur Förderung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist erstmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 pauschal eine Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen; ein Nachweis über die Durchführung und die Kosten der Maßnahmen ist nicht erforderlich. Die Sätze 6 bis 8 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 anzuwenden.“
	c) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „7 und 9“ durch die Angabe „8 und 10“ ersetzt.
8. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:	8. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:
„§ 6b	„§ 6b
Vergütung eines Vorhaltebudgets	Vergütung eines Vorhaltebudgets
(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige <i>standortbezogene</i> Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des	(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten <i>Förderbeträge</i> nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm für mindestens einen seiner Standorte <i>nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</i> zugewiesen wurden.</p>	<p>der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.</p>
<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahls zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhausstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.</p>	<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahls zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhausstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.</p>
<p>(3) Der Anspruch des Krankenhauses auf ein Vorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 1 ist vorrangig durch die Abrechnung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und ergänzend nach den Regelungen der Absätze 4 und 5 zu erfüllen.</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten oder im zweiten Quartal eines Kalenderjahres <i>das einem Krankenhaus für ein Viertel des laufenden Kalenderjahres zustehende Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3</i> voraussichtlich jeweils um mindestens 10 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag <i>in Höhe von 10 Prozent</i> erhöht werden. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1 <i>bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres und bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.</i></p>	<p>(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten, im zweiten oder im dritten Quartal eines Kalenderjahres ein Viertel des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr voraussichtlich jeweils um mindestens 5 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag erhöht werden, dessen Höhe dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung entspricht. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1</p>
	<p>1. bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres,</p>
	<p>2. bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres und</p>
	<p>3. bezogen auf das dritte Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. September dieses Kalenderjahres</p>
	<p>gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.</p>
<p>(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr von</p>	<p>(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt für den Ausgleich <i>von Mehr- oder Mindererlösen ab dem Jahr 2027</i> (Ausgleichsbetrag):	von dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt ab dem Kalenderjahr 2027 für den Ausgleich dieser Mehr- oder Mindererlöse (Ausgleichsbetrag), dass
1. Mindererlöse, die <i>infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden</i> nicht ausgeglichen,	1. Mindererlöse, die entstehen, weil das Krankenhaus nach § 275a Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen nicht abrechnen durfte , nicht ausgeglichen werden ,
2. Mehrerlöse, die <i>infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden zu 100 Prozent ausgeglichen</i> ,	2. Mehrerlöse, die entstehen, weil das Krankenhaus entgegen § 275a Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen abgerechnet hat, vollständig ausgeglichen werden,
3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse <i>werden</i> vollständig ausgeglichen.	3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen werden .
Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrags, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die für die Krankenhausplanung <i>zuständigen</i> Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich <i>für das Vorhaltebudget</i> endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 <i>gilt entsprechend</i> .	Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrags, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich nach den Sätzen 1 bis 3 endgültig vereinbart. Zur Ermittlung der in Satz 1 genannten Mehr- oder Minderer-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>löse hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.</p>
<p>(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten <i>Förderbeträge</i> nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich <i>für das Vorhaltebudget</i> endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 <i>gilt entsprechend</i>.</p>	<p>(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich nach den Sätzen 1 bis 5 endgültig vereinbart. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse, die sich aus der jeweiligen in Satz 2 genannten Differenz zwischen dem jeweiligen Ausgangswert und dem jeweiligen Zielwert ergeben, hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 6c	§ 6c
Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen
(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für voll- und teilstationäre Leistungen, die einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne des § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind, unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen). Die Vertragsparteien nach § 11 bestimmen in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere	(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen); § 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt für diese Vereinbarung entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere
	1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
1. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,	1a. die Höhe des Gesamtvolumens,
	2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, sowie dessen Degression,	3. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression,
3. weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist,	4. weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leis-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden,
4. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 1 bis 3 genannten Tagesentgelte,	5. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 2 bis 4 genannten Tagesentgelte,
5. <i>Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,</i>	5. entfällt
6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie	6. u n v e r ä n d e r t
7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.	7. u n v e r ä n d e r t
§ 11 Absatz 1 Satz 2, 3 und 4 erster Halbsatz sowie Absatz 2 gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.	Die Vereinbarung nach Satz 1 ist für ein zukünftiges Kalenderjahr zu schließen, wenn der Krankenhausstandort ganzjährig betrieben wird, und kann mehrere Kalenderjahre umfassen; § 11 Absatz 1 Satz 3 und 4 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei sie dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 5 genannten Aufforderung abzuschließen.
(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die <i>den in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 voraussichtlich zu erbringenden Leistungen zuzuordnen sind</i> , einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegeperso-	(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die diesen Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten sowie der Kosten für das stationäre Case-Ma-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nalkosten zu berücksichtigen. Die Kosten und Leistungen sind zu anderweitig finanzierten Leistungsbereichen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung abzugrenzen sowie die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu beachten. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind gemäß der für das jeweilige Vereinbarungsjahr geltenden bundeseinheitlichen Definition und Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen; bei der Ermittlung sind § 6a Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend anzuwenden. Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses Vereinbarungsjahr folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen, § 6a Absatz 2 Satz 3 erster Halbsatz ist entsprechend anzuwenden.</p>	<p>nagement und die Patientensteuerung zu berücksichtigen. Die in Satz 2 genannten Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sind von anderen Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die anderweitig finanziert werden, abzugrenzen. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind auf der Grundlage der Summe der im jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr entstandenen Pflegepersonalkosten, die der bundeseinheitlichen Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten und den Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal entsprechen, die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr vereinbart wurden, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, und unter Berücksichtigung der für das jeweilige Kalenderjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung, zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen. Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses Kalenderjahr folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen.</p>
<p>(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind tagesbezogen für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete</p>	<p>(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Be-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein <i>Vereinbarungsjahr</i> darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des vorangegangenen <i>Vereinbarungsjahres</i> um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten <i>für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen</i> bedingt ist oder durch Veränderungen von <i>Art und Menge</i> der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen <i>des betroffenen Vereinbarungsjahres</i> um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den <i>Veränderungswert</i> nach § 9 Absatz 1b Satz 1.</p>	<p>handlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahrjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erster Halbsatz für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten bedingt ist oder durch Veränderungen von der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen dieses Kalenderjahres um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erster Halbsatz vereinbarten Veränderungswert.</p>
<p>(4) <i>Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen</i> dürfen für die von <i>ihnen</i> erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen. <i>Zusätzlich zu den in Satz 1 genannten Tagesentgelten dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine anderen Entgelte für die in Satz 1 genannten Leistungen abrechnen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bedürfen einer Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der das geprüfte Strukturmerkmale enthält, vereinbaren und abrechnen zu können. Die auf der Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen sind anzuwenden.</i></p>	<p>(4) Krankenhäuser dürfen für die von ihren sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen.</p>
<p>(5) Weicht die Summe der auf ein <i>Vereinbarungsjahr</i> entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses <i>Vereinbarungsjahr</i> vereinbarten Gesamtvolumen</p>	<p>(5) Weicht die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses Kalenderjahr vereinbarten Gesamtvolumen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:	men ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:
1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen <i>zuzurechnen</i> sind, werden vollständig ausgeglichen,	1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zuzuordnen sind, werden vollständig ausgeglichen,
2. Mindererlöse, <i>die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen werden</i> , werden zu 40 Prozent ausgeglichen,	2. andere Mindererlöse werden zu 40 Prozent ausgeglichen,
3. Mehrerlöse, <i>die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen werden</i> , werden zu 65 Prozent ausgeglichen.	3. andere Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.
Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. <i>Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für das vorangegangene Vereinbarungsjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.</i> Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung der <i>krankenhausindividuellen Tagesentgelte</i> nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 <i>berücksichtigt werden</i> .	Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens erhöhend oder absenkend berücksichtigt werden . Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse für ein Kalenderjahr hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach Ablauf dieses Kalenderjahres für dieses Kalenderjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei <i>sind</i> bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen <i>und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte</i> der Vereinbarung für dieses laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können <i>im Voraus</i> vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 <i>und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte</i> der Vereinbarung abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren <i>sind</i>. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist <i>entsprechend der Vorgaben nach Absatz 5 Satz 5 über erhöhte oder abgesenkte krankenhausindividuelle Tagesentgelte abzurechnen</i>.</p>	<p>(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, für dieses laufende Kalenderjahr neu nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren ist. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem er nach der Vereinbarung des neuen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien festgestellt wird und über eine Erhöhung oder Absenkung des neuen Gesamtvolumens berücksichtigt wird.</p>
<p>(7) <i>Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erheben die für das Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn des Vereinbarungszeitraums an. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn des Vereinbarungszeitraums genehmigt, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die bisherigen krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter. Sofern nach der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte. Wird ein Krankenhaus erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versor-</i></p>	<p>(7) Krankenhäuser rechnen für ihre sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn dieses Kalenderjahres an ab. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn eines Kalenderjahres genehmigt, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats ab, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter ab. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbart und genehmigt werden, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte ab. Wird ein Krankenhausstandort</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gungseinrichtung bestimmt, kann diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar <i>eines</i> Kalenderjahres <i>erheben</i> .“	erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann das Krankenhaus für diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die Bestimmung erfolgte, abrechnen .“
9. § 7 wird wie folgt geändert:	9. § 7 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:	aa) Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:
„6b. ab 2025 eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.	„6b. ab 2027 eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.
bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
„8. <i>krankenhausindividuelle Tagesentgelte</i> nach § 6c Absatz 1 Satz 2 oder <i>vorläufige Tagesentgelte</i> nach § 6c Absatz 7 Satz 4.“	„8. nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarte krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannte vorläufige Tagesentgelte .“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird <i>wie folgt gefasst</i> :	aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt :
„Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt.“	entfällt
bb) <i>Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt</i> :	bb) entfällt
„Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog <i>ergebende Bewertungsrelation</i> einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) <i>wird</i> mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2; <i>die bundeseinheitliche Entgelthöhe</i> wird dem Entgeltkatalog <i>entnommen</i> . <i>Fallpauschalen, Zusatzentgelte</i> und tagesbezogene <i>Entgelte</i> nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; <i>die Entgelte</i> sind in der	„ Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt. Die Höhe der Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ergibt sich, indem die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen ergebende Bewertungsrelation (effektive Bewertungsrelation) mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird. Im Jahr 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltka-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4; <i>die Zu- und Abschläge</i> werden krankenhausindividuell vereinbart. <i>Eine</i> Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation <i>wird</i> mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Abweichend von Satz 6 sind für die Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 <i>Satz 1</i> Nummer 6b hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein <i>Förderbetrag</i> nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, die dem <i>entsprechenden</i> Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <i>zuzuordnen sind</i>, die <i>erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen</i> nach § 17b Absatz 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden unter Berücksichtigung der für sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet.“</p>	<p>talog ergebende Vorhaltebewertungsrelation. Die Höhe der Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergibt sich bundeseinheitlich aus dem Entgeltkatalog. Zusatzentgelte, fall- oder tagesbezogene Pflegeentgelte und tagesbezogene Pflegeentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 werden krankenhausindividuell vereinbart; die Höhe des Zuschlags nach § 6b Absatz 4 Satz 1 entspricht dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung. Die Höhe der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b ergibt sich, indem die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird. Im Fall des § 6b Absatz 4 Satz 1 werden die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate des betreffenden Kalenderjahres um einen Zuschlag erhöht, dessen Höhe dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung entspricht. Abweichend von Satz 7 erster Halbsatz sind für die Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Betrag nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden, die dem für diese Aufteilung maßgeblichen Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugeordnet wurden, die nach § 17b Absatz 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden unter Berücksichtigung der für</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet.“
cc) Im neuen Satz 9 wird die Angabe „Nr. 3“ durch die Wörter „Nummer 3 und 10“ ersetzt.	bb) Im neuen Satz 11 werden die Wörter „vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3“ durch die Wörter „nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen“ ersetzt.
10. § 8 wird wie folgt geändert:	10. § 8 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „sowie die Vergütung eines Vorhaltebudgets“ eingefügt.	a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:
	„3. bei Bundeswehrkrankenhäusern aus der in § 108 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bestimmung.“
	bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.
	b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „sowie die Vergütung eines Vorhaltebudgets“ eingefügt.
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In den Sätzen 2 und 3 wird jeweils das Wort „berechnet“ durch das Wort „abgerechnet“ ersetzt.	aa) entfällt
bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	aa) unverändert
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <i>abgerechnet</i> werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <i>abgerechnet</i> werden, wenn das jeweilige Kranken-	„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>haus für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahle im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 <i>mitgeteilt</i> hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für <i>Fälle, bei denen auf der nach § 40 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste aufgeführte Leistungen in einem Indikationsbereich erbracht werden, für den der Krankenhausstandort, an dem die Leistungen erbracht werden, auf der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste benannt ist</i>, Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht <i>abgerechnet</i> werden.“</p>	<p>für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahle im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste genannt sind, für einem nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich zugeordnete Fälle Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht berechnet werden; für die Zuordnung von Fällen zu diesen Indikationsbereichen haben die Krankenhäuser ausschließlich nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“</p>
<p>c) In Absatz 6 werden die Wörter „<i>einer Fallpauschale</i>“ durch die Wörter „<i>einem Entgelt</i>“ und die Wörter „<i>die Fallpauschale</i>“ durch die Wörter „<i>das Entgelt</i>“ ersetzt.</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>d) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.</p>	<p>e) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausindividuellen oder vorläufigen Tagesentgelte“ eingefügt.</p>
	<p>f) Folgender Absatz 12 wird angefügt:</p>
	<p>„(12) Ab dem 1. Januar 2027 ist für ein Krankenhaus, dem für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr mindestens eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dem Bereich Pädiatrie zugeordnet ist, für Fälle, die auf Basis einer für das jeweilige Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3c zertifizierten Datenverarbeitungslösung einer dieser Leistungsgruppen zuzuordnen sind, die Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ausgeschlossen unabhängig davon, ob für die entsprechende Fallpauschale in dem für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Fallpauschalen-Katalog und den nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Regelungen ein Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für die jeweilige Fallpauschale vorgesehen ist.“
11. § 9 wird wie folgt geändert:	11. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:	bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:
„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere	„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere
a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung dieses Gesamtvolumens auf krankenhausindividuelle Tagesentgelte, einschließlich deren Degression, und zu den weiteren nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden Inhalten, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei	a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>der Kalkulation zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,</i>	
	b) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelten, einschließlich deren Degression,
	c) zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung,
	d) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6 und 7 zu vereinbarenden Inhalten,
	e) zu den vom Krankenhaus zur Vorbereitung der in Buchstabe a genannten Verhandlung vorzulegenden Unterlagen,
	f) zu den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,
b) <i>eine einheitliche</i> Form der Dokumentation der Höhe des <i>vereinbarten</i> Gesamtvolumens, der <i>vereinbarten</i> krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, der <i>berücksichtigten</i> Kosten und der wesentlichen Rechengrößen,	g) zu einer einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten und der in Buchstabe f genannten wesentlichen Rechengrößen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,	h) u n v e r ä n d e r t
d) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie	i) u n v e r ä n d e r t
e) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 <i>vereinbaren</i> krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die vorläufigen Tagesentgelte.“	j) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die in Buchstabe i genannten vorläufigen Tagesentgelte.“
b) <i>Dem Absatz 1a Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.</i>	b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	aa) Der Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.
	bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
	„6. jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlosse-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>nen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben;“.</p>
<p>c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.</p>	<p>c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.</p>
	<p>d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Kommt eine Vereinbarung der Erhöhungsrates und der anteiligen Erhöhungsrates nach Absatz 1 Nummer 7 nicht in der in § 10 Absatz 5 Satz 4 genannten Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrates und die anteilige Erhöhungsrates.“
12. § 10 wird wie folgt geändert:	12. § 10 wird wie folgt geändert:
	a0) In Absatz 1 Satz 7 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b, aus § 6c oder aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter <i>„sowie im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b“</i> eingefügt.	a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und wird die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 3 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und die Wörter „und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen“ gestrichen.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Satz 4 wird <i>wie folgt gefasst:</i>	dd) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 <i>vereinbaren</i> jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von	„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 haben die Vereinbarung der Erhöhungsrates und der anteiligen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>vier Wochen nach Wirksamwerden <i>der</i> nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung in Höhe des Unterschieds zwischen <i>beiden Raten</i> eine Erhöhungsrates und <i>eine anteilige</i> Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7; <i>kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle</i> nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrates und die anteilige Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7.“</p>	<p>Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrates zu vereinbaren. Zusätzlich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] eine Vereinbarung der Erhöhungsrates und der anteiligen Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 zu treffen; die Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2024 vereinbarten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrates, die unter Beachtung der im Jahr 2024 wirksam gewordenen maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen zu ermitteln ist, zu vereinbaren.“</p>
ee) Folgender Satz wird angefügt:	ee) Folgender Satz wird angefügt:
<p>„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der <i>in Satz 4 genannten</i> anteiligen Erhöhungsrates und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“</p>	<p>„Abweichend von Satz 7 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten anteiligen Erhöhungsrates und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“</p>
c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	<p>aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>
	<p>„Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres. Die Krankenhäuser nach § 2</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören, mit Ausnahme der Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, der Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag sowie reiner Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen.“</p>
<p><i>aa) In Satz 3 wird das Wort „ermitteln“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt und werden die Wörter „die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren“ gestrichen.</i></p>	<p>bb) Im neuen Satz 7 wird das Wort „ermitteln“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt und werden die Wörter „die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren“ gestrichen.</p>
<p><i>bb) Satz 4 wird aufgehoben.</i></p>	<p>bb) entfällt</p>
<p><i>d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:</i></p>	<p>d) entfällt</p>
<p><i>„(6a) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen.“</i></p>	
<p><i>e) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „der bis zum 30. November 2024 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbaren“ eingefügt.</i></p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>13. § 11 wird wie folgt geändert:</p>	<p>13. § 11 wird wie folgt geändert:</p>
<p><i>a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach</i></p>	<p><i>a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach</i></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den <i>Ausgleich des Vorhaltebudgets</i> nach § 6b Absatz 5 Satz 5“ ersetzt.	§ 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den nach § 6b Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 Satz 6 vorzunehmenden Ausgleich des Vorhaltebudgets “ ersetzt.
b) <i>Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:</i>	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, das neue Pflegebudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 1 genannten Aufforderung einer Vertragspartei abzuschließen.“
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i>] entsprechend anzupassen.“	„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“
14. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „oder über“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.	14. u n v e r ä n d e r t
15. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Vereinbarung nach“ die Wörter „§ 6c Absatz 1 Satz 1,“ eingefügt.	15. u n v e r ä n d e r t
16. § 14 wird wie folgt geändert:	16. § 14 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und des <i>Gesamtvolumens</i> “ eingefügt.	a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 bestimmten Gesamtvolumens“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>mens</i> nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der <i>krankenhausindividuellen Tagesentgelte</i> nach § 6c Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.	satz 1 Satz 1 vereinbarten Gesamtvolumens und der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte “ eingefügt.
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist <i>die Genehmigung</i>	„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist zu beantragen
1. des Ausgleichsbetrags nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie	1. die Genehmigung des Ausgleichsbetrags nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie
2. des Konvergenzbetrags nach § 6b Absatz 6 Satz 6 von einer der Vertragsparteien	2. die Genehmigung des Konvergenzbetrags nach § 6b Absatz 6 Satz 1 von einer der Vertragsparteien.
<i>zu beantragen.</i> Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“	Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“
17. § 18 wird wie folgt geändert:	17. § 18 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Für die in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten verringerten krankenhausindividuellen Tagesentgelte; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 2 <i>bis</i> 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“	„Für die in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten verringerten krankenhausindividuellen Tagesentgelte; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer <i>1</i> vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab.“	„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
18. § 21 wird wie folgt geändert:	18. § 21 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:	aaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:
<p>„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr;“.</p>	<p>„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 Satz 1 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 zusätzlich die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vo-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	rangegangene Kalenderjahr,“.
	bbb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ jeweils durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.
bbb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ gestrichen und werden vor dem Semikolon am Satzende ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.	bb) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche“ und die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.
bb) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ gestrichen und werden nach den Wörtern „zugewiesene Leistungsgruppe“ ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.	bb) entfällt
b) Absatz 7 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird nach der Angabe „a bis c,“ die Angabe „e, f und“ eingefügt.
	c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Wörter „sowie für Zwecke der Krankenhausplanung“ eingefügt.
	bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Datenstelle übermittelt die geprüften landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 Buchstabe b, d bis g und i innerhalb von zwölf Wochen nach Ablauf der jeweiligen in Satz 1 genannten Frist an die für die Kranken-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	hausplanung zuständige Landesbehörde“ eingefügt.
	d) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „erforderlich ist“ durch die Wörter „geeignet und notwendig ist und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 wird das Wort „barrierefrei“ gestrichen und werden die Wörter „die in Satz 1 genannten Daten sowie die Auswertung“ durch die Wörter „die Auswertungen“ ersetzt.
	e) Nach Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:
	„(3e) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die an die von ihm geführte Datenstelle nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellen Fassung aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Erfüllung eines nach § 135f Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilten Auftrags geeignet und notwendig ist und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 1 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 1. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Auswertungen nach Satz 1.“
„Absatz 5 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden, abweichend von Absatz 5 Satz 3 beträgt der Abschlag 20 000 Euro.“	f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und für die Zwecke der Personalbemessung“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bb) In Satz 2 wird die Angabe „2 bis 5“ durch die Angabe „2 bis 5 erster Halbsatz“ ersetzt.
Artikel 4	Artikel 4
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:	a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. eine Strahlentherapie, wenn <i>das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird</i> ,“.	„2. eine Strahlentherapie, wenn ihre Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist ,“.
b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.	b) u n v e r ä n d e r t
2. § 3 wird wie folgt geändert:	2. § 3 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „55 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Dem Absatz 5 <i>wird folgender Satz</i> angefügt:	b) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Alternativ zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres <i>den nach Satz 3 zugrunde zu legenden</i> Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen, der <i>erhöht wird um</i> das Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9	„Alternativ zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den ab diesem Tag verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres einen erhöhten Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen. Der erhöhte Basisentgeltwert ergibt sich aus der Summe des nach Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Basisentgeltwerts und dem Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende <i>dieses Jahres</i> .“	Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende des jeweiligen Kalenderjahres .“
3. In § 8 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	3. u n v e r ä n d e r t
4. <i>In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.</i>	4. § 9 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.
	b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1 Nummer 5 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung über den nach Absatz 1 Nummer 5 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung über den nach Absatz 1 Nummer 5 bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.
5. § 11 wird wie folgt geändert:	5. § 11 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <i>Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes</i> nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“	„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“
	Artikel 4a
	Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung
	Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In § 4 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auch nach dem 31. Juli 2017“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2025“ ersetzt.
	2. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
	b) Satz 2 wird aufgehoben.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 5	Artikel 5
Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	u n v e r ä n d e r t
§ 4 Absatz 6 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 08.04.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 356) geändert worden ist, wird aufgehoben.	
	Artikel 5a
	Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
	In § 2 Absatz 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 8z5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen wurde und die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
	Artikel 5b
	Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung
	In § 2 Absatz 5 der Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188) werden die Wörter „§ 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zwischen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dem GKV-Spitzenverband KdöR, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft* veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
§ 187 Absatz 9 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 405) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	§ 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Absatz 9 wird wie folgt geändert:
	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
1. In Nummer 2 werden die Wörter „§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t
2. In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 12a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „§ 15“ gestrichen.	bb) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „nach § 15“ durch die Wörter „auf der Grundlage“ ersetzt.
3. In Nummer 4 wird die Angabe „31. Dezember 2027“ durch die Angabe „31. Dezember 2038“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
	b) In Satz 2 werden die Wörter „Ein Zusammenschluss“ durch die Wörter „Werden Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 angemeldet, ist das Bundeskartellamt darüber zu informieren, inwieweit ein Antrag auf Förderung aus den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds oder des Transformationsfonds gestellt wurde; ein Zusammenschluss“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) Folgender Satz wird angefügt:
	„Diese Regelung ist anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden.“
	2. Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:
	„(10) Die §§ 35 bis 41 sind nicht anzuwenden auf einen Zusammenschluss im Krankenhausbereich, sofern
	1. der Zusammenschluss eine standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern im Sinne des § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser zum Gegenstand hat,
	2. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer, in denen die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser belegen sind, – im Falle der Zuständigkeit mehrerer Landesbehörden einvernehmlich – schriftlich bestätigen, dass sie den Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich halten und dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen,
	3. der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen wird.
	Anträge auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 sind unverzüglich durch die zuständigen Landesministerien auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten zu veröffentlichen. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer setzen sich mit dem Bundeskartellamt vor einer Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 ins Benehmen. Über den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 darf nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Eine Anmeldung eines Zusammenschlusses im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 und 3 ist beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 erst dann zulässig, wenn die Zusammenschlussparteien gegen-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>über dem Bundeskartellamt nachweisen, dass ihr Antrag auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 durch die zuständigen Landesbehörden abgelehnt oder nicht innerhalb von zwei Monaten beschieden wurde. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz berichtet auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Sätzen 1 bis 4 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz und der Monopolkommission zur Evaluierung im Sinne dieses Absatzes ist § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden, soweit die Krankenhäuser von einem Zusammenschluss im Sinne des Satzes 1 betroffen sind. § 21 Absatz 3 Satz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes findet insofern keine Anwendung. Für die Zwecke der Evaluierung und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Regelungen auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden.“</p>
	3. Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 11.
	4. Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 12.
	Artikel 6a
	Änderung des MDK-Reformgesetzes
	<p>Artikel 14 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:</p>
	„Artikel 14
	Evaluierung
	<p>Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2026 auf der Grundlage des Berichts nach</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes darzustellen.“
Artikel 7	Artikel 7
Inkrafttreten	Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Anhang	Anhang u n v e r ä n d e r t
(zu Artikel 1 Nummer 25)	u n v e r ä n d e r t
Anlage 1	Anlage 1
(zu § 135e)	u n v e r ä n d e r t
Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen	Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Entwurf

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, Computertomographie (CT) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-Ca oder LG		Magnetresonanztomographie (MRT)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Senologie oder LG Geburten					
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Sofern Erwachsene behandelt werden: FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Komplexe Pneumologie LG Allgemeine Chirurgie	LG Komplexe Gastroenterologie LG Interventionelle Kardiologie	mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor (mindestens zwölf Stunden täglich) mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation	FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Vier FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder drei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice Antibiotic Stewardship (ABS) Team HIV- Ambulanz (mindestens in Kooperation) Konsiliarische Erreichbarkeit im Zeitraum von Montag bis Sonntag, jeweils von 8 Uhr bis 17Uhr) folgender Dienste: • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT täglich rund um die Uhr	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie	Röntgen, CT, Bronchoskopie täglich rund um die Uhr, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie Angebot Strahlentherapie			FA Transfusionsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche	CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventiv		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			onell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche					
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	Katheterlabor, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen gemäß § 28 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß § 13ff oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallstufe gemäß §§ 18ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								(BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche	CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten (mindestens in Kooperation, täglich rund um die Uhr), mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA Allgemeinchirurgie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie (KJ Chi) Darüber hinaus mindestens ein Schwerpunkt (SP) gemäß nachfolgenden Spezifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> • KJ Chi-Traumatologie • KJ Chi-Orthopädie • KJ Chi-Urologie • KJ Chi-Verbrennung • KJ Chi-Onkologie • KJ Chi-Fehlbildungen • KJ-Chi- pädiatrische HNO-Heilkunde 		CT täglich rund um die Uhr, MRT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Fünf FÄ mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon ein FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Angebot Schwerbrandverletzte Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4f der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz AT 22.12.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe peri-	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, CT täglich rund um die Uhr, MRT, Digitale Substraktionsangi-	FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			phäre arterielle Gefäße	Frühreha (NNF, Phase B) mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	ographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik			
			LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Neurologie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, CT täglich rund um die Uhr, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)			FA Innere Medizin und Angiologie		
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						<p><i>Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch Beschluss vom 16. Dezember 2021 (BAnz AT 10.03.2022 B2) geändert wurde</i></p> <p><i>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</i></p>
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	<p><i>LG Intensivmedizin</i></p> <p><i>Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind:</i></p> <p><i>LG Allgemeine Chirurgie</i></p> <p><i>LG Allgemeine Innere Medizin</i></p>	<p><i>Für Fachkrankenhäuser:</i></p> <p><i>LG Allgemeine Chirurgie</i></p> <p><i>LG Allgemeine Innere Medizin</i></p>	<p><i>Röntgen täglich rund um die Uhr,</i></p> <p><i>Teleradiologischer Befund möglich</i></p>	<p><i>FA Orthopädie und Unfallchirurgie</i></p>	<p><i>Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</i></p>	<p><i>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson</i></p>
		Auswahlkriterium	<p><i>LG Endoprothetik</i></p> <p><i>Knie LG Geriatrie</i></p> <p><i>LG Revision Hüftendoprothese</i></p> <p><i>Für Fachkrankenhäuser:</i></p> <p><i>LG Allgemeine Chirurgie</i></p> <p><i>LG Allgemeine Innere Medizin</i></p>		<p><i>CT täglich rund um die Uhr,</i></p> <p><i>MRT</i></p>	<p><i>ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</i></p> <p><i>ZW Spezielle Unfallchirurgie</i></p>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie		CT täglich rund um die Uhr, MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Innere Medizin					
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT			
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT täglich rund um die Uhr, Röntgen täglich rund um die Uhr, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT täglich rund um die Uhr, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der mit Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverlet-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public Interest Site (PIS)-Landestelle			<p>zungsverfahren (SAV), vom 1. Januar 2013 in der Fassung vom 1. Juli 2023, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind¹</p> <p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach „Weißbuch Schwerverletztenversorgung - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20</p>
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie		FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	

¹ Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Schwerstverletzungsverfahren“.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)				
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie	CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Sofern LG Herzchirurgie am Standort vorhanden ist: mindestens zwei FA Thoraxchirurgie mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Angebot Strahlentherapie				
		Auswahlkriterium	<p>LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Angebot Strahlentherapie</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		FA Radiologie		
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</p>	LG Komplexe Gastroenterologie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		täglich rund um die Uhr interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERC/P), interventionelle Radiologie täglich rund um die Uhr, diagnostische Angiographie täglich rund um die Uhr			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW und zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		Interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	ZW Proktologie		
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neuro-		Optische Kohärenztomographie (OCT)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			logie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie Angebot Strahlentherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie Angebot Strahlentherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie Angebot Infektiologie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Augenheilkunde LG HNO				
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop Laparoskop, Sonographiergerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Infektiologie Angebot Nuklearmedizin Angebot Schmerztherapie	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	ZW Andrologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Angebot Strahlentherapie				
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit SP	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie mindestens eine der folgenden LG:	Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			Reproduktionsmedizin		
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Angebot Nuklearmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	täglich rund um die Uhr fachärztliche Anwesenheit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
44	Perinatalzentrum Level I	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								(BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 16.06.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	<p>Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (KJ)</p> <p>Darüber hinaus mindestens ein SP gemäß nachfolgenden Spezifizierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KJ-Endokrinologie und Diabetologie, • KJ-Gastroenterologie und Hepatologie, • KJ-Infektiologie, • KJ-Intensivmedizin, • KJ-Kardiologie, • KJ-Nephrologie, • KJ-Notfallmedizin, • KJ-Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin, • KJ-Rheumatologie, • Neuropädiatrie, • Sozialpädiatrie, • Pädiatrische Stoffwechselmedizin, • KJ-Palliativmedizin <p>Zusätzlich außer in Fachkliniken zum Beispiel für Kinder- und Jugendrheumatologie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie:</p>			<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	<p>Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p> <p>Davon drei FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin					
		Auswahlkriterium	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2					
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vom 16. Mai 2006 (BAnz Nr. 129, S. 4997), der durch Beschluss vom 3. November 2021 (BAnz AT 26.11.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie -	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie		

<i>Leistungsgruppen-Nummer</i>	<i>Leistungsgruppe (LG)</i>		<i>Erbringung verwandter LG</i>		<i>Sachliche Ausstattung</i>	<i>Personelle Ausstattung</i>		<i>Sonstige Struktur- und Prozesskriterien</i>
			<i>Standort</i>	<i>Kooperation</i>		<i>Qualifikation</i>	<i>Verfügbarkeit</i>	
			<i>Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie</i>			<i>und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</i>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vom 16. Mai 2006 (BAnz Nr. 129, S. 4997), der durch Beschluss vom 3. November 2021 (BAnz AT 26.11.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			tion LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie			und Hämatologie und Onkologie		
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA HNO	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG Angebot Strahlentherapie	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA für HNO	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterien	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit Angebot Polytrauma	Elektroenzephalogramm (EEG), evozierte Potentiale, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT täglich rund um die Uhr, MRT	FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Angebot Polytrauma Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG HNO LG MK LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie	MRT täglich rund um die Uhr	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	ZW Geriatrie ZW Intensivmedizin ZW Palliativmedizin ZW Schlafmedizin		
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe peri-	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, CT-Angiographie täglich rund um die Uhr oder MR-Angiographie täglich rund um die Uhr, Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				phäre arterielle Gefäß	Farbduplex täglich rund um die Uhr, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse täglich rund um die Uhr			
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, EVP, Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Rehabilitationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
56	Geriatrie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT (wenn Stand alone Leistungserbringung oder für Fachkrankenhäuser mindestens in Kooperation)	ZW Geriatrie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		ZW Palliativmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-	LG Geriatrie Angebot Schmerztherapie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Frühreha (NNF, Phase B) Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin					
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Leber- eingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektum- eingriffe		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium	LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin,	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie	Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen,	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie	Sechs FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<i>Qualitätsanforderung Hochkomplex</i> Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie		<i>CT täglich rund um die Uhr,</i> <i>Teleradiologischer Befund möglich,</i> <i>MRT</i>	ZW Transplantationsmedizin	Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Leber-		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA je Disziplin mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantankonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			eingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie und LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	<p>Sofern nicht bereits am Standort erbracht:</p> <p>LG Komplexe Nephrologie LG Urologie</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	<p>FA Viszeralchirurgie FA Urologie</p> <p>FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Neun FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW</p>	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium	<p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Kom-</p>			<p>FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			plexe periphere arterielle Gefäße					
63	Pankreas-transplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium	mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Qualitätsanforderungskomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/ Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr), Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich rund um die Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich rund um die Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort, (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr),	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Täglich rund um die Uhr Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die zu mindestens 80% in der Notaufnahme tätig sind mindestens Rufbereitschaftsdienst: täglich rund um die Uhr davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß §§ 8ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Sofern Erwachsene behandelt werden: FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, LG Allgemeine Chirurgie		Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor jederzeit mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation	FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie oder FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Vier FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und zwei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin	Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice Fachapotheker oder Fachapothekerin mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildeter Apotheker oder Apothekerin, die entweder auf Station, in der Krankenhausapotheketheke oder in krankenhausversorgenden Apotheken tätig sind Antibiotic Stewardship (ABS) Team

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringer, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt)</p> <p>Konsiliarische Erreichbarkeit täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste:</p> <ul style="list-style-type: none">• Augenheilkunde• Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)• Gynäkologie• Dermatologie• Neurologie

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT jederzeit	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukä-	Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				mie und Lym- phome				
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplanta-	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					tionen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie			FA Transfusionsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Abtation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche				
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG:		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22, jeweils bezogen auf

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche					die Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie –	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Kinder und Jugendliche				
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, CT jederzeit mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemein Chirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA Allgemein Chirurgie oder Viszeralchirurgie sowie mindestens ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Kinder- und Jugendchirurgie		CT jederzeit, MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie	Fünf FÄ, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: mindestens zwei FÄ mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Innere Medizin					
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
18	Bauch-aorten-aneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aorten-aneurysma vom 13. März 2008 (BAnz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 6. Dezember 2023 (BAnz AT 29.01.2024 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro- Frühreha (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF), Phase B)	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)				
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-			FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Frühreha (NNF, Phase B)					
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						<p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch Beschluss vom 21. Dezember 2023 (BAnz AT 15.02.2024 B5) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgeleg-</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								ten Pflegepersonaluntergrenzen
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese Für Fachkrankenhäuser, die		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Innere Medizin				
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie oder ZW Spezielle Unfallchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
25	Revision Hüft-endo-prothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß		CT jederzeit, MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			§ 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
26	Revision Knie-endo-prothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Innere Medizin					
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT jederzeit, MRT			
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten,	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FÄ mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle			<p>von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der durch Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</p> <p>Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen Ge-</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind. Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Verletzungsartenverfahren“.</p> <p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								(RTZ) oder Überregionales Trauma-zentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20.
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie		FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Endoprothetik Knie	LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)				
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahl-	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhaus-	LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		kriterium	planung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zustän-	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	digen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin				
		Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhaus-	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder		FA Radiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			planung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Leber-eingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreas-eingriffe LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzell-		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			transplantation oder LG Leukämie und Lymphome					
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie, Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukä-	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			mie und Lymphome					
33	Pankreas-eingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA mit ZW und zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
34	Tiefe Rektum-eingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Ver-	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			sorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	§ 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin				
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Innere Medizin					
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothe-	LG Augenheilkunde LG HNO				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		tik Knie oder LG Revision Hüftendopro- thetik oder LG Revision Knie- endoprothese Für Fachkran- kenhäuser, die von der für die Krankenhaus- planung zustän- digen Landesbe- hörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Ver- sorgungsstufe „Level F“ zuge- ordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin						
38	Urolo- gie	Min- destvo- raus- set- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivme- dizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop Laparoskop, Sonographiegerät (ein- schließlich Doppler- oder Duplex-Sonogra- phie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je- derzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreasein-			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			griffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Mindestens eine der folgenden			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome					
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Be-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>schlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
44	Perinatalzentrum	Mindestvoraus-						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	Level 1	setzung						der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahl-				FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		kriterium				mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 16.06.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		
47	Spezielle Kinder- und Jugend-	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens ei-	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon drei FA mit ZW oder SP: ZW Kinder- und Ju-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	gend-medizin		Zusätzlich außer in Fachkrankenhäusern, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin			ner ZW oder einem SP: ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	gend-Endokrinologie und Diabetologie ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2					
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hä-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>mato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativme-</p>	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome</p>	Telemedizinische Behandlung	<p>FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			dizin LG Stammzelltransplantation					
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Kran-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								kenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaim- plante	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterien	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitäts-	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit	Elektroenzephalogramm (EEG), evozierte Potentiale, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie	FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			anforderung Komplex		(ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin	MRT jederzeit	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Für Fachkrankenhäuser, die	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	FA Neurologie mit ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäß	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echo-	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					kardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit			
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro- Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden	CT oder für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, mindestens in Kooperation	FA Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie mit ZW Geriatrie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Neurologie oder FA Physikalische und Rehabilitative Medizin mit ZW Geriatrie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
		Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkranken Häuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden; LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser, die von der für die					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine		ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin				
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Frühreha (NNF, Phase B) Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin					
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß	Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit,	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie</p>	§ 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie	Teleradiologischer Befund möglich, MRT		Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungen- trans- plan- ta- tion	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitäts-		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Be-	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			anforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		fund möglich, MRT		Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nieren- trans- plantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zweier folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Tiefe Rektumeingriffe				
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe Mindestens eine der folgenden			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße					
63	Pankreas- trans- plantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedi-	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
						zin FA Anästhesiologie	ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr c. Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr: Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie jederzeit c. Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nicht-invasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse,	FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung je-	Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindestens	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Rege-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	weils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	<p>Rufbereitschaft: jederzeit</p> <p>davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin</p> <p>Davon bis zum 31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin</p>	lungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

Bericht der Abgeordneten Dr. Christos Pantazis, Dr. Stephan Pilsinger, Dr. Armin Grau, Dr. Andrew Ullmann, Kay-Uwe Ziegler, Ates Gürpınar und Andrej Hunko**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung**

Zu Buchstabe a

Das Plenum des Deutschen Bundestages hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/11854** in seiner 178. Sitzung am 27. Juni 2024 beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Haushaltsausschuss, den Wirtschaftsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Verteidigungsausschuss überwiesen. Der Haushaltsausschuss wurde zudem nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) beteiligt. Die Unterrichtung auf **Drucksache 20/12894** wurde gemäß § 80 Absatz 3 GO-BT ebenfalls zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und an die o. g. mitberatenden Ausschüsse überwiesen (Drucksache 20/13059 Nr. 4). Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich gutachtlich beteiligt.

Zu den Buchstaben b bis d

Das Plenum des Deutschen Bundestages hat die Anträge auf den **Drucksachen 20/5550, 20/5556 und 20/5558** in seiner 85. Sitzung am 9. Februar 2023 beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Die Anträge auf den Drucksachen 20/5556 und 20/5558 wurden zudem zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe e

Das Plenum des Deutschen Bundestages hat den Antrag auf **Drucksache 20/11433** in seiner 172. Sitzung am 6. Juni 2024 beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Inneres und Heimat und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Laut Bundesregierung ist eine Reform des Krankenhaussystems unumgänglich. Das derzeitige System der Krankenhausvergütung basiere stark auf Fallpauschalen und sei dementsprechend mengenorientiert. Es bestehe für die Kliniken ein ökonomischer Anreiz zur Behandlung möglichst vieler Patientinnen und Patienten. Dies könne dazu führen, dass gewisse Krankenhausbehandlungen teilweise auch zur Erlössteigerung durchgeführt würden. Die Krankenhäuser litten seit Jahren unter einer zu geringen Investitionsfinanzierung der Länder, weshalb der Investitionsstau bei dringenden Anschaffungen und baulichen Maßnahmen oft nur unter Verwendung von Behandlungserlösen abgebaut werden könne. Dies berge das Risiko, dass weniger lukrative medizinische Leistungen nicht mehr angeboten oder eingestellt würden. Krankenhäuser sähen sich zudem zu Einsparungen zulasten der medizinischen Versorgung gezwungen. Viele Krankenhäuser führten bestimmte Leistungen nur selten durch, sodass sie wenig Erfahrung mit diesen Leistungen hätten und dadurch Qualitätsdefizite entstünden. Der durch die demografische Entwicklung bedingte zunehmende Mangel an Fachkräften werde darüber hinaus perspektivisch dazu beitragen, dass mit den bestehenden Strukturen eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht mehr sichergestellt werden könne.

Mit der Krankenhausreform würden daher folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung würden das Vorhalten von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser, Fallmengen auszuweiten, gesenkt. Die Mittel für die Vorhaltevergütung würden durch Absenkung der Fallpauschalen und durch die Ermittlung von Vorhaltegruppen generiert. Die Krankenhäuser erhielten die Vorhaltevergütung für die ihnen durch die Planungsbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Zahlung der Vorhaltevergütung erfolge zeitnah und werde durch weitere Maßnahmen, insbesondere einen unterjährigen Zuschlag und einen vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich, flankiert. Vorgesehen sei zudem eine Konvergenzphase, damit ein fließender Übergang von der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik gelingen könne.

Die Konzentration von Leistungen zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung werde erreicht, indem die Vorhaltevergütung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen verknüpft werde. Ausgangspunkt für die Leistungsgruppensystematik seien die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung. In einem mehrstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung unter anderem der medizinischen Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner würden Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erarbeitet. Festgelegt würden die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung.

Um damit einhergehenden Bürokratieaufwand für die Krankenhäuser abzubauen und die Effizienz des Prüfens der Medizinischen Dienste zu verbessern, werde den Krankenhäusern die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht und der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt würden.

Um insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrecht erhalten zu können, werde die sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung ausgebaut. Die Länder erhielten gesetzlich die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante Leistungen umfasse.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR-G) geprüft und eine Stellungnahme abgegeben (Drucksache 20/11854, Anlage 2). Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nicht in jeder Hinsicht nachvollziehbar und methodengerecht ist. Der NKR hat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags zu beanstanden, dass der Regelungsentwurf die jährlichen Mehrausgaben der privaten Krankenversicherung in dreistelliger Millionenhöhe weder vollständig noch nachvollziehbar darstellt. Konkrete Berechnungen unter Offenlegung von Fallzahlen und Grundannahmen fehlen. Die Darstellung des Erfüllungsaufwandes ist unvollständig, da die finanziellen Auswirkungen für die neu einzuführenden sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht beziffert wurden. Hierdurch enthält das Regelungsvorhaben kein realitätsnahes Bild der Kostenfolgen. Der NKR kritisiert, dass ihm die abschließende Prüfung des Entwurfs mit vollständiger Darstellung des Erfüllungsaufwandes erst am Tag der Kabinettdiskussion ermöglicht wurde.

Der Bundesrat hat in seiner 1046. Sitzung am 5. Juli 2024 zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen und die Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme liegt ebenfalls vor (Drucksache 20/12894).

Zu Buchstabe b

Laut Antragsteller kritisiere der Deutsche Hebammenverband die unzureichende Versorgung von Frauen und Neugeborenen im Kreißaal. In Deutschland versorgten Hebammen doppelt so viele Patienten wie in anderen europäischen Ländern. Die deutschlandweite Zentralisierung, das heiße die Schließung von Kreißsälen, führe dazu, dass viele Frauen abgewiesen würden und weite Strecken zu Spezialabteilungen zurücklegen müssten. Über das Fallpauschalen-System würden Fehlanreize zu unnötigen Pathologisierung und Interventionen geschaffen sowie durch ambulante Versorgungslücken vor- und nachgeburtliche Leistungen unnötig in stationären Einrichtungen durchgeführt. Nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gelte die flächendeckende Versorgung bei PKW-Fahrzeiten zu den Kliniken von mehr als 40 Minuten als gefährdet.

Die Antragsteller fordern, dass für jede Schwangere die Erreichbarkeit einer Geburtshilflichen Abteilung innerhalb von 40 Minuten gegeben sei, eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme gewährleistet werde, eine Haftpflichtversicherung durch den Auftraggeber bei freiberuflichen Hebammen in Geburtshilflichen Abteilungen bestehe sowie bei der Vergütung geburtshilflicher Leistungen Fehlanreize zu unnötigen Interventionen und Pathologisierungen aus ökonomischen Gründen vermieden würden.

Zu Buchstabe c

Laut Antragstellern führe das Fehlen von Kurzzeitpflegeplätzen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung häufig dazu, dass Patienten über das für die Akutbehandlung erforderliche Maß hinaus im Krankenhaus verblieben. Der im Jahr 2021 eingeführte Anspruch auf Übergangspflege solle auch ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI eine stationäre Behandlung bis zu zehn Tage zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen. Ein Pilotprojekt in Nordrhein-Westfalen, das mit den Pflegekassen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vereinbart worden sei, ermögliche die Nutzung freier Ressourcen für die Kurzzeitpflege. Dies solle bundesweit durch Versorgungsverträge zwischen den Kliniken und den Landesverbänden ermöglicht werden. Die Kurzzeitpflegeplätze fehlten auch bei ambulanten Patienten, die in Krisensituationen vorübergehend stationäre oder teilstationäre Pflege benötigten. Das Einstreuen von Kurzzeitpflegeplätzen in der allgemeinen stationären Akutkrankenhausversorgung werde den Ansprüchen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung nicht gerecht. Es gälten dabei Anforderungen bei der räumlichen Gestaltung von Bereichen wie Bewegungsmöglichkeiten im Freien und Aufenthaltsräumen. Folglich müssten räumlich getrennte Abteilungen für die Kurzzeitpflege in Akutkrankenhäusern geschaffen und allen Kurzzeitpflegepatienten zur Verfügung gestellt werden.

Die Antragsteller fordern die gesetzliche Sicherstellung, dass die Möglichkeiten zur Einrichtung von Abteilungen für Kurzzeitpflegeplätze geschaffen und die Pflegekassen wie bei dem Pilotprojekt in Nordrhein-Westfalen eingebunden würden.

Zu Buchstabe d

Laut Antragstellern sei durch die Fortschritte in der Akutmedizin die Wahrscheinlichkeit, Unfälle und Erkrankungen zu überleben, gestiegen. Dadurch erhöhe sich die Zahl der Patienten mit Einschränkungen, sodass die Rehabilitation zur Vermeidung von dauerhaften Schäden schnellstmöglich beginnen müsse. Die Frührehabilitation sei seit 2001 Teil der Krankenhausbehandlung. Es fehle jedoch an entsprechenden Einrichtungen, sodass eine flächendeckende Rehabilitationskette nicht sichergestellt sei. Dies sei unter anderem auf die fehlende kostendeckende Finanzierung über die Diagnosis Related Groups (DRGs) und die nicht adäquate Abbildung der Rehabilitationsleistungen zurückzuführen. Zudem seien Frührehabilitationsangebote nicht fachübergreifend, sondern fachspezifisch eingerichtet, wodurch einige Patienten nicht zugeordnet werden könnten und damit der Gefahr des Ausschlusses von der Frührehabilitation ausgesetzt seien.

Die Antragsteller fordern gesetzlich sicherzustellen, dass die Fachabteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend und ausreichend an deutschen Krankenhäusern zur Verfügung stünden. Die Finanzierung dafür solle kostendeckend sein.

Zu Buchstabe e

Mit der Schließung von über 60 Krankenhäusern seit 2020, zu denen mit der Krankenhausreform noch etwa 400 hinzukämen, gehe laut Antragstellern ein massiver Bettenabbau einher. Mehr als 400 000 Menschen stünde dann nicht mehr die gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Nach den Plänen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sei die zukünftig nur noch für 60 Prozent der Krankenhäuser geltende Notfallversorgung ein Generalangriff auf die Patientenversorgung in Deutschland. Schon jetzt Sorge die Reform dafür, dass kleine Krankenhäuser schließen müssten. Die großen Krankenhäuser dagegen versuchten zulasten der kleinen Krankenhäuser weiter zu wachsen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sehe darin ein ungeordnetes Sterben und einen kalten Strukturwandel. Die Kostensenkungsmaßnahmen führten dazu, dass die Mitarbeiter außerhalb des TVöD bezahlt würden und untragbare Arbeitsbedingungen hätten. Durch die fortgesetzte Privatisierung der Krankenhäuser gehörten mittlerweile immer mehr Allgemeinkrankenhäuser zu gewinnorientierten Konzernen.

Die Antragsteller fordern, die Krankenhausreform zu stoppen und sich gegen den Bettenabbau sowie die Schließung von Krankenhäusern einzusetzen. Zugleich müsse der TVöD für alle Beschäftigten gelten, mehr Personal

eingestellt und die Rückführung der Tochterbetriebe veranlasst werden. Weiter werde ein Sofortprogramm zur Rettung und Wiederherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens benötigt. Es brauche eine kostendeckende Finanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Länder. Fallpauschalen oder leistungsorientierte Vorhaltepauschalen seien keine Lösung, sie führten zur Unterbesetzung in der stationären Krankenpflege und hätten eine Privatisierungswelle angeschoben, die gestoppt werden müsse.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 119. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD bei Abwesenheit der Gruppe Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11854 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 92. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11854 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Wirtschaftsausschuss** hat in seiner 83. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppe Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11854 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 88. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11854 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 76. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/11854 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der Haushaltsausschuss legt gemäß seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vor.

Im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat sich der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 20/696) in seiner 67. Sitzung am 26. Juni 2024 mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen befasst. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Nachhaltigkeit plausibel und eine Prüfbite daher nicht erforderlich sei.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 92. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppen Die Linke und BSW gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5556 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 88. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Gruppe BSW beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5556 zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 92. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppen Die Linke und BSW gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5558 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 88. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Gruppe BSW beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/5558 zu empfehlen.

Zu Buchstabe e

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat in seiner 89. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Gruppe BSW beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/11433 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 88. Sitzung am 16. Oktober 2024 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Gruppe BSW bei Stimmenthaltung der Gruppe Die Linke beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/11433 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 55. Sitzung am 1. März 2023 die Beratungen zu den Anträgen auf Drucksachen 20/5550, 20/5556 und 20/5558 (Buchstaben b bis d) aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 115. Sitzung am 3. Juli 2024 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/11854 (Buchstabe a) sowie zu dem Antrag auf Drucksache 20/11433 (Buchstabe e) aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 120. Sitzung am 25. September 2024 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser (AKG), AOK-Bundesverband, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Bertelsmann-Stiftung, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), Bitkom, BKK-Dachverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB), Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK), Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL), Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (DGB), Deutscher Hebammenverband (DHV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), EbM-Netzwerk – Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, IGES Institut, IKK-Bundesverband, Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKVD), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands Bundesverband, Medizinischer Dienst Bund, Netzwerk BiG – Netzwerk Berufe im Gesundheitswesen, Robert Bosch Stiftung, Sozialverband VdK Deutschland, Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFA), ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen (vdek), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), Verband der Universitäts-

klinika Deutschlands (VUD), Verband Leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) (Absage), Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO).

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen), Dr. Hannes Dahnke (Vebeto GmbH), Joachim Gemmel (Asklepios Kliniken GmbH & Co. KgaA), Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main), Dr. Michael Groening (Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand), Prof. Dr. Martina Hasseler (Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften), Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke), Dr. René Rottlieb (Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen), Prof. Dr. Matthias Schrappe, Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg), Laura Valentukeviciute (Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB)/ Bündnis Klinikrettung).

Der Ausschuss hat in seiner 123. Sitzung am 16. Oktober 2024 seine Beratungen zu sämtlichen Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/11854, 20/12894 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD bei Stimmenthaltung der Gruppe BSW, den Antrag auf Drucksache 20/5550 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD sowie der Gruppe BSW, den Antrag auf Drucksache 20/5556 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD sowie der Gruppe BSW, den Antrag auf Drucksache 20/5558 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** empfiehlt mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppe BSW bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD und der Gruppe Die Linke, den Antrag auf Drucksache 20/11433 abzulehnen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/11854 Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf den Ausschussdrucksachen 20(14)221.1 sowie 20(14)221.3neu vorgelegen.

Der Änderungsantrag 0 auf Ausschussdrucksache 20(14)221.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW angenommen.

Die Änderungsanträge 1, 2, 4 bis 10, 12 bis 14, 17 bis 20, 22, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 34 bis 38, 40, 42 bis 46 und 50 auf Ausschussdrucksache 20(14)221.3neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Gruppen Die Linke und BSW angenommen.

Die Änderungsanträge 3, 16, 26, 27 und 30 auf Ausschussdrucksache 20(14)221.3neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sowie der Gruppe Die Linke gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und AfD sowie der Gruppe BSW angenommen.

Die Änderungsanträge 11, 15, 21, 24, 33, 39, 41 und 47 bis 49 auf Ausschussdrucksache 20(14)221.3neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW angenommen.

Ferner hat die Gruppe Die Linke einen Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)221.4 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

In Artikel 1 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. In § 136b Abs. 5a wird das Wort „Einvernehmen“ durch das Wort „Benehmen“ ersetzt.“

Begründung:

Nach Art. 74 des Grundgesetzes erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze; im Umkehrschluss ist die Finanzierung der Investitionen und die Krankenhausplanung Sache der Länder. Sie haben politisch die Krankenhausstruktur zu verantworten – aus guten Gründen, denn sie wissen besser, wo welche Versorgung gebraucht wird und können punktgenauer reagieren, was die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung angeht. Ist diese Versorgung gefährdet, dann müssen die Länder auch letztverantwortlich über die Maßnahmen entscheiden können, um diese Gefährdung zu beenden. Eine gleichrangige Beteiligung mit Veto-Möglichkeit für die Krankenkassen ist daher nicht sachgerecht. Stattdessen entscheiden die Länder mit dieser Regelung im Benehmen mit den Krankenkassen, können also mit entsprechender Begründung auch von der Auffassung der Krankenkassen abweichen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)221.4 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Gruppen Die Linke und BSW bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD abgelehnt.

Petition

Zu dem Antrag auf Drucksache 20/5550 lag eine Petition vor, die in die Beratungen einbezogen wurde. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend informiert.

Meinungen der Fraktionen und Gruppen

Die **Fraktion der SPD** betonte, mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) habe man die tiefgreifendste Reform der Krankenhausversorgung der letzten 20 Jahre vorgelegt, was die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessere. Die zuvor geltende Finanzierungssystematik habe zu offenkundigen Fehlanreizen, einer schleichenden Kommerzialisierung des medizinischen Betriebs, einem enormen Kostendruck und einer damit einhergehenden Arbeitsverdichtung geführt, die zwangsläufig auch zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Versorgungsqualität und einer Mehrbelastung der Beschäftigten geführt habe. Ziel der Reform sei es daher, durch die Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken die Behandlungsqualität zu verbessern, Leben zu retten und unnötige Operationen zu vermeiden. Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität böten großes Potenzial für bessere Behandlungsergebnisse. Mithilfe einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung werde die Effizienz gesteigert und würden Fachkräfte gezielter eingesetzt. Mit der Einführung der Vorhaltevergütung ermögliche man es, Krankenhäuser und ihre Strukturen unabhängig von der Menge erbrachter Leistungen zu finanzieren, was den Anreiz zur Ausweitung der Fallzahlen reduziere. Das senke den Kostendruck, fördere eine nachhaltige Versorgung und auch die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus. Die Reform fördere zudem die sektorenübergreifende Versorgung und stelle sicher, dass auch in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte eine qualitätsgesicherte Grundversorgung erhalten bleibe. Im parlamentarischen Verfahren habe man zudem eine ganze Reihe an wichtigen Verbesserungen erreicht. Der revolutionäre Nukleus der Reform liege in der Ausgestaltung beispielsweise der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an sich, aber auch in ihrer Öffnung für die ambulante Versorgung, was besonders vielen Krankenhäusern insbesondere auch in ländlichen Regionen eine dauerhafte Perspektive biete. Patientinnen und Patienten profitierten so von einem erweiterten Versorgungsangebot, während die Bundesländer ein zusätzliches Instrument zur Sicherung der ambulanten Versorgung erhielten. Auch verbessere man die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und von Menschen mit Behinderung, indem man die Institutsambulanzen der Krankenhäuser dauerhaft per Gesetz für die ambulante Versorgung öffne. Jedes Krankenhaus müsse zudem in Zukunft neben einer ständigen ärztlichen Leitung für die fachlich-medizinischen Belange auch eine pflegfachliche Leitung für die pflegfachlichen Belange haben. Zahlreiche bürokratische Regelungen würden gestrichen und auch den Ländern komme man weitreichend entgegen. Die Forderungen der Oppositionsanträge würden zum Großteil bereits jetzt mit den Änderungen des

KHVVG umgesetzt. Der Antrag der Gruppe BSW sei inhaltlich vollständig abzulehnen, da er ein kaltes Krankenhaussterben zur Folge habe. Die Fraktion der SPD lehne die vorgelegten Oppositionsanträge daher insgesamt ab.

Die **Fraktion der CDU/CSU** kritisierte, das Gesetzgebungsverfahren und die kurzfristige Mitteilung der umfangreichen Änderungsanträge habe nicht den parlamentarischen Gepflogenheiten entsprochen. Selbstverständlich werde auch ein Reformbedarf gesehen, die Art und Weise der Erarbeitung hinsichtlich des Umgangs mit der Opposition und den Ländern sowie der zeitliche Vorlauf angesichts der Änderungsanträge hätten jedoch anders erfolgen müssen. Zwar enthielten die Änderungsanträge auch positive Aspekte, insgesamt sei der Gesetzentwurf allerdings völlig ungeeignet, die behauptete Verbesserung in der Versorgung herbeizuführen. Zudem liege der Opposition noch keine Bedarfs- und Auswirkungsanalyse vor. Dass dazu lediglich die Abgeordneten der Regierungsfractionen informiert worden seien, sei eine Missachtung der parlamentarischen Rechte; offenbar würde die Bundesregierung zwischen Abgeordneten erster und zweiter Klasse unterscheiden. Die Änderungsanträge wiesen keine Verbesserungen beim Problem der fehlenden Brückenfinanzierung auf. Selbst bei positiven Auswirkungen der Reform ab 2027 sei die Frage, wie die bis dahin voranschreitende kalte Strukturbereinigung aufgehalten werden sollte, nicht geklärt. Außerdem seien auch die Anregungen aus dem Kassenbereich in Bezug auf die Belastung der Beitragsgemeinschaft nicht beachtet worden. Es handele sich letztlich um ein verfassungswidriges Gesetz, das sicher beklagt werde. Ebenso wenig würden Lösungen zur Regelung der Vorhaltefinanzierung geliefert, die aus vielen Bereichen gefordert würden. Es fehle darüber hinaus an Öffnungsklauseln zur flexiblen Umsetzung von Leistungsgruppen und Qualitätsanforderungen im ländlichen Bereich sowie zu flexiblen Personalanforderungen in der Kinder- und Jugendchirurgie. Die Möglichkeit der Rechtsverordnung durch das BMG konterkariere die Stellung des G-BA als Hüter der evidenzbasierten Medizin und dessen Schlüsselrolle. Die Verzahnung verschiedenster aktuell anstehender Reformen, wie beispielsweise der Krankenhausreform und der Notfallreform, sei nicht gegeben. Hätte man ein kooperatives Verfahren für die Reformen erzielen wollen, hätte auch der Entschließungsantrag der Fraktion der CDU/CSU berücksichtigt und keine schnellstmögliche Umsetzung angestrebt werden müssen. Dem Gesetzentwurf könne daher nicht zugestimmt werden.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, mit der Krankenhausreform eine der bedeutendsten gesundheitspolitischen Reformen der letzten 20 Jahre umzusetzen. Man korrigiere gravierende, durch das Fallpauschalen-System entstandene, Fehlentwicklungen der vergangenen Jahre. Statt der bisherigen Planung nach Betten führe man Leistungsgruppen mit Qualitätsvorgaben zur personellen und technischen Ausstattung ein. 60 Prozent der bisherigen Fallpauschalen würden so weitgehend fallzahlunabhängig vergütet. Der Gesetzentwurf adressiere Über-, Fehl- und Unterversorgung gleichermaßen. Er enthalte deshalb zahlreiche, sehr passgenaue Regelungen für strukturschwache Regionen. So gebe es unbefristete Ausnahmemöglichkeiten für Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die bestimmte Anforderungen nicht erfüllen könnten. Versorgungsnotwendige Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen erhielten eine garantierte Sockelfinanzierung also auch dann, wenn sie die nötigen Fallzahlen nicht erreichten. Besonders für ländliche Regionen werde so ein neuer Typ Krankenhaus geschaffen, die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Hier würden Kurzzeitpflege, ambulante Behandlung und kleinere stationäre Behandlungen unter einem Dach angeboten. Außerdem greife man vielen finanziell angeschlagenen, insbesondere kleineren Kliniken besser unter die Arme, da die Mittel aus dem Vorhaltebudget frühzeitiger fließen und so die finanzielle Liquidität sicherten. Im parlamentarischen Verfahren haben man zudem eine Reihe von Verbesserungen erreicht. Neben den Verbesserungen im ländlichen Raum habe man Verbesserungen für die Geburtshilfe bei den hebammengeführten Kreißsälen erreicht. Auch habe man vielerlei Verbesserungen für die Kinderversorgung in den Kinderkliniken durchgesetzt und die Leistungsgruppen in ihrer Definition noch qualitätsvoller gemacht. Für die Gesundheitsberufe habe man viel erreicht, etwa für die Leitung der pflegefachlichen Teile in den Kliniken, aber auch das Personalbemessungsinstrument für Ärztinnen und Ärzte und die Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes für andere Berufe. Darüber hinaus gebe es eine Reihe von Maßnahmen zur Entbürokratisierung bei den Prüfungen des Medizinischen Dienstes und man habe etwas für die Nachhaltigkeit und den Klimaschutz getan, denn 5 bis 6 Prozent der klimaschädlichen Emissionen seien dem Gesundheitssektor zuzuschreiben. Man schaffe mehr Gerechtigkeit dadurch, dass der Transformationsfonds nicht nur von der GKV und den Ländern finanziert werde, sondern auch von der PKV, entweder auf freiwilliger Basis oder ab 2026 durch eine entsprechende Regelung. Zudem habe man beim Vorhaltebudget deutlich nachgebessert. Es werde früher und schneller an die Kliniken ausgezahlt. Auch beim Wettbewerbsrecht habe man eine ganze Reihe von Verbesserungen ermöglicht, die es den Ländern gestatte, Krankenhausplanung besser zu machen. Die Anträge der Oppositionsfractionen unterbreiteten keinerlei konstruktive Alternativvorschläge und seien daher abzulehnen.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, mit dem Krankenhausversorgungsstärkungsgesetz werde die größte Reform der stationären Versorgung der letzten 50 Jahre angestrebt. Die Reform sei mit Blick auf die Kostenstrukturen der GKV und der Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten dringend notwendig und in den vergangenen 20 Monaten detailorientiert und mühevoll zwischen dem Parlament und dem BMG erarbeitet worden. Das Ergebnis sei eine maßgebliche Reform in einem hochkomplexen Feld. In zehn Jahren werde ein funktionierendes, leistungsfähiges und qualitativ hochwertiges Krankenhaussystem bestehen. Krankenhäusern würde nunmehr wirtschaftliche und planerische Sicherheit gegeben und Versorgung könne wieder in den Mittelpunkt gestellt werden. Außerdem würden die Fehlanreize des DRG-Systems überwunden. Patientinnen und Patienten würden dort behandelt, wo Expertinnen und Experten seien. Es werde insgesamt ein mutiger Schritt Richtung zukunftsfähiger Versorgung gegangen, weshalb dem Gesetzentwurf zugestimmt werde. Die Anträge hingegen stellten keine Alternativen zum Gesetzentwurf dar, deshalb würden diese abgelehnt.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte zunächst die kurzfristige Übermittlung zahlreicher Änderungsanträge durch die Koalitionsfraktionen ohne ausreichende Prüfungs- und Beratungszeit der Opposition. Inhaltlich führte sie aus, dass die gegenwärtigen Problematiken auf der Hand lägen. Unnötige Behandlungen aus wirtschaftlichen Erwägungen, viel Bürokratie und eine schleppende Personalgewinnung. Insofern gingen die nun vorgelegten Regelungen zum Teil durchaus in die richtige Richtung und griffen auch Dinge auf, die auch die AfD-Fraktion in der Vergangenheit bereits vorgeschlagen hätte. Es sei naheliegend, Vorhaltepauschalen statt DRGs einzuführen und die Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Behandlungen ein Stück weit aufzulösen. Was die Fraktion der AfD bei alledem jedoch vollständig ablehne, sei, die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler stärker zu belasten. Die von ihr eingebrachten Anträge dienten vor diesem Hintergrund insbesondere auch dazu, die Reform für die Bürger, gerade im ländlichen Raum, etwas verträglicher zu machen. Die AfD-Fraktion fordere mit ihrem Antrag zudem einen Ausbau der Geburtshilfe, um flächendeckend die Versorgung zu verbessern. Man fordere daher, durch den Aufbau neuer Krankenhausabteilungen die Erreichbarkeit einer Geburtshilfestation innerhalb von 40 Minuten zu gewährleisten. Zudem müssten schwangere Frauen in einer Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine Hebamme versorgt werden. Mit einem weiteren Antrag fordere sie zudem, bundesweit Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern einzurichten. Nach einer Krankenhausbehandlung führe der Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen ansonsten oft dazu, dass Patienten über das notwendige Maß hinaus in der Klinik blieben. Nicht nur für Patienten nach einer stationären Behandlung, sondern auch für ambulante Patienten, bei denen in Krisen vorübergehend stationäre statt ambulante oder teilstationäre Pflege erforderlich sei, fehlten Kurzzeitpflegeplätze. Mit ihrem dritten Antrag fordere die AfD-Fraktion eine flächendeckende Frührehabilitation an Krankenhäusern. Solche Abteilungen für die gesetzlich vorgesehene nahtlose Rehabilitationskette seien flächendeckend nicht ausreichend vorhanden. Es sei daher erforderlich, Fachabteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation flächendeckend an den Krankenhäusern in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen und dafür eine kostendeckende Finanzierung vorzusehen.

Die **Gruppe Die Linke** führte aus, im Verfahren habe es im Umgang mit den Ländern, den Koalitionsfraktionen und dem BMG sowie unter den Parlamentariern Schwierigkeiten gegeben. Bei einem derart großen Gesetz sei dies nicht vertrauensbildend. Das Gesetz halte nicht die angepriesenen Versprechen. Eine behauptete Entökonomisierung finde nicht statt, da die DRGs nachweislich nicht abgeschafft, sondern lediglich verringert würden. Das neue Instrument der Vorhaltefinanzierung baue ebenfalls auf Fällen auf, die nachgelagert ausbezahlt würden. Die Krankenhäuser müssten vielmehr noch verstärkter auf Fallzahlen setzen, um auskömmlich finanziert zu werden. Hinsichtlich der Finanzierung und des Transformationsfonds sei anzumerken, dass dies unzulässigerweise zu Lasten der gesetzlich Versicherten gehe. Bis 2026 werde es zu einer kalten, ungeplanten Strukturbereinigung und danach zu einem geplanten Sterben der Krankenhäuser kommen, sodass am Ende bis zu zwei Drittel der Kliniken geschlossen sein könnten. Darüber hinaus greife die Reform die zentrale Rolle der Arbeitsbedingungen des Personals nicht auf. Es werde lediglich darauf verwiesen, dass Personal nach der Schließung eines Krankenhauses eventuell an einem anderen Ort arbeiten könne. Zur Durchsetzung besserer Ansätze, wie etwa einer wirklichen Entökonomisierung und selbstkostendeckenden Finanzierung der Krankenhäuser, die in der Reform nicht umgesetzt würden, werde daher ein Entschließungsantrag eingereicht. Der Gesetzentwurf werde abgelehnt, dem Antrag der Gruppe BSW könne ebenfalls nicht zugestimmt werden.

Die **Gruppe BSW** stimmte den Oppositionsfraktionen hinsichtlich der Kritik am Verfahren zu. Das deutsche Krankenhaussystem befinde sich in einer tiefen Krise und die Versorgung könne mittelfristig nicht gewährleistet werden. Die Reform werde allerdings die kalte Strukturbereinigung beschleunigen. Das System leide unter der sektoralen Aufteilung der Gesundheitsbereiche mit sektorspezifischen Budgets. Es werde suggeriert, die Sek-

tortrennung würde aufgehoben. Es handle sich jedoch um einen Rückfall in das alte Schema der stationären Sektoroptimierung gekoppelt mit einem weiteren Abbau der stationären Versorgung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung mangelnder Zusammenarbeit zwischen den Sektoren. Die Reform werde zu Zentralisierung, Privatisierung, Dequalifizierung und Kapazitätsreduzierung führen. Durch die Schaffung neuer Gremien, die auch unter Aufsicht des BMG arbeiten sollten, verabschiede man sich vom Grundgedanken einer evidenzbasierten Medizin für eine rationale, nutzerorientierte und nach dem Bedarf geplante Versorgung. Die Sinnhaftigkeit vieler Maßnahmen würde, wie in Corona-Zeiten, vom BMG vorgegeben. Das System werde anfälliger für Lobby-Einflussnahme und private Krankenhauskonzerne würden am meisten von der Reform profitieren. Das Gesetz sehe zwar mehr Chancen für die Kommunen vor, die ambulanten Versorgungszentren würden jedoch von den privaten Krankenhausketten eingenommen. Hinsichtlich der Regelung, dass nicht überall Fachärzte dauerhaft anwesend sein müssten, handle es sich um eine versteckte Sparmaßnahme. Die Vorhaltepauschalen würden auf Basis des Ist-Zustandes berechnet, sodass sich nichts am bisherigen System der Fallpauschalen ändere. Der Gesetzentwurf werde abgelehnt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 20/11854 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Bei Änderungen, die im Folgenden nicht gesondert begründet werden, handelt es sich um rechtsförmliche und rechtssystematische Anpassungen und Umformulierungen, die aufgrund der Rechtsprüfung durch das Bundesministerium der Justiz erforderlich sind.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind bisher gegenüber den in der Vorschrift genannten Leistungen nachrangig und können nur erbracht werden, wenn diese Leistungen nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Diese Nachrangigkeit entfällt künftig, wenn Übergangspflege in sektorenübergreifenden Einrichtungen nach § 115g erbracht wird. Der Anspruch auf Versorgung in Einrichtungen nach § 115g besteht auch in Fällen der Abverlegung aus anderen Krankenhäusern oder Krankenhausstandorten.

Zu den Nummern 1a und 1b (§ 92a Absatz 2 Satz 4, § 92b Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Für die Gewährung der Patientensicherheit ist es von zentraler Bedeutung, kritische Ereignisse mit für Patientinnen und Patienten schwerwiegenden Schäden zu vermeiden. Zu solchen Ereignissen gehören auch sog. „Never Events“, bei denen es sich um vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Versorgung handelt, die zum Tod oder zu besonders schwerwiegenden Schäden bei Patientinnen und Patienten führen, wie zum Beispiel Patienten- und Seitenverwechslungen, gravierende Medikationsfehler oder zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Um solche Ereignisse zu vermeiden, ist es Voraussetzung, sie zu erfassen und zu analysieren, um aus ihnen systematisch und im gesamten Versorgungssystem lernen zu können und gezielte Präventionsmaßnahmen sowie die Sicherheits- und Lernkultur in der Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Das erfordert zunächst, dass solche Ereignisse vertraulich, anonym und losgelöst von haftungsrechtlichen Konsequenzen gemeldet werden können und ausschließlich für die Verbesserung der Patientensicherheit herangezogen werden. Die Entwicklung und Weiterentwicklung bisheriger Ansätze von Melderegistern zu Patientensicherheitsereignissen einrichtungsübergreifender Bedeutung auf Bundesebene stellt in der Gesundheitsversorgung in Deutschland eine Neuerung dar, die es zu fördern gilt.

Die im Innovationsfonds bestehende Möglichkeit des Einsatzes der für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel zur Förderung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluationen der Richtlinien des G-BA und der Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, soll deshalb um die Förderung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit erweitert werden. Dadurch soll insbesondere der Aufbau eines nationalen Meldesystems zur anonymen Erfassung von Never Events und gravierenden unerwünschten Ereignissen einrichtungsübergreifender Bedeutung unterstützt werden. Ziele

sind, innerhalb von drei Jahren mindestens einen entsprechenden Antrag zu einem Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit zu bewilligen und mit den resultierenden Projektergebnissen die Einrichtung einer Vertrauensstelle zu unterstützen, welche die Vertraulichkeit der Meldungen garantiert und die Entwicklung notwendiger Präventionsmaßnahmen beauftragt, entgegennimmt und kommuniziert.

Zu Nummer 1c (§ 107 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitpflege ist durch den demografischen Wandel eine Steigerung der Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Arten von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu erwarten. Um diese Nachfrage befriedigen zu können und entsprechende Personalressourcen sicherzustellen, sind vielfältige Maßnahmen nötig. Ein wichtiges Ziel in diesem Kontext ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. Um dieses Ziel zu erreichen, ist u. a. eine Stärkung der Kompetenzen der Pflege nötig.

Die vorliegende Ergänzung des § 107 SGB V trägt dazu bei, durch eine explizite Verankerung der pflegefachlichen Leitung in der Definition des Krankenhauses und des Vorhandenseins von entsprechenden pflegefachlichen Kompetenzen in der Leitung des Krankenhauses, den Stellenwert der Pflegefachlichkeit und des Pflegeberufes in der akuten Krankenhauspflege hervorzuheben. Die durch die Pflegefachpersonen geleistete Arbeit ist eine unerlässliche Voraussetzung für eine effektive Durchführung der Krankenhausbehandlung. Sie haben ihre eigenen Kernaufgaben, bei deren Erbringung fachliche Standards eingehalten werden müssen. Aus diesem Grund ist es nötig, dass in der Definition des Krankenhauses neben der ärztlichen Leitung auch eine pflegefachliche Leitung verankert wird und neben den therapeutischen und diagnostischen auch die pflegefachlichen Möglichkeiten eine explizite Erwähnung finden.

Zu Nummer 1d (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Vor dem Hintergrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, ist der Fokus auf die Kriegstüchtigkeit und Einsatzbereitschaft der Bundeswehr gerichtet worden. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden und im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübnunghaltung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau, wobei die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, um dies zu erreichen; hierzu ist der Zugang zur stationären Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten unabdingbar. Mit der Änderung wird daher in § 108 in einer neuen Nummer 4 geregelt, dass die Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung in Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als zur Krankenhausbehandlung bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren. Durch diese Regelung wird auch zukünftig der zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Inübnunghaltung des medizinischen, ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals notwendige Zugang zur Behandlung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten sichergestellt. Durch die Änderungen in § 108 Nummer 2 und 3 werden redaktionelle Folgeänderungen umgesetzt.

Zu Nummer 2 (§ 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 109 Absatz 1 Satz 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der in § 108 Nummer 4 neu geregelten Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung. Der Versorgungsvertrag eines Bundeswehrkrankenhauses ergibt sich aus der Bestimmung des Bundesministeriums der Verteidigung gemäß § 108 Nummer 4.

Zu Buchstabe d (§ 109 Absatz 3a Satz 2)

Mit der Änderung wird die Regelung über den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien angepasst. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizini-

schen Dienstes nachgewiesen, wird der für die Vereinbarung der Leistungsgruppe erforderliche Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien abweichend von der bisherigen Fassung der Regelung durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Die Regelung ermöglicht nach einer Übergangsphase einen längeren Prüfturnus und dient damit der Entlastung der Medizinischen Dienste und der Entbürokratisierung.

Zu Buchstabe d (§ 109 Absatz 3a Satz 7)

Im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung soll eine unbefristete Ausnahme im Rahmen der Vereinbarung von Leistungsgruppen nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestanforderungen an die Strukturqualität führen. Ein Krankenhausträger ist daher auch im Fall einer unbefristeten Ausnahme zu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Dies kann zum Beispiel durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhausträgern oder durch die Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals erreicht werden. Welche Frist für die Verpflichtung zur Erfüllung der Qualitätskriterien angemessen ist, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Zu Nummer 3 (§ 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 109 Absatz 3a Satz 2. Nach der neuen Fassung des § 109 Absatz 3a Satz 2 kann die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt, wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde. Dieser Grundsatz soll auch auf die Kündigung des Versorgungsvertrags übertragen werden. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe bereits zweimal nachgewiesen, ist der Versorgungsvertrag in Bezug auf diese Leistungsgruppe abweichend von der bisherigen Regelung zu kündigen, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn die Erfüllung der Qualitätskriterien kann für die jeweilige Leistungsgruppe durch eine begründete Selbsteinschätzung nachgewiesen werden.

Zu Buchstabe c (§ 110 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3)

Mit der Änderung wird die in § 110 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 geregelte Ausnahme angepasst. Nach dieser Vorschrift muss ein Versorgungsvertrag nicht gekündigt werden, wenn das betroffene Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien fristgerecht gemeldet hat und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Nichterfüllung nur kurzzeitig andauert. Mit der Änderung wird die maßgebliche Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien von drei Monaten auf sechs Monate angehoben. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Krankenhäuser im Einzelfall und insbesondere bei unvorhergesehenen Ereignissen länger als drei Monate benötigen können, um Qualitätskriterien wieder zu erfüllen. Insbesondere in ländlichen Regionen kann zum Beispiel die Nachbesetzung von Personal länger als drei Monate in Anspruch nehmen. Durch die Änderung erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nunmehr die Möglichkeit, auch bei einer voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung von sechs Monaten unter Abwägung der betroffenen Interessen von der Kündigung eines Versorgungsvertrags abzusehen.

Zu Nummer 3a (§ 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Die Anpassung der Überschrift ist erforderlich, da in Absatz 4 die Kompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Erlass einer Rechtsverordnung gestrichen wurde.

Zu Buchstabe b (§ 115f Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 115f Absatz 1 Satz 1)

Die Vereinbarung der speziellen sektorengleichen Vergütungen (Hybrid-DRG) und damit vergüteter Leistungen ist eine dauerhafte Aufgabe, der die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 (AOP-Vertragsparteien) zukünftig jährlich nachzukommen haben. Die vergangene, erstmalige Frist, der 31. März 2023, wird gestrichen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass bei einer Vergütung nach Hybrid-DRG auch eine stationäre Leistungserbringung, das heißt eine Versorgung mit Übernachtung, erfolgen kann. Für darüber hinausgehende Fälle mit einer medizinisch indizierten längeren Verweildauer sowie einem höheren klinischen Komplexitätsgrad erfolgt eine Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltrecht. Die Hybrid-DRG sind daher in geeigneter Weise unter anderem anhand des Kriteriums der Fallschwere von den DRG abzugrenzen.

Ebenfalls wird klargestellt, dass die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Leistungen ausschließlich mit der Hybrid-DRG nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 abgerechnet werden können. Eine Abrechnung beispielsweise nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder dem stationären Fallpauschalensystem (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)) ist nicht möglich. Es gilt ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 115f Absatz 1 Satz 6)

Zur Kalkulation der Hybrid-DRG werden umfangreiche Daten aus dem stationären Bereich, dem ambulanten Bereich im Krankenhaus und dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich benötigt. Ein Großteil der Daten liegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über § 21 Absatz 2 KHEntgG und § 17b Absatz 3 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) über § 87 Absatz 3f bereits vor und kann zur Kalkulation der Hybrid-DRG genutzt werden. Da den Instituten regelhaft keine Informationen über die Fallzahlen und Vergütungen aus dem ambulanten Bereich im Krankenhaus für die nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von den Krankenkassen vergüteten Leistungen vorliegen, werden die Krankenkassen zur Übermittlung der entsprechenden Fallzahlen und Vergütungen unter separater Angabe der Sachkosten über den GKV-Spitzenverband an das InBA verpflichtet. Gleiches gilt für die Sachkosten, die im vertragsärztlichen Bereich bei ambulanten, gesamtvertraglich vergüteten Fällen anfallen. Die Übermittlungspflicht bezieht sich nur auf die für die Hybrid-DRG ausgewählten Leistungen.

Das BMG hat im Jahr 2023 zur Vorbereitung der Hybrid-DRG-Verordnung die Expertise von InEK und InBA für die Kalkulation der Hybrid-DRG genutzt. Auch die AOP-Vertragsparteien haben sich im Jahr 2024 auf eine Beauftragung der Institute zu diesem Zweck verständigt. Die Institute besitzen auf dem Gebiet der Kalkulation stationärer bzw. ambulanter Entgelte Alleinstellungsmerkmale in Deutschland. Ihnen soll daher auch zukünftig eine zentrale Rolle beim Ausbau und der Weiterentwicklung eines sektorengleichen Entgelts zukommen. Es wird daher geregelt, dass die Institute durch die AOP-Vertragsparteien bis zum 15. Mai eines Jahres mit der Erstellung und Vorlage eines Vorschlags für die Kalkulation der Hybrid-DRG für das nachfolgende Kalenderjahr zu beauftragen sind. Der Vorschlag umfasst auch die für die Vergütung in Absatz 1 Satz 3 vorgesehene Berücksichtigung von Unterschieden nach dem Schweregrad der Fälle durch die Bildung von Stufen. Der Vorschlag ist von den Instituten so auszugestalten, dass sich die Höhe der Hybrid-DRG schrittweise bis zum Jahr 2030 dem Vergütungsniveau nach AOP-Vertrag, der den EBM als Grundlage bestimmt, angepasst hat. Ab dem Jahr 2030 gilt dann eine neue, empirische Kalkulationsvorgabe. Der Vorschlag der Institute bildet die Grundlage für die Vergütungsvereinbarung der AOP-Vertragsparteien, die bis zum 30. Juni eines Jahres zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe c (§ 115f Absatz 2)

Die Kalkulation der Fallpauschalen im DRG-System basiert seit langem auf den Kostendaten einer Stichprobe von Krankenhäusern, die diese Daten gemäß § 17b Absatz 3 Satz 5 KHG an das InEK übermitteln. Die so kalkulierten DRG gehen schon heute in den Mischpreis der Hybrid-DRG ein. Ab 2030 sollen auch für den ambulanten Bereich empirisch bei den Leistungserbringern erhobene kostenbezogene Daten Eingang in die Kalkulation finden. InEK und InBA haben hierfür – nach bis zum 30. April 2025 zu erfolgender Beauftragung durch die AOP-Vertragsparteien – einen Vorschlag für ein Kalkulationskonzept zu erarbeiten. Das vorzulegende Konzept hat dabei insbesondere auch die Fragen zu klären, wie notwendige kostenbezogene Daten bei Krankenhäusern, Vertragsarztpraxen und ambulanten Operationszentren erhoben werden, auf welchem Weg die Daten an die Institute übermittelt werden und wie die Daten ausgewertet werden. Im Gegensatz zu Krankenhäusern verfügen Arztpraxen in aller Regel nicht über größere Management- und Verwaltungsstrukturen. Dies ist bei der Konzeptionierung der Datenerhebung zu berücksichtigen. Auf eine möglichst geringe zusätzliche Belastung der Leistungserbringer, auch der Krankenhäuser, ist zu achten. Auf der Grundlage des von den Instituten vorgelegten Vorschlags haben die AOP-Vertragsparteien bis Ende 2025 ein finales Kalkulationskonzept zu vereinbaren. Das Konzept ist dem BMG vorzulegen. Das BMG prüft auf dieser Basis, inwieweit gesetzlicher Anpassungsbedarf zur Realisierung des Konzepts besteht.

Das bisher zweijährliche Intervall für die Überprüfung und Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs wird auf ein Jahr verkürzt. Für den Umfang des Leistungskatalogs gelten zukünftig klare Vorgaben, nachdem die bisherigen Bemühungen der AOP-Vertragsparteien scheiterten (2023 mit resultierender Ersatzvornahme des BMG für 2024) bzw. deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückblieben (2024 wurde eine nur geringfügige Erweiterung des Startkatalogs aus der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG für 2025 vereinbart). Nach aktuellen Studien liegt das Ambulantisierungspotenzial vollstationärer Fälle zwischen 10 % und 20 %. Hiervon ausgehend wird vorgegeben, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG für das Jahr 2023 übermittelten vollstationären Krankenhausfalldaten ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens 1 Million Fälle mit der Leistungsauswahl erfasst werden müssen. Fälle mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind dabei nicht zu berücksichtigen, da hier zunächst kein Ambulantisierungspotenzial zu vermuten ist. Das geforderte jährlich zu erfassende vollstationäre Fallzahlvolumen wird ab dem Jahr 2028 auf 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 auf zwei Millionen erhöht. Bei ca. 17 Millionen vollstationären Behandlungsfällen pro Jahr (Niveau vor der Covid-19-Pandemie) würden damit ab 2026 ca. 6 %, ab 2028 ca. 9 % und ab 2030 ca. 12 % der vollstationären Fälle ambulantisiert.

Wie bei der Vergütungsvereinbarung gilt auch hier, dass die AOP-Vertragsparteien InEK und InBA zu beauftragen haben. Diese haben die Leistungsauswahl zu überprüfen und einen Vorschlag für deren Anpassung vorzulegen. Der Auftrag an die Institute kann auch die Beantwortung der grundlegenden Frage umfassen, wie eine Hybrid-DRG-Leistung zukünftig definiert sein sollte, insbesondere welche Ein- und Ausschlusskriterien hierbei heranzuziehen sind. Das Gesetz macht diesbezüglich nun lediglich die Vorgabe, dass Leistungen für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden sollen. Die Beauftragung der Institute hat jährlich bis zum 15. Februar zu erfolgen. Die Vereinbarung der AOP-Vertragsparteien über die Überprüfung und Anpassung ist auf Grundlage des Vorschlags der Institute dann bis zum 31. März eines Jahres zu treffen, mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres. Der Vereinbarung muss nachvollziehbar zu entnehmen sein, welches vormals vollstationäre Fallzahlvolumen mit den einzelnen ausgewählten Indikationen (Bündelungen von OPS-Kodes) jeweils erfasst wird. Fallzahlberechnungen der Institute sind in der Vereinbarung auszuweisen bzw. Abweichungen hiervon zu erläutern. Die Einhaltung der pflichtigen Fallzahlvorgaben muss durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörden überprüft werden können.

Zu Buchstabe d (§ 115f Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 115f Absatz 3 Satz 1 und 3)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in Absatz 4, der nun keine Rechtsverordnungskompetenz des BMG mehr vorsieht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem ersten angefügten Satz werden die Vorgaben zur Abrechnung der Hybrid-DRG dahingehend ergänzt, dass die AOP-Vertragsparteien das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die hierfür erforderlichen Vordrucke zu vereinbaren haben. Bereits im ersten Quartal 2024 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband für die Krankenhäuser sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband für die Vertragsärztinnen und -ärzte entsprechende Vereinbarungen geschlossen, um die in der Rechtsverordnung des BMG festgelegten Hybrid-DRG in der Praxis abrechenbar zu machen. Dies sollen die AOP-Vertragsparteien auch in Zukunft tun, wobei hier im Sinne einer sektorengleichen Vergütung einheitliche Verfahrensregelungen gelten sollen, soweit dies praktikabel und bürokratiearm umsetzbar ist.

Der zweite angefügte Satz führt eine Bereinigungsregelung für die Hybrid-DRG ein. Zwar dürfte der größte Teil der mit der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 abgegoltenen Leistungen auf das Kapitel 31 EBM (Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) entfallen und damit bereits zuvor außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet worden sein, allerdings können einzelne mit der Fallpauschale vergütete Leistungsbestandteile auch in fachärztlichen Grundpauschalen und EBM-Positionen des Labors enthalten sein, die wiederum Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Vor diesem Hintergrund ist, insbesondere da die Hybrid-DRG ab 2026 deutlich ausgebaut werden sollen, eine Bereinigung zur Vermeidung einer Doppelvergütung sachgerecht und durch den Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.

Zu Buchstabe e (§ 115f Absatz 4 und 5)

Absatz 4 sieht Regelungen für den Fall vor, dass die AOP-Vertragsparteien nicht den in den Absätzen 1, 1a und 2 vorgesehenen Aufgaben nachkommen.

Satz 1 sieht vor, dass das BMG die Beauftragung des InEK und InBA vornimmt, wenn diese nicht in der nach Absatz 1 Satz 7 (Vorschlag für Vergütung), Absatz 1a Satz 3 (Vorschlag für Kalkulationskonzept), Absatz 2 Satz 3 (Vorschlag für Leistungsauswahl) oder Absatz 5 Satz 1 (Evaluation) bestimmten Frist durch die AOP-Vertragsparteien beauftragt werden.

Satz 2 überträgt dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a Satz 5 die Festsetzungskompetenz für den Fall, dass eine Vereinbarung der AOP-Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 9 (Vergütung), Absatz 1a Satz 4 (Kalkulationskonzept) oder Absatz 2 Satz 1 (Leistungsauswahl) ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat die jeweilige Vereinbarung spätestens vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Frist festzusetzen.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss ist ein bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, etabliertes Schiedsgremium der Selbstverwaltung, das bereits mehrfach einberufen wurde und dem neben der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b mittlerweile auch weitere Themen zugewiesen wurden. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss wird einberufen, wenn im ergänzten Bewertungsausschuss eine übereinstimmende Beschlussfassung durch GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht oder teilweise nicht möglich war. In solchen Fällen wird der ergänzte Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Wird die für die Beschlussfassung im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss notwendige Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Zur Vorbereitung von Entscheidungen kann der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss auf beim ergänzten Bewertungsausschuss geschaffene Strukturen (Arbeitsausschuss, Arbeitsgruppen) zurückgreifen. Dazu zählt auch die Unterstützung durch das InBA, das auch die Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses wahrnimmt. Vor diesem Hintergrund ist eine Befassung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses mit dem Themenkomplex der Hybrid-DRG naheliegend, und – nicht zuletzt angesichts der Kurzfristigkeit der gegebenenfalls erforderlichen Schiedsentscheidung – einer Aufgabenübertragung an das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a vorzuziehen. Neben dem InBA wird auch das InEK verpflichtet, dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss zuzuarbeiten. Die kurzfristige Handlungsfähigkeit des Schiedsgremiums wird hierdurch unterstützt.

Auch private Krankenversicherungsunternehmen sind von der Vereinbarung der Hybrid-DRG betroffen, da in § 1 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG die Anwendung der Hybrid-DRG für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich bestimmt ist. Dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wird vor diesem Hintergrund ein Teilnahmerecht mit beratender Funktion an den Sitzungen des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Hybrid-DRG eingeräumt. Das Teilnahmerecht gilt ebenso für die Verhandlungen der AOP-Vertragsparteien zur Hybrid-DRG.

Satz 5 regelt den Fall, dass wider Erwarten auch der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss die Vereinbarungen zur Vergütung, zum Kalkulationskonzept oder zur Leistungsauswahl der Hybrid-DRG ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht festsetzt. In diesem Fall ist das BMG ermächtigt, die Vereinbarung festzulegen und kann hierfür auf die bereits gesetzlich geregelte Zuarbeit durch InEK, InBA, die einzelnen AOP-Vertragsparteien sowie den Bewertungsausschuss und den ergänzten Bewertungsausschuss zurückgreifen. Die Festsetzung erfolgt per Verwaltungsakt.

Die bestehende gesetzliche Regelung in Absatz 5 wird dahingehend angepasst, dass die regelmäßige Evaluation der Auswirkungen der Hybrid-DRG auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten zukünftig von InEK und InBA durchgeführt werden soll. Eine entsprechende Beauftragung der Institute hat bis zum 30. April 2025 durch die AOP-Vertragsparteien zu erfolgen. Der Evaluationsbericht der Institute ist dem BMG im Abstand von 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.

Zu Nummer 5 (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Neufassung werden die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie der sogenannten Sicherstellungskrankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ausgebaut.

Absatz 1 bleibt in der bisherigen Entwurfsfassung unverändert.

Absatz 2 sieht in der bisherigen Entwurfsfassung vor, dass der Zulassungsausschuss eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bei drohender Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen muss, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist. Aufgrund der nunmehr erweiterten Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist diese Regelung in der Neufassung nicht mehr enthalten.

Der bisherige Absatz 3 wird inhaltlich unverändert zu Absatz 2 und sieht damit weiterhin vor, dass der Zulassungsausschuss eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung auf Antrag zur hausärztlichen Versorgung zeitlich unbegrenzt ermächtigen muss, wenn in dem betreffenden Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 1 Satz 2) angeordnet sind.

Hiervon ausgehend ist in Absatz 3 nunmehr vorgesehen, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser auch zur fachärztlichen Versorgung zu ermächtigen sind, wenn in dem betreffenden Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe im Zeitpunkt der Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und auch in den darauf folgenden neun Monaten keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden. Im Sinne einer Sicherstellungsfrist erhält die zuständige Kassenärztliche Vereinigung damit die Gelegenheit, vorhandene Zulassungsmöglichkeiten mit den vorhandenen Sicherstellungsinstrumenten vorrangig durch den Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auszuschöpfen.

Abweichend von der Regelung zur Ermächtigung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung hat der Zulassungsausschuss eine nach Absatz 3 erteilte Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Überversorgung feststellt und infolgedessen eine Zulassungsbeschränkung anordnet.

In der Gesamtschau ist damit zum einen gewährleistet, dass eine ermächtigte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder ein ermächtigtes Sicherstellungskrankenhaus nicht in bereits Überversorgten Planungsbereichen an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt. Zum anderen ist gewährleistet, dass eine ermächtigte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder ein ermächtigtes Sicherstellungskrankenhaus aus der fachärztlichen Versorgung ausscheidet, wenn die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die bestehenden Zulassungsmöglichkeiten selbst ausschöpfen. Ergänzende Ermächtigungsmöglichkeiten ergeben sich für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser aus Absatz 1, der eine Ermächtigung bei bestehender Unterversorgung sowie bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf vorsieht, ohne, dass das Verstreichen einer Sicherstellungsfrist abzuwarten ist. Soweit die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder das Sicherstellungskrankenhaus demgegenüber eine dauerhafte Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beabsichtigt, besteht mit der Gründung von medizinischen Versorgungszentren nach wie vor die Möglichkeit, bedarfsgerecht und planungssicher an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Bei der Feststellung der Überversorgung wird der Versorgungsbeitrag der ermächtigten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und der ermächtigten Sicherstellungskrankenhäuser nicht berücksichtigt (§ 103 Absatz 1 Satz 1), sodass ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch nicht eine Zulassungsbeschränkung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auslösen kann. Die von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäusern auf der Grundlage der Ermächtigungen nach Absatz 3 erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 SGB V vergütet.

Die Berichterstattung über die Anwendung der Regelungen zur Ermächtigung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung erfolgt im Rahmen des Berichts nach § 115g Absatz 4, der einen gemeinsamen Bericht des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Auswirkungen der Leistungserbringung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen erstmals nach fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vorsieht. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur ist davon auszugehen, dass die Anwendung der Absätze 2 und 3 im Rah-

men des Berichts mit Informationen zur Quantität und Qualität des Versorgungsbeitrags der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie zu dessen Auswirkungen auf die Leistungserbringung durch die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einen besonderen Stellenwert einnimmt.

Zu Nummer 5a (§ 117a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Aufgrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, ist der Fokus auf die Kriegstüchtigkeit und Einsatzbereitschaft der Bundeswehr gerichtet worden. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden sowie im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau, wobei die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, um dies zu erreichen; hierzu ist der Zugang zur umfassenden, auch ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten unabdingbar.

Zum einen muss auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung erlernt werden, zum anderen muss es dem Personal des Sanitätsdienstes der Bundeswehr möglich sein, den Krankheitsverlauf von der Diagnostik über den stationären Aufenthalt bis zum Abschluss der ambulanten Nachbehandlung zu begleiten, um im Einsatz eigenständig jeden Behandlungsanteil durchführen zu können.

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die Regelung eine Öffnung der zugelassenen Bundeswehrkrankenhäuser für die ambulante ärztliche Behandlung der GKV-Versicherten. Die Bundeswehrkrankenhäuser sind zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, soweit dies für die Aufgabenwahrnehmung, d. h. die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des Sanitätspersonals erforderlich ist. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Ermächtigung der Hochschulambulanzen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Zugunsten einer weitgehenden Teilnahmemöglichkeit aller ambulanten Einrichtungen der Bundeswehrkrankenhäuser beinhaltet die Regelung eine weite Formulierung im Sinne eines medizinischen Zusammenhangs zu den Aufgaben des Sanitätsdienstes. Darüber hinaus haben sich die ermächtigten Bundeswehrkrankenhäuser auch hinsichtlich der Leistungsmengen auf den für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Umfang zu beschränken.

Die von den ermächtigten Bundeswehrkrankenhäusern nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 vergütet.

Zu Nummer 5b (§ 118b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach den Feststellungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den pädiatrischen Spezialdisziplinen nicht flächendeckend sichergestellt. Zwar existiert eine hohe Anzahl persönlicher Ermächtigungen. Diese werden von den Zulassungsausschüssen jedoch regelmäßig befristet und inhaltlich eingeschränkt, sodass die Kontinuität der Behandlung nicht in jedem Fall gewährleistet ist, etwa bei Abwesenheit der ermächtigten Ärztin oder des ermächtigten Arztes. Im Ergebnis empfiehlt die Regierungskommission die Einführung eines Ermächtigungstatbestands in Anlehnung an die Regelungen der §§ 118, 118a SGB V zur Ermächtigung psychiatrischer und geriatrischer Institutsambulanzen (vgl. Sechste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin, S. 7, abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_6_Paediatric.pdf).

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die Neuregelung in Nummer 5b eine gesetzliche Ermächtigung zugelassener Kinderkrankenhäuser und andere zugelassener Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten konservativen und operativen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf eine ambulante Krankenhausbehandlung angewiesen sind. Zur weiteren Umsetzung legen die Selbstverwaltungspartner innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes neben Vorgaben der Qualitätssicherung die Gruppe derjenigen Patienten und Patientinnen fest, die von den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nicht ausreichend versorgt werden können und deshalb der Be-

handlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz bedürfen. Eine etwaige Konfliktlösung erfolgt durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium. Ein Überweisungsvorbehalt ist angesichts der vertraglichen Festlegungen nicht erforderlich.

Zu Nummer 5c (§ 120 Absatz 1a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die von den pädiatrischen Institutsambulanzen nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 und Absatz 1a vergütet. Als Folge der gesetzlichen Ermächtigung mit erstmaligen Vorgaben der Selbstverwaltungspartner nach § 118b wird in der neuen Nummer 5c vorgesehen, dass der Überweisungsvorbehalt nach § 120 Absatz 1a Satz 1 für ambulante Leistungen der pädiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern entfällt.

Zu Nummer 7 (§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 135d Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 135d Absatz 2 Satz 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Änderung des § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 135d Absatz 2 Satz 3)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Änderung des § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Ergänzung des Satzes ist erforderlich für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und des Transparenzverzeichnisses.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 135d Absatz 2 Satz 6)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur Änderung des § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Zu Buchstabe b (§ 135d Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 135d Absatz 3 Satz 2)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des § 2a, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 135d Absatz 3 Satz 8)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Dreifachbuchstabe aaa (§ 135d Absatz 3 Satz 8 Nummer 1)

Wegen der Änderung in Dreifachbuchstabe bbb wird der Änderungsbefehl aus dem Gesetzentwurf zu Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb hier inhaltlich unverändert eingefügt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb (§ 135d Absatz 3 Satz 8 Nummer 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe h Krankenhausentgeltgesetz mit dem Medizinforschungsgesetz. Demnach werden die Informationen über die Notfallstufen von den Krankenhäusern künftig an das InEK und vom InEK an das IQTIG zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis übermittelt. Eine Übermittlung der Informationen über die Notfallstufen der Krankenhäuser an das IQTIG kann folglich nach Etablierung des neuen Datenübermittlungsweges entfallen.

Zu Buchstabe c (§ 135d Absatz 4 Satz 3)

Bereits mit dem am 28. März 2024 in Kraft getretenen Krankenhaustransparenzgesetz wurde eine Regelung zur Bestimmung von Fachkrankenhäusern eingeführt, die bei der Zuordnung zur Versorgungsstufe „Level F“ von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Einzelfall anzuwenden ist. Diese Regelung wird hier präzisiert. Danach sind Fachkrankenhäuser nur solche, die mindestens 80 vom Hundert der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der Leistungsgruppen Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“ und Nr. 14 „Allgemeine Chirurgie“ erbracht

haben. Die kardiologischen Leistungsgruppen Nr. 10 bis 13 werden dabei als eine Leistungsgruppe gewertet. In den Leistungsgruppen Nr. 1 und Nr. 14 kann keine Zuordnung als Fachkrankenhaus erfolgen.

Zu Nummer 8 (§135e und § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 135e Absatz 3 Satz 1 und 2

Das Bundesministerium für Gesundheit als Ordnungsgeber wird verpflichtet, im Vorfeld des Erlasses einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 zu begründen, wenn es inhaltlich von den Empfehlungen des Ausschusses nach Satz 1 abweicht. Der Ausschuss ist so besetzt, dass er seine Empfehlungen auf breiter Faktenkenntnis mit wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet. Daher ist es sachgerecht, ein Abweichen von diesen fachlich entwickelten Empfehlungen zu erläutern. Der Ordnungsgeber wird dadurch nicht in seiner Normsetzungskompetenz berührt.

Zu § 135e Absatz 3 Satz 7

Dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) wird die Möglichkeit gegeben, in beratender Funktion an den Sitzungen des Leistungsgruppenausschusses teilzunehmen. Dies erscheint insbesondere dann sachlich geboten, wenn über die konkrete Ausgestaltung von Qualitätskriterien beraten wird und der MD Bund Erfahrungen aus der Prüfpraxis und etwaige Konkretisierungserfordernisse in die Beratungen einbringen kann.

Zu § 135e Absatz 3 Satz 9 und 10

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist durch den Leistungsgruppenausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in die Beschlussfassung über die Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung einzubeziehen, damit diese auf einer möglichst breiten Faktenkenntnis basieren.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei der in Anlage 1 Nummer 42 genannten Leistungsgruppe „Geburten“ auch durch einen von Hebammen geführten Kreißsaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Zu § 135e Absatz 3 Satz 14

Zur Koordinierung der Aufgaben des in Satz 1 genannten Ausschusses bedarf es einer Geschäftsstelle. Diese wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet, weil er langjährige Erfahrung mit der neutralen Geschäftsstellentätigkeit zur Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidungsfindung in Gremien mit heterogener Besetzung hat. Die Geschäftsstelle erledigt die laufenden Geschäfte, hierzu gehört insbesondere die Organisation der Sitzungen des Ausschusses, die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen und der für die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses notwendigen Dokumente (einschließlich eines Entwurfs einer Geschäftsordnung). Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Aufgrund der Einrichtung der Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist der hierfür erforderliche Aufwand in den Haushalt des Gemeinsamen Bundesausschusses einzustellen.

Zu § 135e Absatz 4

Zu § 135e Absatz 4 Satz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 6

Um sicherzustellen, dass in dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung in der Tabellenspalte „Qualifikation“ sowohl die nach den aktuell geltenden als auch die nach den nicht mehr geltenden Weiterbildungsordnungen erworbenen Weiterbildungsbezeichnungen berücksichtigt werden, wird die Regelung um den Zusatz „oder einer vergleichbaren Bezeichnung“ ergänzt.

Zu § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7

Das Belegarztwesen soll dem Grunde nach durch die Regelungen des KHVVG nicht eingeschränkt werden. Durch die Streichung wird klargestellt, dass in allen Leistungsgruppen die Anforderungen an die personelle Ausstattung

auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Denn die belegärztliche Versorgung ist insbesondere in den Leistungsgruppen zielführend, in denen Leistungen vor allem elektiv erfolgen und ein niedriges komplexes Patientengut mit entsprechend geringer Verweildauer und relativen wenigen Schnittstellen zu anderen Leistungsgruppen gegeben ist (vgl. Krankenhausplan NRW 2022). Diese Anpassung ist auch sachgerecht, da insoweit nur der eng gefasste Kabinettentwurf an die Rechtslage in NRW und somit das zwischen Bund und Ländern geeinte Eckpunkt Papier angeglichen wird. Durch die Ergänzung, dass die in den Buchstaben a bis c festgelegten Kriterien entsprechend auch für Belegärzte gelten, wird sichergestellt, dass Belegärztinnen und -ärzte vollumfänglich und somit insbesondere auch hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit mit angestellten Ärzten gleichgestellt sind.

Zu § 135e Absatz 3 Satz 3

Um der besonderen Spezialisierung von Fachkrankenhäusern Rechnung zu tragen, wird die Möglichkeit, Qualitätskriterien in Kooperation und Verbünden mit anderen Krankenhäusern und Leistungserbringern zu erfüllen, für die von den Ländern dem „Level F“ zugeordneten Fachkrankenhäuser erweitert. Durch die Streichung des Kriteriums „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ wird der besonderen Rolle der Fachkrankenhäuser für die Patientenversorgung Rechnung getragen.

Zu § 135e Absatz 3

Da die Schlaganfallversorgung nicht in allen Bundesländern flächendeckend über Stroke Units an Neurologischen Kliniken sichergestellt werden kann, wird in begründeten Fällen die Möglichkeit einer Erfüllung der in Anlage 1 genannten Qualitätskriterien durch telemedizinische Kooperationen mit einem anderen Krankenhausstandort, der über eine Stroke Unit verfügt, geschaffen. Die Anwendung dieser Ausnahme kann begründet sein, wenn ein anderer Krankenhausstandort, an dem die Leistungsgruppe Stroke Unit erbracht wird, für einen erheblichen Teil der Bevölkerung eines Einzugsgebietes nicht innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten zu erreichen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt im Rahmen der Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Leistungsgruppe Stroke Unit an einem bestimmten Krankenhausstandort mit, ob ein entsprechend begründeter Ausnahmefall anzunehmen ist.

Die Regelung stellt sicher, dass Fachärzte für Notfallmedizin, sofern diese in den Ländern eingeführt werden oder durch Anerkennung ausländischer Fachärzte Berücksichtigung finden, gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingesetzt beziehungsweise für die Erfüllung der Qualitätskriterien der in der Anlage 1 in der Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ maßgeblichen Qualitätskriterien berücksichtigt werden können.

Zu § 135f

Zu § 135f Absatz 2 Satz 5 und 6

Für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen gibt es bisher kein nationales oder internationales Vorbild. Mit der Ergänzung des Absatzes 2 wird angeordnet, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in einem ersten Schritt zunächst eine wissenschaftlich fundierte Methodik entwickelt und hierzu ein offenes Stellungnahmeverfahren sowie Pilotbewertungen durchzuführen hat, um eine fundierte und wissenschaftlich akzeptierte Festlegung von Mindestvorhaltezahlen gewährleisten zu können. Bei der Methodenentwicklung sind die Stellungnahmen der Sachverständigen und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen einzubeziehen.

Zu § 135f Absatz 5

Es wird normiert, dass die Erbringung von wenigen Leistungen aus einer Leistungsgruppe einen Hinweis auf bloße Gelegenheitsversorgung geben kann und künftig im Rahmen der Neuausrichtung der Krankenhausplanung einen zu geringen quantitativen Versorgungsanteil darstellen könnte. Für den Zeitraum bis zur Einführung der Mindestvorhaltezahlen dient diese reine Informationsquelle als sog. Interimsinstrument. Durch die Befristung für die Dauer der budgetneutralen Phase bis Ende 2026 entfaltet die Regelung weder vergütungsrechtliche noch unmittelbar krankhausplanerische Wirkung. Sie hat ausschließlich informatorischen Charakter und soll die Planungsbehörden und Krankenhäuser bei der Neuausrichtung der künftigen Krankenhausplanung unterstützen.

Zu Nummer 9a (§ 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Für hebammengeleitete Kreißsäle in Krankenhäusern bedarf es verbindlicher Vorgaben von Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung. Daher wird der Gemeinsame Bundesausschuss

verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in solchen Kreißsälen festzulegen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann sich dabei an bereits vorhandenen Vorarbeiten (wie von Hebammen und Ärzteschaft erarbeiteten Kriterienkatalogen oder Ergebnissen durchgeführter Forschungsvorhaben) orientieren. Die Regelung greift damit die Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf, den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle an Kliniken zu stärken sowie eine entsprechende Empfehlung des Aktionsplans der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“. Den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene wird ein Beteiligungsrecht eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den und unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll anschließend geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Geburten durch einen von Hebammen geführten Kreißsaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Zu Nummer 10 (§ 136c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe b (§ 136c Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 136c Absatz 3 Satz 3)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. Dezember 2025 zu prüfen, inwieweit aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen Anpassungen der derzeitigen bundeseinheitlichen Vorgaben notwendig sind. Dabei ist insbesondere zu überprüfen, inwieweit die Vorgabe der aktuell geltenden Regelungen für die Sicherstellungszuschläge, dass an dem jeweiligen Krankenhausstandort die Anforderungen der Basisnotfallstufe erfüllt sein müssen, weiterhin sachgerecht und erforderlich sind.

Zu Doppelbuchstabe bb (136c Absatz 3 Satz 7)

Belegärztliche Leistungen können künftig für die personelle Ausstattung als Qualitätskriterium einer Leistungsgruppe berücksichtigt werden (§ 135e Absatz 4 Satz 3 Nummer 7 Buchstabe d SGB V-E). Die Anforderungen an die personelle Ausstattung können auch durch Belegärztinnen und Belegärzte erfüllt werden. Die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) vom 24. November 2016, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, sehen für die Erfüllung der Voraussetzungen einer notwendigen Vorhaltung vor, dass den entsprechenden Fachabteilungen angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses zugeordnet sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor diesem Hintergrund fristgebunden zu prüfen, inwieweit die Sicherstellungszuschläge-Regelungen anzupassen sind, um die Erfüllung der Voraussetzungen einer notwendigen Vorhaltung auch bei einer belegärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

Zu Nummer 11a (§ 137i Absatz 4a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Nummer 11b (§ 137j Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Nummer 11c (§137k Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Am 1. Juli 2024 ist die Pflegepersonalbemessungsverordnung (BGBI. I Nr. 188 vom 14.06.2024) in Kraft getreten. Damit werden die Krankenhäuser zur Ermittlung ihres Pflegepersonalbedarfes nach den Grundsätzen der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und zur Übermittlung der Daten zu Ist- und Soll-Personalausstattung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet. Auf der Grundlage dieser Daten soll das Bundesministerium für Gesundheit weitere Schritte zur Einführung der Pflegepersonalbemessung durch Verordnung im-

plementieren, u. a. die Festlegung von verbindlich einzuhaltenden Erfüllungsgraden hinsichtlich der Personalausstattung. Um die Entwicklungen der Datenlage engmaschiger beobachten zu können, sind jedoch häufigere Datenübermittlungen an das Bundesministerium für Gesundheit nötig, als die im Gesetz ursprünglich angelegte jährliche Übermittlung. Um den Prozess möglichst flexibel zu gestalten und in der jeweiligen Phase des Implementierungsprozesses entsprechend reagieren zu können, soll eine Datenübermittlung nach Aufforderung des BMG erfolgen. Da die derzeit in der Verordnung angelegten Datenübermittlungsintervalle ein Quartal betragen, ist davon auszugehen, dass diese Aufforderung zunächst nach jedem Quartal erfolgen wird.

Zu Nummer 11d (§ 137m und § 137n des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 137m

Eine angemessene Personalausstattung mit ärztlichem Personal spielt sowohl für die Qualität der Behandlung im Krankenhaus als auch für den Schutz des Personals selbst vor Überlastung und eine nachhaltige Nutzung der Personalressourcen eine zentrale Rolle. Nach Angaben der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes ist die Anzahl der Arbeitsstunden des ärztlichen Personals im Krankenhaus sehr hoch und überschreitet teilweise die Grenzen des Arbeitszeitgesetzes. Nach einer Befragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2022 (Online Befragung, 8463 gültige Antworten) liegt die tatsächliche Wochenarbeitszeit inklusive aller Dienst und Überstunden im Mittel deutlich über 50 Stunden. Ein Fünftel der Befragten hat eine wöchentliche Arbeitszeit von 60 Stunden und mehr. Angestellte Ärztinnen und Ärzte leisten im Schnitt rund 6,2 Überstunden pro Woche, 19 % der Befragten geben an, wöchentlich 10 bis 19 Überstunden zu leisten (MB-Monitor 2022, Zusammenfassung der Ergebnisse, abrufbar unter: www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/3%20-%20MB-Monitor%202022_Zusammenfassung_Ergebnisse_0.pdf). 40 % der Befragten beurteilen ihre Arbeitsbedingung als mittelmäßig, 21 % als schlecht. 66 % beurteilen die personelle Besetzung im ärztlichen Dienst in ihrer Einrichtung als eher schlecht oder schlecht. (Gesamtauswertung MB-Monitor 2022: www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/4%20-%20Gesamtauswertung%20MB%20Monitor%202022%20-%20Grafische%20Darstellung_0.pdf).

In der Begründung zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes wurde die Erfüllung von Anforderungen der Personalbemessungssysteme für die Ärzteschaft (z. B. das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer) als eines der möglichen Kriterien bei der Zuweisung von Leistungsgruppen genannt.

Um langfristig gute Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal zu erreichen, die Patientensicherheit zu fördern sowie das Niveau der Ausstattung mit ärztlichem Personal als Qualitätskriterium z. B. in dem o.g. Zusammenhang nutzen zu können, ist es notwendig, eine objektive und transparente Grundlage für die Ermittlung des Bedarfes an ärztlichem Personal zu schaffen. Um das zu erreichen, muss ein Personalbemessungsinstrument für das ärztliche Personal implementiert werden, welches realistisch den Personalbedarf für die im Arbeitsalltag der Krankenhausärzte anfallenden Aufgaben und Pflichten abbildet. Dieses muss für einen flächendeckenden Einsatz in allen Typen von Krankenhäusern sowie in verschiedenen Fachabteilungen geeignet sein und standardisierte und vergleichbare Daten liefern können.

Die vorliegende Regelung schafft Voraussetzungen für eine verbindliche Anwendung einer Personalbemessung für das ärztliche Personal.

Die Regelung ist in Anlehnung an § 137k SGB V und das bewährte Vorgehen bei der Einführung der Personalbemessung für Pflegekräfte konzipiert.

Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus vorzuhalten. Zum Zwecke der Ermittlung des Personalbedarfes und der sich daraus ergebenden Zahl der Ärztinnen und Ärzte (umgerechnet in Vollzeitäquivalente) sollen alle Krankenhäuser ein standardisiertes System anwenden. In Frage kommt hier als Personalbemessungssystem z. B. das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK). ÄPS-BÄK bildet die in verschiedenen Abteilungen anfallenden ärztlichen Aufgaben und Pflichten ab. Auf dieser Basis kann der Personalbedarf und die Zahl der in der konkreten Abteilung benötigten ärztlichen Vollzeitäquivalente kalkuliert werden. Für die Feststellung, inwiefern die aktuelle Personalausstattung eines Krankenhauses dem ermittelten Soll entspricht, werden auch Daten zur Anzahl der aktuell vorhandenen Ärzte erhoben (Ist-Personalausstattung). Um doppelte Datenübermittlung zu vermeiden, sollen hier die nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes erhobenen Daten verwendet werden. Daher entfällt die Pflicht zur Datenübermittlung, sofern die Daten durch das Krankenhaus bereits nach § 21 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt worden sind.

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Anzahl der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte schrittweise an die nach Satz 2 Nummer 2 und 3 ermittelte Soll-Personalbesetzung anzupassen, sofern sie hinter dieser zurückliegt.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit Angaben zur ermittelten Ist- und Soll-Personalbesetzung im Hinblick auf Ärzte in den Krankenhäusern.

Diese in Absatz 1 angelegten Verpflichtungen bedürfen einer Konkretisierung durch eine Verordnung nach Absatz 3.

Bevor ein System jedoch flächendeckend durch eine Verordnung nach Absatz 3 eingeführt wird, muss eine unabhängige wissenschaftliche Erprobung stattfinden. Daher ist in Absatz 2 vorgesehen, dass das Bundesministerium für Gesundheit bis 31. März 2025 eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen bzw. eine Sachverständige mit der Durchführung einer solchen Erprobung beauftragen soll. Welches Instrument oder Ansatz erprobt werden soll, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit der Bundesärztekammer. Damit wird sichergestellt, dass bereits existierende Ansätze sowie Erfahrungen aus der Praxis in dem Prozess eine angemessene Berücksichtigung finden können. Das detaillierte Konzept dieser Erprobung wird in Abstimmung zwischen dem Auftragnehmer und dem Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet, das Ziel ist, insbesondere solche Aspekte zu untersuchen, wie die Tauglichkeit des Instrumentes für eine bundesweite und verbindliche Einführung unter allen relevanten Aspekten, dazu gehören u. a. die Einsetzbarkeit in verschiedenen Arten von Fachabteilungen und Krankenhäusern, die Qualität der anhand des Instrumentes erhobenen Daten und ihre bundesweite Vergleichbarkeit, sowie der Einführungs- und Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser sowie Möglichkeiten seiner Reduzierung durch digitalisierte Anwendungen. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob die aus der Anwendung des Personalbemessungsinstrumentes gewonnenen Erkenntnisse geeignet sind, als Qualitätskriterium herangezogen zu werden, insbesondere im Prozess der Vergabe von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser. Die Erprobung ist in einer repräsentativen Auswahl der Krankenhäuser durchzuführen, die anzuwendenden Repräsentativitätskriterien sind durch den Auftragnehmer im Rahmen seines Konzeptes vorzuschlagen und mit dem Bundesministerium abzustimmen. Die Krankenhäuser, die in die Stichprobe eingeschlossen wurden, sind verpflichtet, dem Auftragnehmer die unter den Nummern 1 und 2 aufgelisteten Daten zu übermitteln. Es handelt sich hier um Daten, die einen Vergleich der vorhandenen Ist-Personalbesetzung und der anhand des erprobten Instrumentes errechneten Soll-Personalbesetzung ermöglichen. Auch hier muss keine gesonderte Übermittlung der Ist-Personaldaten erfolgen, wenn diese bereits nach § 21 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt worden sind. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, sich sonst an der Erprobung aktiv zu beteiligen, z. B. im Rahmen von durch den Auftragnehmer durchzuführenden Befragungen o.ä. Dies wird mit der Verpflichtung des InEK flankiert, dem Auftragnehmer die erhobenen Ist-Personaldaten zum Zwecke der Erprobung zu überlassen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags den Abschlussbericht mit den Ergebnissen der Erprobung vorzulegen. Die Ergebnisse der Erprobung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.

In Absatz 3 wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Verordnung zur verbindlichen Einführung eines Personalbemessungssystems für das ärztliche Personal ausgestaltet. Wenn die Erprobung nach Absatz 2 ergeben hat, dass das erprobte Instrument für eine flächendeckende Einführung geeignet ist, kann das Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage des Absatzes 3 eine entsprechende Verordnung erlassen. In dieser Verordnung wird dann die Systematik der anzuwendenden Personalbemessung sowie die notwendigen Datenübermittlungen hinsichtlich der Ist- und Soll-Personalbesetzung verankert. Des Weiteren können Regelungen zu Nachweispflichten sowie zur Auswertung der erhobenen Daten getroffen werden. Auch hier sollen keine doppelten Datenübermittlungen stattfinden, sofern die bereits nach § 21 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten genutzt werden können. Für den Erlass der Verordnung bedarf es der Zustimmung des Bundesrates.

Im Absatz 4 wird klargestellt, dass die Regelung keinen Einfluss auf die Geltung von etwaigen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung haben soll.

Hinsichtlich der Finanzierung der zur Erfüllung der sich aus dieser Vorschrift ergebenden Aufgaben des InEK wird im Absatz 5 auf § 137k Absatz 7 verwiesen.

Zu § 137n

Für die Berufsgruppe der Pflegekräfte wurde bereits mit dem Krankenpflegeentlastungsgesetz im § 137k SGB V der Prozess der Implementierung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes angestoßen. Für das ärztliche Personal soll dies mit dem § 137m SGB V passieren. In Krankenhäusern sind jedoch noch einige andere Berufsgruppen tätig (u. a. Hebammen, Physiotherapeuten, Anästhesie- und Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten), für die bisher keine einheitliche Personalbemessung vorgesehen ist. Dabei gibt es zwischen verschiedenen Berufsgruppen teilweise Überschneidungen (z. B. zwischen Pflegepersonal und Hebammen), die zu unerwünschten Verschiebungseffekten führen können, falls nur für eine dieser Berufsgruppen verbindliche Personalvorgaben existieren.

Um die Notwendigkeit der Entwicklung und Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere Berufsgruppen im Krankenhaus zu untersuchen, soll eine Kommission gegründet werden. Diese soll von den Selbstverwaltungsparteien bis zum 30. September 2025 nach Vorgaben des § 137n SGB V eingerichtet werden. Zur Koordinierung der Arbeit dieser Kommission richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine entsprechende Geschäftsstelle ein.

In Absatz 2 wird die Zusammensetzung der Kommission definiert. Angestrebt wird hier eine ausgewogene Besetzung zum einen aus dem Kreis der Selbstverwaltung und zum anderen aus der Praxis und Wissenschaft. Die Mitglieder werden von den Selbstverwaltungspartnern ausgewählt und berufen, für die Berufung bedarf es der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Dies ist deshalb notwendig, da die Arbeitsergebnisse der Kommission als Grundlage für künftige Regelungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit dienen sollen, sodass nur Mitglieder berufen werden soll, deren Qualifikationen und Erfahrung zu diesem Ziel beitragen können. Die Mitglieder werden für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Da es um Prüfung der Personalbemessung in verschiedenen Berufsgruppen gehen soll, muss sichergestellt werden, dass die jeweils vor dem Hintergrund ihrer Kompetenzen geeigneten Personen herangezogen werden. Daher soll es in der Kommission jeweils drei Vertreter jeder der relevanten Berufsgruppen geben.

In Absatz 3 werden die Themen definiert, zu welchen die Kommission Empfehlungen und Lösungsvorschläge erarbeiten soll. Es soll vor allem geprüft werden, in welchen Berufsgruppen, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, Bedarf an der Einführung einer verbindlichen Personalbemessung besteht und wie diese aussehen könnte. Insbesondere sind hier die ggf. bereits in Deutschland oder international vorliegenden Ansätze zu berücksichtigen. Zu den Berufsgruppen, die aufgrund ihrer Überschneidungen mit dem Pflegepersonal hier besonders im Fokus stehen könnten, gehören nach bisherigen Erfahrungen im Rahmen der Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Darüber hinaus soll die Kommission Wechselwirkungen mit den bereits vorhandenen oder geplanten Personalbemessungsinstrumenten (PPR 2.0, Pflegepersonalbemessung auf Intensivstationen, ärztliche Personalbemessung) in den Blick nehmen und den jeweils zu erwartenden Einführungsaufwand und Digitalisierungsvoraussetzungen, die für die Umsetzung der Personalbemessung notwendig sind, untersuchen.

Die konkrete Arbeitsweise der Kommission soll durch die Selbstverwaltungspartner festgelegt werden (Absatz 4). Sie sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein entsprechendes Konzept zur Genehmigung vorzulegen. In dem Konzept ist u. a. zu skizzieren, mit welchen Berufsgruppen mit welchem Zeitplan die Befassung stattfinden soll und was die angestrebten Meilensteine und Ergebnisse sind. Darüber hinaus haben die Selbstverwaltungspartner für die Kommission eine Geschäftsordnung zu formulieren.

Zu Nummer 14 (§ 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 275a Absatz 1 Satz 3 bis 5**

Prüfungen erfolgen nicht mehr vorrangig im schriftlichen Verfahren. Prüfungen erfolgen als Prüfungen im schriftlichen Verfahren, als Vor-Ort-Prüfung oder in einem kombinierten Verfahren (Satz 3 neu). Die bisherigen Sätze 4 und 5 sind redaktionell anzupassen. Entscheidet der MD nach pflichtgemäßem Ermessen, dass eine Vor-Ort-Prüfung oder eine kombinierte Prüfung erforderlich ist, meldet er diese an (Satz 4 neu). Bei Prüfungen der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind auch unangemeldete Prüfungen zulässig, soweit dies für die Aussagekraft der Prüfungen erforderlich ist (Satz 5 neu).

Zu § 275a Absatz 1 Satz 6

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass der Medizinische Dienst auch Erkenntnisse und Nachweise aus Prüfungen für die nach Satz 1 vorgesehenen Prüfungen verwenden kann, die aus Prüfungen vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes resultieren.

Zu § 275a Absatz 1 Satz 7 und 8

Mit der Änderung prüft der zuständige Medizinische Dienst im Rahmen seiner Prüfung im Einzelfall, ob ein vorliegendes Zertifikat als Nachweis über die Erfüllung von Qualitätskriterien anerkannt wird.

Für die Prüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen wird klargestellt, dass diese auf der Grundlage der durch die Krankenhäuser vorzulegenden Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers vorzunehmen ist.

Zu § 275a Absatz 2 Satz 3

Mit der Änderung wird konkretisiert, in welchen Fällen die beauftragenden Stellen insbesondere jederzeit Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien beauftragen können. Ein Bedarfsfall besteht insbesondere bei Hinweisen, dass Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien gemeldet hat oder eine Nachprüfung erforderlich sein kann, weil ein Krankenhaus ein Qualitätskriterium im Rahmen der erstmaligen Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht erfüllt hatte. Sofern Leistungsgruppen neu zugewiesen werden müssen (beispielsweise wegen der Schließung eines Krankenhauses bzw. Standorts), ist gemäß Satz 1 ohnehin ein Gutachten zu beauftragen.

Zu § 275a Absatz 2 Satz 6

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zur Gegenäußerung des Bundesrats eine Prüfung zugesagt. Der Vorschlag der Länder, die Klärung mit dem zuständigen Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfung der Erfüllung von Qualitätskriterien nicht auf offensichtliche Unstimmigkeiten und Unklarheiten zu beschränken und die Prüffrist entsprechend auf einen Monat zu verlängern, wird umgesetzt.

Zu Nummer 15 (§ 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Buchstabe a (§ 275c Absatz 3)****Zu den Doppelbuchstaben aa und bb (§ 275c Absatz 3 Satz 2, 7 und 8)**

Durch die Regelung wird der bisherige prozentuale und von der Prüfquote abhängige Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen umgewandelt in einen pauschalen Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen. Der Aufschlag ist weiterhin nur von den Krankenhäusern zu zahlen, bei denen der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent in dem betreffenden Quartal liegt. Die Höhe des pauschalen Aufschlags beträgt 400 Euro. Durch die pauschale Festlegung werden aufwändige Berechnungen der konkreten Aufschlagshöhe, die aufgrund der Anknüpfung an die Prüfquote bislang erforderlich waren, vermieden und zudem wird das Streitpotenzial zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, welches in der Vergangenheit vermehrt zu Rechtsstreitigkeiten geführt hat, gesenkt. Zur Vermeidung von Unsicherheiten und Streitigkeiten hinsichtlich der zeitlichen Anwendung des pauschalen Aufschlags wird geregelt, dass dieser ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes anzuwenden ist und damit den bisherigen prozentualen und von der Prüfquote abhängigen Aufschlag, welcher bis zum Tag der Verkündung des Gesetzes anzuwenden ist, ersetzt.

Aufgrund von Streitigkeiten auf der Ortsebene, welches Quartal für die Erhebung eines Aufschlags maßgeblich ist, erfolgt mit dem neuen Satz die Klarstellung, dass das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung durch die Krankenkasse maßgeblich ist. Von dem maßgeblichen Quartal leitet sich dann auch die maßgebliche quartalsbezogene Prüfquote ab. Der sachliche Anknüpfungspunkt für die Geltendmachung des Aufschlags ist die Beanstandung durch den Medizinischen Dienst nach Abschluss dessen Prüfung. Die Beanstandung des Medizinischen Dienstes wird jedoch erst mit dem Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkassen über die Abrechnungsminderung gegenüber dem Krankenhaus wirksam, da erst damit das Krankenhaus Kenntnis darüber erlangt, inwieweit es zur Rückzahlung sowie zur Zahlung von Aufschlägen verpflichtet ist. Zur Vermeidung von Unsicherheiten und Streitigkeiten hinsichtlich der zeitlichen Anwendung der Zuordnungsregel (maßgebliches Quartal für die Erhebung eines Aufschlags) wird geregelt, dass diese ebenso wie der pauschale Aufschlag ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes anzuwenden ist. Das bedeutet, dass der pauschale Aufschlag auf beanstandete

Abrechnungen Anwendung findet, deren Prüfung mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes abgeschlossen wird.

Zu Buchstabe b (§ 275c Absatz 6)

Die Doppelbuchstaben aa und bb entsprechen den bisherigen Buchstaben a und b.

Der bisherige Buchstabe c entfällt aufgrund der Streichung der Stichprobenprüfung nach § 17c Absatz 1a KHG.

Zu Nummer 21 (§ 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a (§ 283 Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 283 Absatz 2 Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3)

Die Änderung gibt eine Verlängerung der Prüfintervalle bei den Strukturprüfungen vor und stellt damit einen weiteren wichtigen Baustein zur Bürokratieentlastung dar. Bisher legt der Medizinische Dienst Bund in der Strukturprüfungsrichtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (StrOPS-RL) die fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung fest. Der Zeitabstand bzw. die Geltungsdauer der Bescheinigung beträgt nach der StrOPS-RL grundsätzlich zwei Jahre und in besonderen medizinischen Bereichen mit erhöhten Anforderungen ein Jahr. Eine gesetzgeberische Vorgabe des fachlich erforderlichen Zeitabstandes von in der Regel drei Jahren führt damit zu einer deutlichen Entlastung von Krankenhäusern und Medizinischen Diensten. Die Verlängerung ist vor dem Hintergrund der Prüfergebnisse der 2021 eingeführten Strukturprüfungen verhältnismäßig, nach denen im Jahr 2021 in 90,7 % der Fälle, im Jahr 2022 in 92,5 % der Fälle und im Jahr 2023 in 97,5 % der Fälle die Strukturmerkmale eingehalten wurden.

Die regelhafte Vorgabe der Dauer der Prüfintervalle von drei Jahren belässt dem Medizinischen Dienst Bund die Möglichkeit, auch künftig beispielsweise für besondere medizinische Bereiche mit erhöhten Anforderungen abweichende Zeitabstände vorzusehen. Ebenso gewährleistet die regelhafte Vorgabe der Dauer der Prüfintervalle von drei Jahren, dass der Medizinische Dienst Bund zum Zwecke der Vereinheitlichung und Harmonisierung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V für die Dauer einer Übergangsphase zunächst abweichende Zeitabstände vorsehen kann. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Nachweis der Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Qualitätskriterien. Dieser wird nach § 6a Absatz 2 Satz 2 KHG durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei – und nach § 6a Absatz 2 Satz 3 KHG perspektivisch nicht länger als drei – Jahre zurückliegen darf. Eine entsprechende Regelung gilt für Vertragskrankenhäuser.

Zu den Dreifachbuchstaben bbb und ccc (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 und 9)

Es erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung durch Anfügung der Nummer 10.

Zu Dreifachbuchstabe ddd (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10)

Mit Anfügung der Nummer 10 in Satz 1 wird dem Medizinischen Dienst Bund Richtlinienkompetenz, für die ihm in Absatz 1 Satz 1 zugewiesene Aufgaben der Koordination und Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen eingeräumt. Die Ergänzung erfolgt mit dem Ziel die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander zu stärken und so die fachliche Qualität der Entscheidungen der Medizinischen Dienste weiter zu steigern. Die Richtlinien sollen weiterhin insbesondere die Einheitlichkeit der Umsetzung der Fachaufgaben in den Medizinischen Diensten fördern. Mit der Ergänzung wird der Medizinische Dienst Bund u. a. dazu berechtigt, einrichtungsübergreifende Gremien der Medizinischen Dienste einzurichten und diesen Zuständigkeiten und Aufgaben zuzuweisen. Dabei soll der Medizinische Dienst Bund insbesondere die Erforderlichkeit der Fortführung von Gremien leitender Ärztinnen und Ärzte sowie der Etablierung von Gremien leitender Pflegefachpersonen prüfen und gegebenenfalls normieren sowie erforderlichenfalls Regelungen zur Zusammenarbeit sowie zur Form der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gremien treffen. Teil dieser Regelungen sollten auch Vorgaben zur Verantwortlichkeit für konkrete Themen und Sachverhalte sein.

Zu Nummer 21a (§ 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung des § 293 Absatz 6 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition des Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird. Gleiches gilt für den neuen Satz 6, der vorsieht, dass Flächenstandorte nach § 2a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen sind.

Der neue Satz 12 wird aufgehoben, da die Beauftragung zur Führung des Standortverzeichnisses und die Vereinbarung des Näheren über das Verzeichnis fristgemäß zustande gekommen sind und die Regelung daher nicht mehr erforderlich ist.

Zu Nummer 22a (§ 301 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Neufassung des Absatzes 3 wird den Vertragspartnern ergänzend aufgegeben, Fachabteilungen bundeseinheitlich zu bestimmen. Eine bundeseinheitliche Bestimmung von Fachabteilungen wird mit Einführung von Leistungsgruppen, für die eine Vorhaltevergütung geleistet wird, erforderlich. Nach § 21 Absatz 3c Satz 1 KHEntgG erarbeitet das InEK Vorgaben u. a. für die Zuordnung der Behandlungsfälle der Krankenhäuser zu den Leistungsgruppen. Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet. Die Vertragsparteien können hierfür einen Vorschlag des InEK einholen. Kommt eine Vereinbarung nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG über die in Satz 1 genannten Gegenstände.

Zu Nummer 24 (§ 427 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 427 Satz 1**

Mit der Änderung wird § 427 im Interesse einer umfassenden Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ergänzt. Die Vorschrift wird um zwei Evaluationsberichte erweitert. Zugleich werden die zeitlichen Abstände der Evaluation angepasst. Um die Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes möglichst frühzeitig zu untersuchen, sollen die ersten beiden Berichte in einem Abstand von zwei Jahren vorgelegt werden. Danach soll die Evaluation in einem dreijährigen Abstand erfolgen.

Zu § 427 Satz 1 Nummer 2

Mit der Änderung wird der Gegenstand der Evaluation ergänzt. Danach sollen auch die Auswirkungen der nach § 135f Absatz 1 Satz 1 für die Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhaltezahlen evaluiert werden. Untersucht werden soll insbesondere, ob die mit der Einführung der Mindestvorhaltezahlen bezweckte Qualitätssteigerung der Krankenhausbehandlung erreicht wurde und wie sich die Mindestvorhaltezahlen auf die Versorgungssituation der Patienten auswirkt, etwa auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten. Hierzu kann auch untersucht werden, wie häufig und für welche Leistungsgruppen die zuständigen Landesbehörden Leistungsverlagerungen nach § 135f Absatz 1 Satz 2 festgelegt haben. Die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen ist grundsätzlich Voraussetzung für den Erhalt eines Vorhaltebudgets durch ein Krankenhaus. Die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung wird gemäß § 17b Absatz 4c KHG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) evaluiert. Das InEK soll auf der Basis der Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorlegen.

Zu § 427 Satz 1 Nummer 3 und 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe b.

Zu § 427 Satz 2 und 3

Mit der Änderung wird die Vorlage eines zusätzlichen Evaluationsberichts durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege nach § 142 Absatz 1 Satz 1 geregelt. Hierdurch sollen die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz geschaffenen Rechtsänderungen auch durch ein wissenschaftliches Gremium untersucht werden. Der Evaluationsbericht soll die in Satz 1 genannten Gegenstände umfassen. Durch den entsprechenden Verweis auf die Übermittlungspflicht in Satz 2 wird sichergestellt, dass der Sachverständigenrat die für seinen Bericht erforderlichen Daten erhält.

Zu Nummer 25 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Leistungsgruppe Nummer 1**

Um die breite internistische Qualifikation der Krankenhäuser abzubilden, wird die Qualifikation der FA in der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin auf FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin ausgeweitet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 3

In der Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie wird das Erfordernis des Vorhaltens der LG Komplexe Pneumologie an dem Standort gestrichen, da es keinen fachlichen Mehrwert bieten, sondern in Kombination lediglich an Universitätskliniken möglich sein sollte.

Kooperationen mit den LG Komplexe Gastroenterologie und LG Interventionelle Kardiologie sind fachlich nicht zwingend erforderlich, sodass dieses Qualitätskriterium gestrichen wird.

Zum Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“

In der Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie wird das Erfordernis des Vorhaltens der LG Komplexe Pneumologie an dem Standort gestrichen, da es keinen fachlichen Mehrwert bieten, sondern in Kombination lediglich an Universitätskliniken möglich sein sollte.

Kooperationen mit den LG Komplexe Gastroenterologie und LG Interventionelle Kardiologie sind fachlich nicht zwingend erforderlich, sodass dieses Qualitätskriterium gestrichen wird.

Zum Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“

In der Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie ist eine Ausweitung des Zugangs zu einem mikrobiologischen Labor von 12 Stunden täglich auf 24 Stunden sachlich geboten, denn es führt zu einer verbesserten Qualität der Patientenversorgung in der Leistungsgruppe Infektiologie.

Zum Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“

Die Qualifikationen sind in allen LG immer alternativ zu verstehen. Der Klarstellung halber wird in die Spalte Qualifikation das Wort „oder“ zwischen den Qualifikationen der FA eingefügt.

Zum Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“

Die Qualitätskriterien zu der personellen Verfügbarkeit werden dahingehend ergänzt, dass immer mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie anwesend sein muss, da ansonsten die Versorgungsqualität nicht hinreichend sichergestellt ist. Die Regelung sieht vor, dass von den vier FA mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie sein muss. Die weiteren FA können entweder FA Innere Medizin und Infektiologie sein oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie, von denen wiederum einer mindestens den FA Innere Medizin vorweisen muss.

Zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozesskriterien“

Krankenhausapotheken tragen bei der stationären Arzneimitteltherapie wesentlich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in den Kliniken bei. Für die Leistungsgruppe Infektiologie ist daher eine Ergänzung der personellen Mindestanforderung um Fachapotheker oder Fachapothekerinnen mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie und/oder ABS-fortgebildete Apotheker und Apothekerinnen geboten.

Da die Systematik der Anlage 1 vorsieht, dass im Bereich personelle Ausstattung ausschließlich die Anforderungen an die Vorhaltung von ärztlichem Personal normiert werden, erfolgt die Aufnahme der weiteren Anforderung im Bereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“. Weiterhin wird klargestellt werden, dass die Anforderung von entsprechenden Apothekerinnen und Apothekern auf Station, in der Krankenhausapotheke und/oder in krankenhausversorgenden Apotheken erfüllt werden kann.

Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie setzt bislang die Vorhaltung einer HIV-Ambulanz mindestens in Kooperation voraus. Um der Weite der LG Infektiologie Rechnung zu tragen wird der Begriff HIV- Ambulanz durch Einrichtungen der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie ersetzt.

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Kooperationen auch mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung möglich sind, wenn es sich dabei um auf die Behandlung von HIV Patientinnen und -patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringern handelt und eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.

Zur Leistungsgruppe Nummer 14

In der Leistungsgruppe Nummer 14 Allgemeine Chirurgie wird durch die Streichung klargestellt, dass die Verfügbarkeit von drei Fachärztinnen oder Fachärzten durch alle drei in der Spalte „Qualifikation“ genannten Facharztgruppen erfüllt werden kann.

Zu Leistungsgruppe Nummer 19

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Leistungsgruppe Nummer 27

In der Leistungsgruppe Nummer 27 wird das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) durch das Verletzungsartenverfahren (VAV) ersetzt. Dies dient der Sicherung einer flächendeckenden Versorgung.

Zu Leistungsgruppe Nummer 32

Durch die Änderungen soll die Geltung derselben personellen Anforderungen für die Leistungsgruppe Nummer 32 Ösophaguseingriffe und die Leistungsgruppe 33 Pankreaseingriffe umgesetzt werden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 33

Der Landeskrankenhausplan NRW sieht bei Pankreaseingriffen die Verfügbarkeit von insgesamt fünf FA vor. Daher wird die Leistungsgruppe Nummer 33 Pankreaseingriffe entsprechend angepasst.

Zu Leistungsgruppe Nummer 35

Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 35 Augenheilkunde) auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Leistungsgruppe Nummer 37

Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 37 MKG) auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Leistungsgruppe Nummer 39

Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 39 Allgemeine Frauenheilkunde) auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Leistungsgruppe Nummer 50

Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 50 HNO) auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Leistungsgruppe Nummer 54

Um die erforderliche fachärztliche Expertise flächendeckend bei an neurologischen Kliniken angesiedelten Stroke Units sicherzustellen, soll die Einbeziehung von teleradiologischen Leistungen möglich sein. Dies wird durch die

Aufnahme des Zusatzes „Befundung auch durch Teleradiologie möglich“ im Anforderungsbereich sachlich Ausstattung CT/MRT und CT/MRT-Angiographie umgesetzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 60

Die Streichung dient der Klarstellung, dass die Verfügbarkeit der personellen Ausstattung in der Leistungsgruppe Nummer 60 Lebertransplantation eine Rufbereitschaft von 6 FA vorsieht.

Zu Leistungsgruppe Nummer 65

Zum Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“

In der Leistungsgruppe Nummer 65 Notfallmedizin werden die personellen Anforderungen an die fachliche Qualifikation dahingehend geändert, dass nunmehr alle FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung berücksichtigt werden können. Durch die Ergänzung soll sichergestellt werden, dass beispielsweise auch FA für Allgemeinmedizin und FA für Pädiatrie weiterhin eine Tätigkeit in der Notaufnahme ermöglicht wird.

Zum Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“

Um die Anforderungsbereiche der Leistungsgruppe Notfallmedizin mit den Leistungsgruppen vergleichbar zu machen, wird der Verweis auf einen prozentualen Stellenanteil gestrichen. Um eine konkrete Zuordnung der FA zur LG Notfallmedizin dennoch sicherzustellen, erfolgt stattdessen ein Verweis auf eine fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutige Zuordnung der FA zu der Versorgung in der Notaufnahme.

Die personellen Anforderungen an die Verfügbarkeit werden dahingehend erweitert, dass übergangsweise bis zum 31.12.2028 von den drei geforderten FA mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin maximal zwei FA sich noch in der Weiterbildungsphase für die ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin befinden dürfen. Diese Ergänzung ist sachlich geboten, da hierdurch ein verstärkter Anreiz für diese versorgungsrelevante Zusatzweiterbildung gesetzt wird.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 0 (§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 2a Absatz 1 in der Fassung vom 19. Dezember 2016 übertrug dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Aufgabe, den Begriff des Krankenhausstandorts bundeseinheitlich zu definieren. Die von den Selbstverwaltungspartnern in der „Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG“ vom 29. Juli 2017 festgelegte Definition ist Anknüpfungspunkt für zahlreiche bestehende krankenhaushausregulatorische Bestimmungen, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung, Abrechnung sowie bei der Bedarfsplanung und Krankenhausstatistik. Sie ist außerdem Grundlage der mit diesem Gesetz neu eingeführten Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, vgl. § 135e Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Die DKG hat die Vereinbarung zum Jahresende 2024 gekündigt. Die Vereinbarung gilt formal bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Die Möglichkeit der Festlegung einer neuen, abweichenden Definition des Krankenhausbegriffs birgt die Gefahr der Entstehung von Rechtsunsicherheiten bei der Anwendung vielzähliger Regelungen, die den derzeit geltenden Begriff des Krankenhausstandorts in Bezug nehmen. Aufgrund der zahlreichen Verweise auf die etablierte Standortdefinition wäre zudem mit einem nicht geringfügigen Änderungsbedarf auch in anderen Gesetzen zu rechnen, der einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen dürfte. Insbesondere um die durchgehend konsequente und rechtssichere Durchsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu garantieren, erfolgt daher die gesetzliche Verstetigung der bislang geltenden Standortdefinition.

Die in Absatz 1 enthaltene Legaldefinition orientiert sich an den von den Selbstverwaltungspartnern in der Vereinbarung vom 29. Juli 2017 festgelegten Kriterien. Entsprechend der etablierten Systematik der den Krankenhausstandortbegriff in Bezug nehmenden gesetzlichen Regelungen wird zur Standortbestimmung nicht auf das Krankenhaus als Gesamtbetriebseinheit bzw. Unternehmen, sondern auf räumlich-örtliche exakt bestimmbare Versorgungseinheiten abgestellt. Ein Krankenhausstandort muss über mindestens eine fachliche Organisationseinheit, z. B. eine Fachabteilung, Tagesklinik oder Ambulanz verfügen, in der die unmittelbare medizinische Ver-

sorgung von Patientinnen und Patienten, die voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant erbracht werden kann, erfolgt. Wie sich ein Krankenhausstandort konkret bestimmt, hängt von der Lokalisation der einzelnen Gebäude oder Gebäudekomplexe ab. Finden die Behandlungen in einem Gebäude oder in einem zusammenhängenden Gebäudekomplex des Krankenhauses statt, bildet dieses oder dieser den Krankenhausstandort. Erfolgen sie dagegen in mehreren nicht zusammenhängenden Gebäuden oder Gebäudekomplexen des Krankenhauses, hängt die Frage, ob es sich um einen einheitlichen Standort oder mehrere Standorte handelt, dagegen davon ab, wie weit die Gebäude voneinander entfernt sind. Beträgt der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie, liegt ein einheitlicher Standort, ein sogenannter Flächenstandort, vor. Ist der Abstand dagegen größer, handelt es sich um mehrere Standorte. Damit werden im Gesetz die derzeitigen Vorgaben zur Entfernung aus der bisherigen Standortvereinbarung übernommen.

Ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzbuchs oder nach §§ 107 und 108 SGB V hat einen oder mehrere Krankenhausstandorte.

Absatz 2 greift einen wichtigen Punkt der bisherigen Standortvereinbarung, das Erfordernis, die Standorte eindeutig räumlich zu bestimmen, auf. Dies erfolgt anhand von Geokoordinaten. Zu geokodieren ist die Zugangsadresse des Standorts. Bei Flächenstandorten sind dagegen die Geokoordinaten der Adresse des Hauptzugangs zu bestimmen. Für Krankenhausambulanzen ist – unabhängig von einer Bestimmung als eigenständiger Standort nach Absatz 4 Satz 1 oder aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 3 – die Zugangsadresse des Gebäudes oder Gebäudeteils zu kodieren, in dem die Krankenbehandlung erbracht wird. Gleiches gilt für andere Organisationseinheiten, die nach Absatz 4 Satz 1 vertraglich zu eigenständigen Standorten bestimmt wurden. Verfügt das Gebäude oder der Gebäudeteil des eigenständigen Standorts nicht über eine eigene Zugangsadresse, obliegt die Festlegung des Verfahrens der Lokalisation den Vertragspartnern nach Absatz 3.

Nach Absatz 3 haben der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] insbesondere das Nähere zum Verfahren der Geokodierung, zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe der Vorgaben des Absatzes 2 zu vereinbaren. Dies gilt insbesondere auch für eigenständige Standorte. Haben die betreffenden Gebäude oder Gebäudeteile keine eigene Zugangsadresse, ist in der Vereinbarung das Verfahren festzulegen, wie diese lokalisiert werden. Ebenfalls sind – entsprechend der Umsetzung in § 3 der bisherigen Standortvereinbarung – die Krankenhausambulanzen zu konkretisieren. Um dem gesetzgeberischen Auftrag Rechnung zu tragen, ist nicht nur einmalig aufgrund des neuen Regelungsauftrags in § 2a, sondern regelmäßig zu überprüfen, ob es – insbesondere aufgrund zwischenzeitlich erfolgter gesetzlicher Änderungen – Ergänzungsbedarf bei der Enumeration der Krankenhausambulanzen gibt. Für den Fall, dass eine Vereinbarung nach Absatz 3 nicht innerhalb der Frist zustande kommt, ist ein Schiedsverfahren vor der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 vorgesehen, die ohne Antrag einer Vertragspartei entscheidet.

Absatz 4 enthält zwei weitere Regelungsgegenstände, die in die Hände der Vertragspartner gelegt werden. In Satz 1 wird wie bisher die Möglichkeit eröffnet, auch andere fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 als eigenständige Standorte zu bestimmen. Hierfür kommen insbesondere Tageskliniken in Betracht. Dies trägt zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen bei und ist auch aus Sicht der Qualitätssicherung vorteilhaft.

Satz 2 ermöglicht den Selbstverwaltungspartnern darüber hinaus, Vereinbarungen zu schließen, die eine von den Vorgaben des Absatzes 1 abweichende Standortfestlegung vorsehen. Dies soll jedoch nur in Einzelfällen, d. h. nur dann möglich sein, wenn dies geboten ist, um den Besonderheiten des jeweiligen Falles Rechnung tragen zu können. Um zu verhindern, dass derartige Einzelfallvereinbarungen von einer Vertragspartei blockiert werden, entscheidet im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

In Absatz 5 wird dem GKV-Spitzenverband und der DKG im Benehmen mit dem PKV-Verband zudem der Auftrag erteilt, die gesetzlich festgeschriebenen Standortkriterien und die möglichen Einzelfallentscheidungen zu evaluieren, damit die Regelungen bei Bedarf durch den Gesetzgeber weiterentwickelt werden können.

Absatz 6 übernimmt die nach wie vor sachgerechte Regelung des bisherigen Absatzes 1 Satz 4.

Zu Nummer 2 (§§ 6a bis 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes****Zu § 6a Absatz 1 Satz 3**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a, mit der die Definition des Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu § 6a Absatz 2 Satz 2

Mit der Änderung wird die Regelung über den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien angepasst. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen, wird der für die Zuweisung der Leistungsgruppe erforderliche Nachweis abweichend von der bisherigen Fassung der Regelung durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Die Regelung ermöglicht nach einer Übergangsphase einen längeren Prüfturnus und dient damit der Entlastung der Medizinischen Dienste und der Entbürokratisierung.

Zu § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2

Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Vor dem Hintergrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, zeigt sich zwingend die Notwendigkeit der Sicherstellung der Einsatzbereitschaft und der Kriegstüchtigkeit der Bundeswehr. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden und im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau. Da die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, und auch nicht die Behandlung aller relevanten Krankheitsbilder ermöglicht, kann die notwendige Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung nur sichergestellt werden, wenn ein umfassender Zugang zur Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten in den Fachgebieten gegeben ist, die für die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten relevant sind. Der besondere Auftrag der Bundeswehrkrankenhäuser muss bei der Zuweisung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Es müssen daher die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung des militärischen Auftrags Ressourcen vorgehalten werden. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die maßgeblichen Leistungsgruppen mit.

Zu § 6a Absatz 3 Satz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in Absatz 3 Satz 1 und 2.

Zu § 6a Absatz 3 Satz 4

Aufgrund der den Bundeswehrkrankenhäusern zugewiesenen begrenzten Ressourcen und der dadurch nicht unfänglich vorgehaltenen Fachdisziplinen ist es erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser zur Sicherstellung ihres besonderen Auftrages die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a SGB V auch in Kooperation erbringen können.

Zu § 6a Absatz 4 Satz 5

Im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung soll eine unbefristete Ausnahme im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestanforderungen an die Strukturqualität führen. Ein Krankenhausträger ist daher auch im Fall einer unbefristeten Ausnahme zu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Dies kann zum Beispiel durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhausträgern oder durch die Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals erreicht werden. Welche Frist für die Verpflichtung zur Erfüllung der Qualitätskriterien angemessen ist, entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Zu § 6a Absatz 4 Satz 8

Mit der Änderung wird geregelt, dass die zuständige Planungsbehörde die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die in Satz 1 genannte Ausnahme zu berücksichtigen hat.

Zu § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 6a Absatz 2 Satz 2. Nach der neuen Fassung des Absatzes 2 Satz 2 kann die Erfüllung der Qualitätskriterien auch durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt, wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde.

Dieser Grundsatz soll auch auf die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung übertragen werden. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe bereits zweimal nachgewiesen, ist die Zuweisung abweichend von der bisherigen Regelung aufzuheben, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn die Erfüllung der Qualitätskriterien kann für die jeweilige Leistungsgruppe durch eine begründete Selbsteinschätzung nachgewiesen werden.

Zu § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 2

Mit der Änderung wird die in Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 geregelte Ausnahme angepasst. Nach dieser Vorschrift muss eine Leistungsgruppenzuweisung nicht aufgehoben werden, wenn das betroffene Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien fristgerecht gemeldet hat und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Nichterfüllung nur kurzzeitig andauert. Mit der Änderung wird die maßgebliche Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien von drei Monaten auf sechs Monate angehoben. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Krankenhäuser im Einzelfall und insbesondere bei unvorhergesehenen Ereignissen länger als drei Monate benötigen können, um Qualitätskriterien wieder zu erfüllen. Insbesondere in ländlichen Regionen kann zum Beispiel die Nachbesetzung von Personal länger als drei Monate in Anspruch nehmen. Durch die Änderung erhalten die Landesbehörden nunmehr die Möglichkeit, auch bei einer voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung von sechs Monaten unter Abwägung der betroffenen Interessen von der Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung abzusehen.

Zu § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2

Mit der Änderung wird der Verweis auf Absatz 5 Satz 1 gestrichen. In Absatz 5 Satz 1 sind Fälle aufgezählt, in denen die zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben hat. Über die in der Aufzählung genannten Fälle hinaus sind aber weitere Sachverhalte denkbar, bei deren Vorliegen eine bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung aufgehoben werden kann. So können Krankenhausträger sich zum Beispiel zum Zweck der Spezialisierung hinsichtlich ihres Leistungsspektrums abstimmen und Vereinbarungen über die von ihnen vorgehaltenen Leistungsgruppen treffen. Gegenstand dieser Vereinbarung kann beispielsweise sein, dass eine bestimmte Leistungsgruppe nur noch durch einen der beteiligten Krankenhausträger vorgehalten wird. In diesem Fall kann die zuständige Landesbehörde auf Antrag der Krankenhausträger eine bereits erfolgte Zuweisung einer Leistungsgruppe aufheben, wenn dies mit ihren krankenhaushausplanerischen Zielen vereinbar ist.

Da für die Berechnung des Anteils eines Krankenhauses an dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes jegliche Aufhebung einer zugewiesenen Leistungsgruppe relevant ist, wird mit der Änderung die Meldepflicht entsprechend angepasst. Die Landesbehörde hat daher auch die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung aus anderen als den in Absatz 5 Satz 1 genannten Gründen zu melden, sodass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diese bei der Berechnung des Anteils eines Krankenhauses an dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes nach § 37 berücksichtigen kann.

Zu § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 4

Die Neufassung dient lediglich der Klarstellung, dass es in mehreren Konstellationen zu Zusammenschlüssen von Krankenhäusern kommen kann, die jeweils die Meldepflicht auslösen. Im Rahmen des Absatzes 6 ist sowohl der Zusammenschluss mehrerer bisher wirtschaftlich getrennter Krankenhäuser zu melden, als auch der Zusammenschluss verschiedener Krankenhausstandorte. Zudem ist der Zeitpunkt der Zusammenschlüsse mitzuteilen.

Zu § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 – alt

Mit der Änderung wird Nummer 5 gestrichen, um Doppelungen zu vermeiden. Nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 hat die zuständige Landesbehörde unter anderem die von ihr vorgegebenen Planfallzahlen zu melden. Dies umfasst auch die Pflicht zur Meldung der Planfallzahlen, die einem Krankenhaus vorgegeben wurden, das an einem Standort erstmalig eine Leistung aus einer Leistungsgruppe erbringt.

Zu § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 – neu

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung zu § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5.

Zu § 6a Absatz 7

Mit der Änderung wird der Verweis auf Absatz 5 Satz 1 gestrichen. In Absatz 5 Satz 1 sind Fälle aufgezählt, in denen die zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben hat. Über die in der Aufzählung genannten Fälle hinaus sind aber weitere Sachverhalte denkbar, bei deren Vorliegen eine bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung aufgehoben werden kann. Durch die Streichung des Verweises auf Absatz 5 Satz 1 wird sichergestellt, dass dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jede Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung mitgeteilt wird. Das IQTIG veröffentlicht gemäß § 135d Absatz 3 SGB V unter anderem die den Krankenhausstandorten zugewiesenen Leistungsgruppen im Transparenzverzeichnis und bedarf daher im Interesse einer größtmöglichen Transparenz auch der Information über die Aufhebung von Leistungsgruppenzuweisungen aus anderen als den in Absatz 5 Satz 1 genannten Gründen.

Zu § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**Zu § 6b Satz 1 Nummer 1**

Die Änderung dient der Präzisierung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben. Durch die Übertragung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollen Versorgungsstrukturen optimiert und die Zusammenarbeit von Leistungserbringern, zum Beispiel in Versorgungsnetzwerken, gefördert werden. Hierbei ist die gesamte Versorgungskette einschließlich des Transportes von Patientinnen und Patienten relevant. Die Wahrnehmung der in § 6b geregelten Aufgaben erfordert daher auch eine Abstimmung mit den zuständigen Rettungsleitstellen, insbesondere bei Großschadensereignissen und der Intensivmedizin und Notfallversorgung. Die landesweite Koordinierung der Rettungsdienste erfolgt durch die hierfür landesrechtlich bestimmten Rettungsleitstellen. Sollte dies nicht landesrechtlich geregelt sein, kann die oberste zuständige Landesbehörde hierfür eine Leitstelle vorsehen.

Zu § 6b Satz 3

Mit der Änderung wird die Möglichkeit der zuständigen Landesbehörden erweitert, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auch Krankenhäusern, die der Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet sind, zuzuweisen. Bei diesen Krankenhäusern handelt es sich um Maximalversorger, die über eine vergleichbare Leistungsfähigkeit wie die Hochschulkliniken verfügen. Diesen Krankenhäusern dürfen die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben daher auch zugewiesen werden, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus als Hochschulklinik anerkannt ist oder wenn die zuständige Landesbehörde dies neben der Zuweisung der Aufgaben an die Hochschulkliniken zur Förderung der Koordination und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält.

Zu § 6b Satz 4 und 5

Mit dem neuen Satz 4 wird klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei der Erklärung des Benehmens im Rahmen der Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam und einheitlich handeln. Es wird zudem in einem neuen Satz 5 geregelt, dass die zuständige Planungsbehörde die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu berücksichtigen hat.

Zu § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Im Regierungsentwurf ist bereits vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen herzustellen hat, wenn sie Krankenhausstandorte als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt. Mit der Änderung wird diese Regelung erweitert und das Benehmensersfordernis auch auf die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigung der Krankenhausträger im Land und auf die Kassenärztliche Vereinigung erstreckt.

Die im Verfahren der Benchmensherstellung abgegebenen Stellungnahmen tragen dazu bei, der Krankenhausplanungsbehörde ein umfassenderes Bild über die Situation der Krankenhäuser und die Versorgungssituation im ambulanten Bereich zu verschaffen und den Prozess der Bedarfsermittlung zu verbessern.

Zu Nummer 3a (§ 9 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass eine zukunftsgerichtete wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser maßgeblich auch durch Energieeffizienz und Klimaresilienz zu erreichen ist. Wegen der hohen Ressourcen- und Energieintensität von Krankenhäusern entfällt ein nicht unerheblicher Anteil von klimaschädlichen Emissionen auf den Krankenhausbereich. Die Länder haben zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele im Rahmen der Aufstellung ihrer Krankenhausplanung und ihrer Investitionsprogramme daher zwingend auch die Energieeffizienz und Aspekte der Klimaschonung zu beachten. Der Begriff der Nachhaltigkeit ist dabei weit auszulegen.

Zu Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu § 12b Absatz 1 Satz 4

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass nur für zugelassene Krankenhäuser, die nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes förderfähig sind, eine Förderung aus dem Transformationsfonds beantragt werden kann.

Zu § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1

Durch die Umformulierung wird der Fördertatbestand weiter formuliert und auch dem Umfang nach bezüglich der Förderfähigkeit der Angleichung digitaler Infrastruktur ergänzt, soweit diese für ein nach Nummer 1 gefördertes Vorhaben erforderlich ist.

Durch die Erweiterung der Förderungsfähigkeit von Konzentrationsvorhaben können auch solche Vorhaben gefördert werden, die nicht primär der Erfüllung der Qualitätskriterien oder von Mindestvorhaltezahlen dienen, sondern die Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigern sollen, etwa durch einen Abbau von Doppelstrukturen, den Abbau von Betten oder die Verminderung des Vorhalteaufwandes.

Zu § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 5

Durch die Ergänzungen wird klargestellt, dass sich die Förderung nach diesem Fördertatbestand auf die Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden beschränkt. Nicht förderungsfähig ist damit die Bildung überregionaler Krankenhausketten, die in erster Linie der Optimierung der Unternehmensstruktur des Trägerunternehmens dienen. Zudem kommt eine Förderung nach diesem Fördertatbestand nur in Frage, wenn durch die Bildung des Verbundes Doppelstrukturen abgebaut werden. Dies ist insbesondere der Fall, wenn zwei bestehende Krankenhausstandorte oder akutstationäre Behandlungskapazitäten von Krankenhausstandorten mit unterschiedlichen Trägern, die sich in räumlicher Nähe befinden, im Rahmen eines Verbunds zusammengeführt werden. Der Abbau von Doppelstrukturen kann in einer Konzentration von Versorgungs- oder Vorhaltestrukturen, dem Abbau von Betten oder der Verminderung des Vorhalteaufwandes zum Ausdruck kommen.

Zu § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 7

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 8

Es wird ein weiterer Fördertatbestand ergänzt, wonach auch die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten förderfähig ist, soweit diese auf einer nach Fördertatbestand 1 oder 5 geförderten Konzentration oder Verbundbildung beruhen.

Zu § 12b Absatz 1 Satz 6

Durch den angefügten Satz wird verdeutlicht, dass die Förderung aus dem Transformationsfonds ausschließlich dazu bestimmt ist, auf Grundlage der Fördertatbestände Vorhaben im Sinne der Krankenhausreform bzw. der weiteren genannten gesundheitspolitisch bedeutsamen Förderzwecke zu finanzieren. Vorhaben, die nicht überwiegend diese Zielsetzung verfolgen, sondern überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind daher nicht durch den Transformationsfonds förderfähig. Für den Erhalt bestehender Krankenhausstrukturen und die Investitionskostenfinanzierung sind die Länder zuständig. Die Ausgestaltung des Förderverfahrens des Transformationsfonds trägt diesem bereits Rechnung, da die Zuteilung der Fördermittel zweckgebunden erfolgt, Nach-

weise über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu erbringen sind und nicht zweckentsprechende Fördermittel zurückzuzahlen sind.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 1

Die Antragsfrist für Auszahlungen aus dem Transformationsfonds ist mit Blick auf die Sicherung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds zwingend erforderlich. Der Gesundheitsfonds wird zum Ende des Geschäftsjahres 2024 nur noch über liquide Mittel geringfügig oberhalb der gesetzlichen Mindestreserve von rund 4,7 Milliarden Euro verfügen. Mit der Antragsfrist wird sichergestellt, dass die für die Finanzierung des Transformationsfonds benötigten Mittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro (zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre) vorab bei der Bemessung des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen bekannt sind und durch den GKV-Schätzerkreis sowie bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und der dafür maßgeblichen Größen gemäß § 242a in Verbindung mit § 220 Absatz 2 SGB V durch das BMG für das Folgejahr berücksichtigt werden können. Ohne Kenntnis der voraussichtlichen Auszahlungen im Folgejahr käme es zu einem Unterschreiten der gesetzlichen Mindestreserve des Gesundheitsfonds und es bestünde die Gefahr, dass der Gesundheitsfonds die garantierten Zuweisungen an die Krankenkassen nicht vollständig aus eigener Kraft bedienen kann.

Um gleichwohl dem Wunsch der Länder nach mehr Flexibilität und einer Verlängerung der Antragsfrist nachzukommen, wird den Ländern die Möglichkeit eröffnet, Anträge auch bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres zu stellen. Unter Berücksichtigung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds und des Mitte Oktober stattfindenden Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V können Anträge für das der Antragstellung folgende Kalenderjahr, die nach dem 30. September eingehen, allerdings nur berücksichtigt werden, wenn das Land zuvor dem BAS bis zum 30. September angezeigt hat, dass es bis zum Jahresende einen Antrag stellen wird und dabei beziffert, in welcher Höhe Fördermittel bis Jahresende beantragt werden sollen. Für die zeitintensivere Erstellung des Antrages selbst haben die Länder somit ein längeres Zeitfenster bis zum 31. Dezember. Sollte die tatsächlich beantragte Fördersumme den angezeigten Betrag übersteigen, kann eine Bewilligung für das der Antragstellung folgende Kalenderjahr nur bis zu dem angezeigten Betrag erfolgen. Mit dieser Änderung wird einerseits die Flexibilität der Länder erhöht, aber gleichzeitig die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds nicht gefährdet.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 2

Durch die aus dem Kreis der Länder geforderte Änderung wird der mögliche Beginn der Umsetzung des Fördervorhabens um ein halbes Jahr vorverlegt. Somit sind, sofern auch die sonstigen Fördervoraussetzungen vorliegen, auch Vorhaben förderfähig, deren Umsetzung bereits einige Monate vor der Laufzeit des Transformationsfonds begonnen haben. Dies ist insbesondere relevant bei größeren Bauvorhaben im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Planungs- und Baukapazitäten.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4

Mit der Anpassung des Referenzzeitraums für die Berechnung der Investitionsfördermittel, zu deren Bereitstellung sich das jeweilige Land verpflichtet bzw. deren Bereitstellung es nachweist, wird einem Anliegen aus dem Kreis der Länder Rechnung getragen. Die Streichung des Referenzjahres 2024 kommt den Ländern entgegen, die ihren Haushaltsansatz für die Investitionsförderung in 2024 deutlich gesteigert haben. Zudem erfolgt eine Ergänzung im Hinblick auf den neu eingefügten Satz 2.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5

Durch die Einfügung einer weiteren Antragsvoraussetzung für die Länder soll das Risiko minimiert werden, dass Fördermittel aus dem Transformationsfonds an insolvente oder kurz vor der Zahlungsunfähigkeit stehende Krankenhäuser fließen. Aus der Ausgestaltung des Transformationsfonds, wonach die Fördermittel zweckgebunden beantragt und gewährt werden, geht bereits hervor, dass die Fördermittel zweckgebunden einzusetzen sind und nicht zur allgemeinen Finanzierung der Krankenhäuser und damit im Zweifel insolvenzverzögernd verwendet werden dürfen. Soweit die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet werden, sind diese zurückzuzahlen. Mit der zusätzlichen Antragsvoraussetzung werden die Länder verpflichtet, im Rahmen der Antragstellung die finanzielle Situation der beteiligten Krankenhäuser zu prüfen und zu bestätigen, dass für diese Häuser keine Insolvenzgefahr seitens des Landes gesehen wird. Dies kann durch einschlägige Testate nachgewiesen werden. Die nähere Ausgestaltung dieser Antragsvoraussetzung erfolgt in der Rechtsverordnung. Um eine mögliche Rückzahlungs-

verpflichtung aufgrund nicht zweckentsprechender Verwendung zu vermeiden, haben die Länder ein hohes Interesse daran, die Mittel nicht an insolvenzgefährdete Krankenhäuser weiterzureichen.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 2

Ergänzend zu den in Satz 1 Nummer 4 vorgesehenen Änderungen werden weitere Ergänzungen für die Ermittlung der durch die Länder nach Satz 1 Nummer 4 bereitzustellenden durchschnittlichen Haushaltsmittel aufgenommen.

Um Länder, die in den Jahren 2021 bis 2023 ihre Investitionskostenförderung durch Sonderprogramme für die Krankenhauslandschaft (z. B. Coronahilfen) ergänzt haben und dies in ihren Haushaltsplänen gesondert zu der Investitionskostenfinanzierung ausgewiesen haben, nicht unangemessen zu benachteiligen, wird geregelt, dass diese Mittel bei der Berechnung der durchschnittlichen Haushaltsmittel nach Absatz 3 Satz 4 nicht eingerechnet werden.

Zudem sind die Durchschnittswerte der durch die Länder bereitgestellten Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Jahre 2021 bis 2023 entsprechend des vom Statistischen Bundesamt gemäß § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes für das Jahr 2024 zu erhöhen.

Der durch das Statistische Bundesamt jährlich ermittelte Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes gibt die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wieder. Durch die Ergänzung wird somit auch die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich für das Jahr 2024 berücksichtigt.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 5

Die Ergänzung geht auf eine Forderung der Länder zurück. Für Investitionsfördermittel, auf deren Rückforderung ein Land gegenüber einem Krankenhaus verzichtet hat, wird unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit geschaffen, dass diese nicht auf die Berechnung der bereitzustellenden Investitionsfördermittel angerechnet werden können. Dies ist der Fall, wenn das Land eine Förderung aus dem Transformationsfonds nach Fördertatbestand 1, 2, 5 oder 7 beantragt und nachvollziehbar darlegt, dass die Mittel, auf deren Rückforderung das Land verzichtet hat, für die Umsetzung des genannten Transformationsvorhabens erforderlich sind.

Zu § 12b Absatz 3 Satz 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu § 12b Absatz 5 Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu § 12b Absatz 6

Für den Fall, dass es für die Jahre der Laufzeit des Transformationsfonds jeweils bis Ende September des Vorjahres, erstmals bis zum 30. September 2025, nicht zu einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung nach Absatz 1 Satz 3 kommt, sieht die Regelung vor, dass das BMG dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags bis zum 31. Januar des jeweiligen Förderjahres, erstmals zum 31. Januar 2026, einen Bericht hierüber vorlegt.

Die Beteiligung der privaten Krankenversicherung hat in der Höhe zu erfolgen, die dem Anteil der vollstationären Behandlungsfälle von Versicherten in der privaten Krankenversicherung an der Gesamtzahl aller vollstationärer Behandlungsfälle im Vorjahreszeitraum entspricht. Da die Vereinbarung der Beteiligung der privaten Krankenversicherung jeweils bis zum 30. September zu erfolgen hat, sind maßgeblich für die Berechnung dieses Anteils die Werte des Vorjahres. Für eine Vereinbarung bis September 2025 für das Jahr 2026 wäre somit der Anteil der vollstationären Behandlungsfälle von Versicherten in der privaten Krankenversicherung an der Gesamtzahl aller vollstationärer Behandlungsfälle im Jahr 2024 heranzuziehen.

Zudem erarbeitet das BMG in dem genannten Fall bis zum 31. März des jeweiligen Förderjahres, erstmals bis zum 31. März 2026, einen Vorschlag, der eine Finanzierung des Transformationsfonds unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung und aller weiterer Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversiche-

rung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet. Das BMG kann daher auch einen Vorschlag erarbeiten, der im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung und der übrigen Kostenträger zu einer Verringerung des Finanzierungsanteils der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds führt.

Zu Nummer 7 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Buchstabe a (§ 17b Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17b Absatz 1 Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der weiteren Änderungen des Artikels 2 Nummer 7. Der Regelungstext unter Doppelbuchstabe aa entspricht im Übrigen dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17b Absatz 1 Satz 10)

Um für besondere Einrichtungen eine langfristige und stabile Finanzierung ihrer einrichtungsindividuellen Kosten zu gewährleisten, wird die bislang geltende zeitliche Befristung der Herausnahme aus dem DRG-Fallpauschalensystem gestrichen. Dies erhöht die Planungssicherheit für besondere Einrichtungen. Daneben wird geregelt, dass auch Einrichtungen, die besonders viele Menschen mit Behinderungen behandeln und deren Leistungen deshalb mit den Entgeltkatalogen nicht sachgerecht vergütet werden können, aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen werden können. Hierdurch sollen einerseits Anreize für Krankenhäuser geschaffen werden, die Versorgungsangebote für Menschen mit Behinderung zu verbessern und auszubauen. Andererseits soll für bestehende besondere Einrichtungen langfristige Planungssicherheit ermöglicht und die erreichten Erfolge in der Inklusiven Medizin verstetigt werden.

Zur Sicherstellung der stationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird neben dem vorgesehenen Förderbetrag für den Bereich Pädiatrie sowie dem vorgesehenen Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser, die ihren Leistungsschwerpunkt in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben und quantitativ eine besondere Bedeutung für die stationäre somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einnehmen, auf Antrag des Krankenhauses als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können. Die Ermittlung, welche Krankenhäuser diese Möglichkeit für das folgende Kalenderjahr in Anspruch nehmen können, erfolgt jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anhand der in Satz 14 festgelegten Kriterien. Die in der vom InEK veröffentlichten Liste enthaltenen Krankenhäuser sind berechtigt, für das der Veröffentlichung folgende Kalenderjahr einen Antrag zu stellen, um als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen zu werden. Als besondere Einrichtung erhalten Krankenhäuser keine Vorhaltevergütung, sie vereinbaren stattdessen krankenhausindividuelle tages- oder fallbezogene Entgelte.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 17b Absatz 1 Satz 14 und Satz 15)

Zur Festlegung, welche Krankenhäuser neben Palliativstationen oder -einheiten auf eigenen Antrag als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können, werden bestimmte Kriterien festgelegt. Ein Krankenhaus muss im Kalenderjahr in mindestens 75 Prozent seiner vollstationären somatischen Fälle Kinder und Jugendliche behandelt haben und einen Mindestanteil von 0,5 Prozent an der vollstationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bundesweit aufweisen. Die Krankenhäuser, die unter diese Regelung fallen, sollen ihren Leistungsschwerpunkt in der somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben. Aufgrund des regelhaft geringeren Anteils der somatischen Fälle von Kindern und Jugendlichen an allen vollstationären somatischen Fällen eines Krankenhauses sind unselbstständige pädiatrische Fachabteilungen regelhaft nicht adressiert. Zu berücksichtigen sind nur die Fälle, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden.

Für die Festlegung der relevanten Fälle werden Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von mindestens 28 Tagen und unter 18 Jahren definiert. Neugeborene mit einem Alter unter 28 Tagen werden nicht berücksichtigt, da für die Geburtshilfe andere Förderungen vorgesehen sind. Für die Ermittlung der Krankenhäuser, die die vorgenannten Kriterien erfüllen und daher auf eigenen Antrag als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden, werden jeweils die von den Krankenhäusern nach § 21 Absatz 1 und 2 KHEntgG übermittelten Daten für das Vorjahr zugrunde gelegt. Es werden keine neuen Datenübermittlungspflichten erzeugt. Mit der Ermittlung und Veröffentlichung einer Liste der Krankenhäuser, die die festgelegten Kriterien erfüllen, wird das InEK beauftragt. Die erforderlichen Daten liegen dem InEK vor und es hat Erfahrungen mit derartigen Ermittlungen und Veröffentlichungen. Auch so wird zusätzlicher Erfül-

lungsaufwand minimiert. Die Veröffentlichung einer Liste der Krankenhäuser, die die festgelegten Kriterien erfüllen, erfolgt jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2025 und gibt für das auf die Veröffentlichung folgende Kalenderjahr an, welche Krankenhäuser neben den Palliativstationen und -einrichtungen als besondere Einrichtung auf eigenen Antrag aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können. Den veröffentlichten Krankenhäusern bleibt dadurch genug Zeit zu entscheiden, ob sie als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden wollen, einen Antrag zu stellen und die erforderlichen Budgetverhandlungen vorzubereiten und aufzunehmen.

Die von den Vertragsparteien auf der Bundesebene in der Vereinbarung zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen getroffenen Regelungen für selbstständige Kinderkrankenhäuser bleiben von dieser Regelung unberührt.

Mit der neuen Regelung unter Doppelbuchstabe cc wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, ein Konzept für die Einführung von Zu- und Abschlägen zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten zu entwickeln. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben auf dieser Grundlage bis zum 31. Dezember 2025 über die Ausgestaltung von Zu- und Abschlägen für eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung an Krankenhäusern verbundenen Mehrkosten zu entscheiden. Die Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein. Die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein, so dass die Einführung der Zu- und Abschläge für die ärztliche Weiterbildung insgesamt finanzneutral ausfällt.

Zu Buchstabe c (§ 17b Absatz 4a Satz 1)

Zu Doppelbuchstabe dd (§ 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 5)

Durch die Änderung werden die Kenntnis- und die Eignungsprüfung als äquivalente Anpassungsmaßnahme neben dem Anpassungslehrgang von der Neuregelung in § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 5 KHG erfasst. Personen, die die Anerkennung ihrer ausländischen Berufsqualifikation beantragt haben, haben ein Wahlrecht zwischen den Anpassungsmaßnahmen Kenntnis- oder Eignungsprüfung einerseits und Anpassungslehrgang andererseits. Der Kenntnis- oder Eignungsprüfung vorgeschaltet ist in den überwiegenden Fällen ein Vorbereitungskurs. Während des Zeitraums dieses Vorbereitungskurses werden die betroffenen Personen in der Regel auch schon als Hilfskräfte in der Pflege eingesetzt. Insoweit sind sie im Pflegebudget zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe d (§ 17b Absatz 4b und 4c)

Zu § 17b Absatz 4b Satz 1 und Satz 5

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher wird die Angabe von 2025 auf 2026 geändert. Das InEK hat erstmals für das Jahr 2026 eine Ausgliederung entsprechend der beschriebenen Systematik vorzunehmen. In der Folge haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Ausgliederung und die ermittelten Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in ihrer Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.

Zu § 17b Absatz 4b Satz 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 39 Absatz 2 Satz 3.

Zu § 17b Absatz 4c Satz 2

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat für die Vorhaltevergütung eine Evaluation vorzunehmen und dabei deren Auswirkungen zu analysieren und Empfehlungen zu deren Weiterentwicklung zu machen. Hierbei sollen auch die Höhe des Vorhalteanteils und mögliche Weiterentwicklungsbedarfe kritisch gewürdigt werden. Im Rahmen dessen soll das InEK auch prüfen, ob der vor der Ausgliederung des Vorhalteanteils durchzuführende Abzug der variablen Sachkosten geeignet ist, um die variablen Sachkosten adäquat zu vergüten. In Bezug auf die Kosten hat das InEK auch kritisch zu beleuchten, ob bei den Kosten von Querschnittsaufgaben, die bereits in der Kalkulation enthalten sind, Handlungsbedarf für eine noch bessere Abbildung in der Kalkulation und in den Vorhaltekosten besteht. Bei der Analyse der Auswirkungen soll das InEK zudem überprüfen, ob es durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung zu unterjährigen Leistungseinschränkungen bei den Krankenhäusern kommt. Die Ergebnisse seiner Analyse hat das InEK in seinen Evaluationsberichten darzulegen.

Neben den vorgenannten Sachverhalten, die den Auftrag des InEK konkretisieren, wird der Auftrag erweitert um eine Prüfung dazu, inwieweit die Vorhaltevergütung zukünftig stärker am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Diese Prüfung ist durch das InEK im Rahmen seiner Evaluation zu leisten und in den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung schriftlich niederzulegen. Das InEK hat für den Aspekt des bevölkerungsbezogenen Bedarfs insbesondere die Faktoren Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung in den Blick zu nehmen und die Frage zu beantworten, inwieweit die Vorhaltevergütung populationsbezogen ermittelt werden kann.

Zu § 17b Absatz 4c Satz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die Einfügung eines neuen Satzes erforderlich ist.

Zu § 17b Absatz 4c Satz 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die Einfügung eines neuen Satzes erforderlich ist.

Zu Nummer 8 (§ 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Eine Neufassung ist erforderlich, da die Regelung zur Einführung der Stichprobeprüfung gestrichen wird und daraus Folgeänderungen resultieren.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wurde eine Vielzahl von Maßnahmen auf den Weg gebracht, um eine effizientere, effektivere und zielgenauere Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu erreichen. Kernelement des Maßnahmenpakets war die Einführung von Prüfquoten, mit denen das Ausmaß an Einzelfallprüfungen reduziert und eine Entlastung aller Beteiligten erreicht werden sollte. Das Prüfquotensystem wurde mittlerweile erfolgreich installiert. Die damit einhergehenden vierteljährlichen Auswertungen zeigen, dass die tatsächliche Prüfquote derzeit bei rund 8 Prozent liegt und damit halbiert werden konnte. Zudem hat sich die Abrechnungsqualität in den Krankenhäusern verbessert, wodurch ein weiteres Ziel des Prüfquotensystems erreicht wurde. Krankenhaus und Kostenträger können in einem Vorverfahren zudem aufwandsarm offene Fragen zur Abrechnung und zu den damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Fragen ohne eine Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes klären. Dadurch können der Bürokratieaufwand bei allen Beteiligten verringert und die Beilegung streitiger Punkte beschleunigt werden. Es ist festzustellen, dass das neue System funktioniert und mittlerweile alle Beteiligten die Funktionsweise und ihre Aufgaben kennen.

Demgegenüber hat sich gezeigt, dass die Auswirkungen der Einführung einer Stichprobenprüfung unklar wären und bestehendes Entbürokratisierungspotenzial in der Abrechnungsprüfung zielgenauer durch eine Weiterentwicklung der bereits etablierten Einzelfall- und Strukturprüfungen gehoben werden kann. Die Maßnahmen dienen dazu, Bürokratie abzubauen und Prozesse zu vereinfachen. Vor dem Hintergrund wird auf die Einführung von Stichprobenprüfungen verzichtet.

Zu Buchstabe a (§ 17c Absatz 2b)

Buchstabe a entspricht dem bisherigen Buchstaben b.

Zu Buchstabe b (§ 17c Absatz 4 Satz 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die durch die Streichung der Einführung der Stichprobenprüfung erforderlich ist. Im Übrigen handelt es sich wie bisher um eine redaktionelle Korrektur, wodurch die Satzzählung korrigiert wird.

Zu Buchstabe c (§ 17c Absatz 6)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17c Absatz 6 Satz 1)

Zu Dreifachbuchstabe aaa (§ 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 4)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der mit Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehenen Geltung eines pauschalen Aufschlags in Höhe von 400 Euro anstelle eines bisher, in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Rechnungen eines Krankenhauses, im Einzelfall zu berechnenden Aufschlags (§ 275c Absatz 3 SGB V). Vor diesem Hintergrund besteht für die Darstellung der durchschnittlichen Aufschlagshöhe letztmals für die durch den GKV-Spitzenverband zu erstellende Jahresstatistik 2025 ein Anwendungsbereich.

Zu den Dreifachbuchstaben bbb und ccc (§ 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 und 7)

Dreifachbuchstabe bbb und Dreifachbuchstabe ccc entsprechen dem bisherigen Buchstaben d Doppelbuchstabe aa.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe d (§ 17c Absatz 7)**Zu Doppelbuchstabe aa (§ 17c Absatz 7 Satz 1)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der mit der Weiterentwicklung der Einzelfall- und der Strukturprüfung vorgesehenen Maßnahmen. Der Gesetzgeber bezweckte mit der durch das MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 geregelten Vorschrift, dass die ersten Anwendungserfahrungen mit den verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen und deren Auswirkungen möglichst zeitnah evaluiert werden sollten, um potenziellen Anpassungsbedarf frühzeitig offenzulegen. Infolge der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung wurde die Frist zur Vorlage des Berichts mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 um zwei Jahre verschoben.

Mit dem vorliegenden Gesetz sollen die Einzelfall- und die Strukturprüfung weiterentwickelt und entbürokratisiert werden, indem eine pauschale Aufschlagshöhe (§ 275c Absatz 3 SGB V) respektive eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer der Bescheinigungen durch den MD (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V) vorgesehen wird. Der Gesetzgeber nimmt insofern bereits auf diesem Wege Anpassungen vor, die sich aufgrund der Erfahrungen der Prüfungen ergeben haben. Um dem gesetzgeberischen Ziel nachzukommen, auf Grundlage des durch den GKV-Spitzenverband und die DKG nach Absatz 7 zu erstellenden Berichts gegebenenfalls weitere Anpassungen vorzunehmen, ist es erforderlich, den Bericht auf die bereits angepassten Maßnahmen zu erstrecken. Dies gilt zumindest in Bezug auf die pauschale Aufschlagshöhe im Rahmen der Einzelfallprüfung, die ab dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes wirken soll. Erste Auswirkungen wären zum Jahr 2026 dann voraussichtlich bereits beurteilbar. Um insofern zu gewährleisten, dass der durch die DKG und den GKV-Spitzenverband zu vergebende Bericht diese berücksichtigen kann, ist es erforderlich, aber auch sachgerecht, die Frist für die Berichtslegung um ein Jahr zu verlängern.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 17c Absatz 7 Satz 2)

Mit der Regelung wird der durch die DKG und den GKV-Spitzenverband zu erstellende Bericht stärker auf die Auswirkungen der Krankenhausabrechnungsprüfung fokussiert. Vorgesehen wird daher, dass die Auswirkungen der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationärer Eingriffe nicht Teil des Berichts sein sollen. Die Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass eine zielgenaue und qualitative Auswirkungsanalyse, für welche die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen haben, erfordert, das Portfolio des Berichts zu konzentrieren.

Zudem erfolgt eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Integration der bisherigen Regelung zu den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V in den neu gefassten § 275a SGB V.

Darüber hinaus wird die Regelung um einen Prüfauftrag für den GKV-Spitzenverband und die DKG erweitert. Diese haben im Rahmen des Berichts darzulegen, ob das seit dem Jahr 2022 implementierte Prüfquotensystem, in dem die Höhe der Prüfquote von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses abhängt, für die Durchführung von Einzelfallprüfungen geeignet ist, oder ob mit einer einheitlichen Prüfquote die mit dem Prüfquotensystem erreichten Ziele ebenso adäquat erreicht werden könnten. Sie haben für den Vergleich des Prüfquotensystems mit einer einheitlichen Prüfquote insbesondere die Aspekte Bürokratie, Höhe des Regressvolumens und Anreizwirkungen in den Blick zu nehmen. Je nach Prüfergebnis ist dann ggf. auch eine Empfehlung für eine geeignete Höhe einer einheitlichen Prüfquote und deren Herleitung zu erwarten.

Zu Nummer 13 (§ 37 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu § 37 Absatz 1 Satz 2**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Streichung der Nummer 5 in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Zu § 37 Absatz 1 Satz 5

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher wird die Angabe von 2025 auf 2026 geändert. Das InEK hat das Konzept für die Ermittlung der Vorhaltevolumina bis zum 30. September 2025 zu erstellen und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Zu § 37 Absatz 1 Satz 6 ff.

Mit der Regelung wird vorgesehen, dass die Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 als Durchschnitt der Vorhaltevolumina aus den Jahren 2023 und 2024 ermittelt werden. Damit werden Fehlanreize vermieden, die dadurch entstehen könnten, dass Krankenhäuser vor der Einführung der Vorhaltevergütung gezielt ihre Fallzahl steigern, um von Beginn an eine höhere Vorhaltevergütung zu erreichen. Zugleich wird ein Absinken der Vorhaltevolumina gegenüber dem Durchschnitt dieser Referenzjahre vermieden. Die feste Bezugsbasis für die Vorhaltevolumina wird für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 genutzt. Für das Anwendungsjahr 2026 wird die Höhe der durchschnittlichen Vorhaltevolumina der Kalenderjahre 2023 und 2024 lediglich als eine Information über die Höhe der Vorhaltevergütung an die Krankenhäuser in dem Land übermittelt, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits bis zum 31. Oktober 2025 die Zuweisung der Leistungsgruppen im Land abgeschlossen hat. Ab dem Anwendungsjahr 2029 erfolgt die Ermittlung der Vorhaltevolumina nach den Vorgaben in Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz.

Die für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils zu ermittelnden Vorhaltevolumina in einem Land werden ermittelt, indem das InEK den Krankenhaussfällen aus dem jeweiligen Kalenderjahr die Vorhaltebewertungsrelationen aus dem jeweiligen Kalenderjahr zuordnet und diese Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Jahres summiert. Anschließend sind die jeweiligen Summen der Vorhaltebewertungsrelationen zu addieren und ist der Durchschnitt zu bilden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in seinem Konzept festzulegen.

Zu § 37 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Streichung der Nummer 5 in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Zu § 37 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Anfügung einer neuen Nummer 3.

Zu § 37 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3

Für die bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhausstandorte, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen wurden, wird eine weitere finanzielle Verbesserung im Rahmen der Vorhaltevergütung vorgesehen. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für einen solchen Krankenhausstandort keine Planfallzahl übermittelt hat und seine nach § 21 Absatz 1 und 2 KHEntgG übermittelte Fallzahl in einer Leistungsgruppe, für die eine Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 4 SGB V festgelegt wurde, niedriger ist als diese Mindestvorhaltezah, hat das InEK die Mindestvorhaltezah für die Anteilsermittlung dieses Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in dieser Leistungsgruppe zu verwenden. Dies gilt auch für Neuermittlungen der Anteile in den Folgejahren, solange der Krankenhausstandort weiterhin in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen ist und seine Fallzahl in der jeweiligen Leistungsgruppe, für die eine Mindestvorhaltezah festgelegt wurde, niedriger ist als diese Mindestvorhaltezah und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort keine Planfallzahl für diese Leistungsgruppe übermittelt hat. Mit der Regelung werden die Anteile und damit die Vorhaltevergütung eines in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommenen Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung der ihm zugewiesenen Leistungsgruppen gezielt erhöht. Dies trägt zur Sicherstellung dieser bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhausstandorte bei.

Zu § 37 Absatz 2 Satz 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Streichung der Nummer 5 in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Zu § 37 Absatz 2 Satz 8

Auch bei einer erstmaligen Zuweisung einer Leistungsgruppe zu einem Krankenhausstandort ist eine Neuermittlung des in Satz 1 genannten Anteils in der jeweiligen Leistungsgruppe durchzuführen, so dass die Vorgabe einer Planfallzahl bei einer Zuweisung einer neuen Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz ebenfalls in Bezug zu nehmen ist. Außerdem wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen, die aufgrund der Streichung einer Nummer in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Als weiterer Anlass, der eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in Leistungsgruppen zwischen zwei Zeitpunkten einer Anteilsermittlung erforderlich macht, wird auch die Festlegung von neuen oder geänderten Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen ergänzt. Sofern für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahl neu festgelegt oder eine schon bestehende Mindestvorhaltezahl geändert wird, ist in den betroffenen Leistungsgruppen eine Neuermittlung der Anteile durch das InEK durchzuführen. Dies ist sachgerecht, da die Festlegung oder Änderung von Mindestvorhaltezahlen auch Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft und -versorgung haben kann.

Zu § 37 Absatz 5 Satz 2

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher kann das InEK den Krankenhausträgern eines Landes frühestens für das Jahr 2026 eine Information über die ermittelten und aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zukommen lassen, sofern das Land bis zum 31. Oktober 2025 eine Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 vorgenommen hat. Dies wird mit den Änderungen nachvollzogen.

Zu Nummer 14 (Unterabschnitt 3 § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu § 39 Absatz 2 Satz 2**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in Absatz 2 Satz 3.

Zu § 39 Absatz 2 Satz 3

Die Regelung dient dazu, die von Hebammen geleiteten Kreißsäle im Rahmen der Förderbeträge für die Geburtshilfe zielgenau mit einem jährlichen Finanzierungsvolumen von 20 Millionen Euro zu fördern, sofern diese die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 7 SGB V festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen. Die Regelung trägt der Bedeutung der Versorgung durch von Hebammen geleitete Kreißsäle Rechnung und stärkt diese zusätzlich.

Zu § 39 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in Absatz 2 Satz 3.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu Nummer 1a (§ 1 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Aufgrund der Änderungen im Artikel 1 Nummer 3a ist es notwendig, den Verweis in § 1 KHEntgG anzupassen. Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu Buchstabe a (§ 2 Absatz 2 Satz 3)**

Die Regelung erweitert den Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Dadurch soll die Versorgungsrealität bei der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen, insbesondere zur Behandlung von Tumoren, vor dem Hintergrund der durch die Urteile des Bundessozialgerichtes vom 26. April 2022 (Aktenzeichen B 1 KR 15/21 R) und vom 29. August 2023 (Aktenzeichen B 1 KR 18/22 R) eingetretenen Beschränkungen umfassend abgebildet werden.

Aus medizinischer Sicht ist es notwendig, dass der Patient oder die Patientin zeitgerecht, durchgängig, das heißt gegebenenfalls auch vor und nach dem Krankenhausaufenthalt, und durch dasselbe Gerät bestrahlt wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass strahlentherapeutische Leistungen nur in wenigen Fällen und durch wenige Kranken-

häuser selbst, sondern weit überwiegend durch ambulante Leistungserbringer erbracht werden. Patientinnen und Patienten mit starker Symptombelastung durch eine Tumorerkrankung, mit starken therapiebedingten Nebenwirkungen oder mit sehr intensiven und belastenden Therapiekonzepten wie bei einer kombinierten Radiochemotherapie benötigen jedoch eine stationäre Betreuung während der Strahlentherapie. Deren ambulante Versorgung mit strahlentherapeutischen Leistungen soll auch weiterhin für die Dauer eines vollstationären Aufenthaltes aufrechterhalten werden, um zu verhindern, dass ein entsprechender Therapiezyklus während eines vollstationären Aufenthaltes oder nach einem solchen unterbrochen wird. Deshalb ist es erforderlich, die Regelung nicht auf Fälle zu begrenzen, in denen die strahlentherapeutische Behandlung während des vollstationären Aufenthaltes fortgeführt oder entsprechend einem vor Aufnahme erstellten Therapieplan begonnen wird, sondern auch auf Fälle zu erstrecken, in denen sich die Notwendigkeit einer strahlentherapeutischen Behandlung erst während des vollstationären Aufenthaltes ergibt bzw. der vollstationäre Behandlungsbedarf bereits ab Beginn der Strahlentherapie besteht.

Für Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen folgt aus dem BSG-Urteil vom 29. August 2023 eine Regelungsnotwendigkeit, da diese Krankenhäuser strahlentherapeutisch veranlasste ambulante Drittleistungen nicht abrechnen können. Infolge des Verbots der vertragsärztlichen Parallelbehandlung bestünde ebenfalls keine Abrechnungsmöglichkeit des ambulanten Leistungserbringers für entsprechende Leistungen.

Aber auch für Krankenhäuser, denen das Land einen Versorgungsauftrag zugewiesen hat, der strahlentherapeutische Leistungen umfasst, kann die medizinische Notwendigkeit entstehen, Patientinnen und Patienten für die Bestrahlung an die vertragsärztliche Versorgung zu übergeben. Denn nur dadurch kann erreicht werden, dass diese Patientinnen und Patienten durch dasselbe Gerät bestrahlt werden. Soweit Krankenhäuser diese strahlentherapeutischen Leistungen als veranlasste Drittleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG abrechnen wollen, wäre ihnen dies infolge des BSG-Urteils vom 26. April 2022 möglicherweise verwehrt. Nach diesem Urteil dürfen Krankenhäuser wesentliche der vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfassten Leistungen nicht regelmäßig und planvoll auf Dritte, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind, auslagern. Deshalb wird mit der Regelung auf das Erfordernis eines fehlenden Versorgungsauftrags für strahlentherapeutische Leistungen verzichtet und für die Herausnahme der Strahlentherapie aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG ausschließlich auf die medizinische Notwendigkeit der Durchführung der Strahlentherapie durch Dritte abgestellt.

Zu Buchstabe b (§ 2 Absatz 2 Satz 4)

Durch die Änderung wird die Festlegung der besonderen Aufgaben von Zentren durch die zuständige Landesbehörde vereinfacht. Dadurch können die Krankenhäuser in kürzerer Zeit als bisher Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten erhalten. Diese Zuschläge vereinbaren die Krankenhäuser mit den Kostenträgern auf Ortsebene. Die Vereinbarung der Zuschläge setzt voraus, dass das Krankenhaus oder ein Teil des Krankenhauses eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die hierfür vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllt und für die besondere Aufgabe eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist, d. h. die Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. Die Auslegung und Festlegung im Krankenhausplan und die Festlegung im Einzelfall kann künftig durch die Genehmigung des Zuschlags ersetzt werden. Dadurch können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern bereits vor der Entscheidung der Landesbehörde in Verhandlungen über die Zuschläge treten. Das Verfahren wird beschleunigt.

Zu Nummer 4 (§ 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a (§ 4 Absatz 1 Satz 1)

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Ausweisung der Vorhaltebewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog erstmals für das Jahr 2026. Daher wird das Erlösbudget im Jahr 2025 noch wie bisher verhandelt und nur im Jahr 2026 gehören die Vorhaltebewertungsrelationen auch zum Erlösbudget.

Zu Nummer 5 (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a0 (§ 5 Absatz 2)

Die derzeit geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V sehen als eine Voraussetzung einer Vereinbarung von Sicherstellungs-

zuschlagen die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vor. Um dem Transformationsprozess und den notwendigen planerischen Entscheidungen der Länder nicht vorzugreifen, kann abweichend von den derzeit geltenden rechtlichen Vorgaben eine Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch dann erfolgen, wenn an dem betreffenden Krankenhausstandort die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt sind.

Zu Buchstabe a (§ 5 Absatz 2a)

Durch die Änderung wird Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe a neu gefasst. Nach der bisher geltenden Fassung des § 5 Absatz 2a Satz 1 haben Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen sind, Anspruch auf zusätzliche Finanzierung. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Tatsächlich sind in der Liste Krankenhausstandorte aufgeführt. Neben der Standortidentifikationsnummer enthält sie auch die Bezeichnung des Standorts. Die Änderung dient daher der Angleichung der Regelung in § 5 Absatz 2a an die tatsächlichen Angaben, die die Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 enthält.

Zu Buchstabe d (§ 5 Absatz 3k)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 6 (§ 6 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b (§ 6 Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 6 Absatz 3 Satz 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 10 Absatz 5 Sätze 4 und 5.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 6 Absatz 3 Satz 6)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Anpassung der Mindererlösausgleiche in § 4 Absatz 3. Mit der Änderung wird gewährleistet, dass für die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 gebildeten Erlössummen von krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelten für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 2a die bislang geltenden Regelungen zur Ermittlung und zum Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen auch ab dem Kalenderjahr 2027 fortgelten.

Zu Doppelbuchstabe cc (§ 6 Absatz 3 Satz 8)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung in Satz 6.

Zu Nummer 7 (§ 6a des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a (§ 6a Absatz 1 Satz 1)

Aufgrund der Änderungen wird Artikel 3 Nummer 7 neu gefasst. Der Regelungsinhalt unter Buchstabe a entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b (§ 6a Absatz 2)

Zum Zweck der Bürokratieentlastung der Krankenhäuser ist für die Finanzierung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen (pflegeentlastende Maßnahmen), ab dem Vereinbarungsjahr 2025 ein pauschaler Anteil des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Erstmals bei der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 sind pauschal 2,5 Prozent des Pflegebudgets als pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget zu berücksichtigen. Für die Krankenhäuser entfallen die Nachweisverpflichtungen über die Durchführung und die Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen. Gleichzeitig wird Konfliktpotenzial zwischen den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung reduziert. Die Verhandlungen über das Pflegebudget werden so vereinfacht. Die Reduktion auf 2,5 Prozent erfolgt aufgrund der Abschaffung der bürokratischen Verpflichtung zum Nachweis der durchgeführten pflegeentlastenden Maßnahmen. Da ab dem Vereinbarungsjahr 2025 die in Satz 10 – neu – vorgesehenen Regelungen zur Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget gelten, wird geregelt, dass die Regelungen in Satz 6 bis 8 letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 anzuwenden sind.

Zu Buchstabe c (§ 6a Absatz 5 Satz 2)

Der Regelungsinhalt unter Buchstabe c entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 8 (§§ 6b und 6c des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu § 6b Absatz 2 Satz 2**

Die Regelung dient dazu, der durch das InEK nach § 37 Absatz 2 KHG vorzunehmenden Ermittlung der standortbezogenen Anteile am Vorhaltevolumen eines Landes für die jeweilige Leistungsgruppe Rechnung zu tragen. Nach § 37 Absatz 2 KHG ist Voraussetzung für die standortbezogene Ermittlung des Anteils des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe unter anderem die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen durch das Krankenhaus oder alternativ die Feststellung des Landes, dass die Leistungserbringung durch das Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (siehe Satz 1). Für den Fall, dass ein Krankenhaus sich im Wege des Widerspruchs oder der Anfechtungsklage gegen den einem anderen Krankenhaus gegenüber erlassenen Feststellungsbescheid wendet, hätte dies aufgrund der aufschiebenden Wirkung (§ 80 Absatz 1 Satz 1, Satz 2, § 80a Absatz 1 Verwaltungsgerichtsordnung) zur Folge, dass der Bescheid bis zum Eintritt der Rechtskraft nicht vollziehbar wäre. Infolgedessen müssten die Standorte des Krankenhauses, denen entsprechende Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, bei der Anteilsermittlung durch das InEK unberücksichtigt bleiben. Durch den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs oder einer Anfechtungsklage gegen einen Feststellungsbescheid wird der gesetzgeberisch intendierten Bedeutung einer vollständigen Grundlage für die Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung Rechnung getragen, die nicht durch die Erhebung von Widersprüchen oder Klagen im Einzelfall ausgehebelt werden soll.

Zu § 6b Absatz 4

Die Änderung dient der Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser. Gewährleistet wird mit der Regelung einerseits, dass Krankenhäuser Zuschläge auch dann unterjährig geltend machen können, soweit ihre Erlöse im dritten Quartal des laufenden Jahres ein Viertel ihres Gesamtvorhaletbudgets für dieses Kalenderjahr unterschreiten. Darüber hinaus wird geregelt, dass bereits bei einer quartalsweisen Unterschreitung um voraussichtlich jeweils mindestens fünf Prozent ein Anspruch auf Geltendmachung von Zuschlägen besteht. Ein entsprechendes Verlangen hat das Krankenhaus für den Fall, dass es Zuschläge aufgrund einer entsprechenden Unterschreitung der Erlöse im dritten Quartal geltend machen will, bis zum 30. September gegenüber den entsprechenden Stellen geltend zu machen. Zudem wird mit der vorliegenden Regelung der Prozentsatz für die Auslösung und Höhe des unterjährigen Zuschlags dynamisiert, indem die Zuschlagshöhe prozentual der Höhe der Unterschreitung der Erlöse entsprechend vorgegeben wird.

Zu § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1a

Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung der insbesondere zu vereinbarenden Vereinbarungsinhalte.

Zu § 6c Absatz 2 Satz 2

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass bei der Kalkulation des Gesamtvolumens auch die Kosten, die der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für stationäres Case Management und Patientensteuerung im Rahmen des Entlassmanagements entstehen und die den zu erbringenden stationären Leistungen zuzuordnen sind, bei der Kalkulation des Gesamtvolumens zu berücksichtigen sind. Zur Erleichterung der Kalkulation und Vereinbarung des Gesamtvolumens können die Vertragsparteien auf der Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 Vorgaben für die Berücksichtigung dieser Kosten machen.

Zu Nummer 9 (§ 7 des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 7 Absatz 2 Satz 1)**

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Ausweisung der Vorhaltebewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog erstmals für das Jahr 2026. Daher erfolgt die Ermittlung der Entgelte im Jahr 2025 wie bisher und nur im Jahr 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die Vorhaltebewertungsrelation.

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Dynamisierung der Zuschlagshöhe, die für den Fall der unterjährigen Unterschreitung der Erlöse prozentual der Höhe der Unterschreitung des für das jeweilige Quartal vor-

gesehenen Viertels des Gesamtvorhaltebudgets eines Krankenhauses für das entsprechende Kalenderjahr entspricht.

Zu Nummer 10 (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a (§ 8 Absatz 1 Satz 4)

Mit der Änderung wird ein neuer Buchstabe a in Artikel 3 Nummer 10 eingefügt, mit dem § 8 Absatz 1 Satz 4 geändert wird. Es handelt sich dabei um eine Folgeänderung aufgrund der in § 108 Nummer 4 SGB V neu geregelten Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung der Versicherten. Der Versorgungsauftrag eines Bundeswehrkrankenhauses ergibt sich aus der Bestimmung des Bundesministeriums der Verteidigung gemäß § 108 Nummer 4 SGB V.

Zu Buchstabe f (§ 8 Absatz 12)

Für die Behandlung pädiatrischer Fälle in Krankenhäusern, die besondere pädiatrische Strukturen vorhalten und daher im jeweiligen Kalenderjahr mindestens eine Leistungsgruppe aus dem Bereich Pädiatrie zugewiesen bekommen haben, wird vorgesehen, dass ab dem 1. Januar 2027 bei Fällen, die auf Basis der jeweils zu verwenden nach § 21 Absatz 3c zertifizierten Datenverarbeitungslösung einer dieser Leistungsgruppen zuzuordnen sind, kein Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer zu erheben ist unabhängig davon, ob für die jeweilige Fallpauschale im jeweils geltenden Fallpauschalen-Katalog und nach den jeweils geltenden nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Regelungen ein Abschlag vorgesehen ist. Für die Zuordnung der Leistungsgruppen zu dem Bereich Pädiatrie wird auf die für das jeweilige Kalenderjahr geltende Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zurückgegriffen, gemäß der Leistungsgruppen dem Bereich Pädiatrie zugeordnet sind.

Zu Nummer 11 (§ 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b (§ 9 Absatz 1a)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 9 Absatz 1a Nummer 5)

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 9 Absatz 1a Nummer 6)

Durch die Änderung wird die Regelung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 angepasst. Es wird geregelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Aufnahme von Krankenhausstandorten in die Liste vereinbaren. Nach der bisher geltenden Fassung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Tatsächlich sind in der Liste Krankenhausstandorte aufgeführt. Neben der Standortidentifikationsnummer enthält sie auch die Bezeichnung des Standorts. Die Änderung dient daher der Angleichung der Regelung in § 9 Absatz 1a Nummer 6 an die tatsächlichen Angaben, die die dort genannte Liste enthält. Darüber hinaus erfolgt eine Anpassung der Liste auch, soweit diese bereits bislang tatsächlich Kinderkrankenhausstandorte und Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin aufführt, und dient insofern der Angleichung an die tatsächlichen Angaben, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der jährlichen Vereinbarung vorzusehen sind.

Die derzeit geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V sehen als Voraussetzung der Aufnahme in die Liste der Krankenhäuser die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vor. Um den Transformationsprozess und die notwendigen planerischen Entscheidungen in den Ländern nicht zu beeinträchtigen, ist abweichend von den derzeit geltenden rechtlichen Vorgaben eine Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch dann vorzusehen, wenn die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt sind. Für die bereits zum 30. Juni 2024 beschlossene Liste für das Jahr 2025 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene fristgebunden beauftragt, eine Erweiterung der gelisteten Krankenhausstandorte zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen, die sich daraus ergibt, dass Krankenhausstandorte nur deshalb nicht in die Liste aufgenommen wurden, weil sie die Anforderungen an

die Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt haben.

Zu Buchstabe d (§ 9 Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 9 Absatz 2 Satz 1)

Die bereits bestehende Regelung, dass die Schiedsstelle eine Entscheidung innerhalb von zwei Wochen zu treffen hat, wenn die Vertragsparteien die jährliche Vereinbarung des Veränderungswerts nicht bis zu 31. Oktober eines Jahres abgeschlossen haben, wird um eine fristgebundene Entscheidung der Schiedsstelle für den Fall ergänzt, dass die Vertragsparteien die auf Grund der Anwendung des vollen Orientierungswerts erforderlich werdende Neuvereinbarung des Veränderungswerts nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht fristgerecht abschließen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der Veränderungswert auch bei Nichtvereinbarung der Vertragsparteien frühzeitig festgelegt und damit die Voraussetzung für die beabsichtigte zeitnahe finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser geschaffen wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 12 (§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a0 (§ 10 Absatz 1 Satz 7)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Vorhaltevergütung, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der speziellen sektorengleichen Vergütung. Mit der Regelung wird gewährleistet, dass aus einer Ausgliederung aus dem DRG-Bereich und der Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich keine Veränderungen des Landesbasisfallwerts resultieren. Um dies zu erreichen, wird vorgesehen, dass bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts die aus einer Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich resultierenden Veränderungen sowohl der effektive Bewertungsrelationen als auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe a (§ 10 Absatz 4 Satz 4)

Die bereits im Kabinettentwurf enthaltene Regelung, dass aus der Einführung der Vergütung des Vorhaltebudgets keine Ausnahme von der Einhaltung der Obergrenze für den Anstieg der Landesbasisfallwerte resultiert, wird auf die Einführung der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der speziellen sektorengleichen Vergütung ausgeweitet. Durch die Einführung dieser Vergütungen werden Leistungen, die bislang mit Fallpauschalen und somit auf Grundlage des Landesbasisfallwerts vergütet wurden, zukünftig mit anderen Entgelten vergütet. Hieraus ergibt sich keine Notwendigkeit, den Landesbasisfallwert, das heißt das Preisniveau für Leistungen, die weiterhin mit Fallpauschalen vergütet werden, oberhalb der Obergrenze vereinbaren zu können. Daher wird eine Überschreitung der Obergrenze insoweit ausgeschlossen. Die Regelung dient somit dazu, bei über Fallpauschalen und den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Zu Buchstabe b (§ 10 Absatz 5)

Zu Doppelbuchstabe dd (§ 10 Absatz 5 Satz 4 und 5)

Der neue Satz 4 entspricht dem Gesetzentwurf. Durch den neuen Satz 5 wird sichergestellt, dass die Refinanzierung der maßgeblichen Tarifierhöhungen, die im Jahr 2024 wirksam geworden sind, frühzeitig und umfassend im Jahr 2025 erfolgt. Um dies zu erreichen, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Erhöhungsrage in Höhe des Unterschieds des für das Jahr 2024 geltenden Veränderungswerts und der im Jahr 2024 wirksam gewordenen maßgeblichen Tarifierhöhungen zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zudem eine anteilige Erhöhungsrage zu vereinbaren, die berücksichtigt, dass mit dem Landesbasisfallwert nicht nur Tarifierhöhungen und damit Personalkosten, sondern auch Sachkosten finanziert werden. Durch die anteilige Erhöhungsrage erfolgt eine hundertprozentige Refinanzierung der maßgeblichen Tarifierhöhungen, ohne dass es zu einer Übervergütung der Sachkosten kommt. Die anteilige Erhöhungsrage ist der Anpassung des Landesbasisfallwerts zu Grunde zu legen, die, entsprechend dem mit dem Gesetzentwurf angefügten Satz, bereits unterjährig vorgenommen werden kann. Die vorgesehene Ver-

einbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate ist zusätzlich zu einer etwaig nach Satz 4 zu treffenden Vereinbarung zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe ee (§ 10 Absatz 5 Satz 8)

Es handelt um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung der Sätze 4 und 5.

Zu Buchstabe c (§ 10 Absatz 6)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 6 Satz 2 ff.)

Es handelt sich um Regelungen, die den gesetzlichen Rahmen für die Ermittlung des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt (StBA) weiterentwickeln sollen. Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Vorschrift nach § 10 Absatz 6 Satz 1, zweiter Halbsatz KHEntgG zum Erlass einer Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), mit welcher die für die Ermittlung des Orientierungswertes durch das StBA zu erhebenden Daten festgelegt werden können. Es wird gesetzlich vorgegeben, dass entsprechende Erhebungen durch das StBA im Jahresturnus durchgeführt werden. Hierbei hat den Erhebungen ein Berichtszeitraum zugrunde zu liegen, der die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Des Weiteren wird gesetzlich vorgegeben, dass und welche Krankenhäuser zur Datenübermittlung verpflichtet sind. Darüber hinaus wird die Befugnis des StaBA geregelt, soweit zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich, die nach den weiteren Vorgaben der zu erlassenden Rechtsverordnung erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG genannten Daten zusammenführen.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 6 Satz 7)

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 18 (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe a (§ 21 Absatz 2)

Aufgrund der Änderungen wird Artikel 3 Nummer 18 neu gefasst. Der Regelungsinhalt unter Buchstabe a entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b (§ 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3)

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollen künftig eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung an den bundesweit einheitlichen, nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Leistungsgruppen und den für die jeweiligen Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien ausrichten. Zu diesem Zweck werden ihnen landesbezogen weitere von den Krankenhäusern zu übermittelnde Daten zur Verfügung gestellt, die die Krankenhäuser bereits an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle zu melden haben. Zusätzliche Datenerhebungen der Länder werden so unnötig, wodurch eine Entbürokratisierung erreicht und die Krankenhäuser nicht weiter belastet werden.

Die bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen umfassen auch Vorgaben für das ärztliche Personal und zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Um standortindividuelle Informationen über die Ausstattung mit Pflegepersonal und ärztlichem Personal nutzen zu können, werden den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden landesbezogen jährlich zusätzlich die nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und f von den Krankenhäusern zu übermittelnden Daten zum Pflegepersonal und zum ärztlichen Personal von der Datenstelle zur Verfügung gestellt.

Zu Buchstabe c (§ 21 Absatz 3b)

Doppelbuchstabe aa (§ 21 Absatz 3b Satz 1)

Die nach Absatz 3b Satz 1 zulässigen Verwendungszwecke der durch die Krankenhäuser unterjährig zu übermittelnden Daten werden um die Zwecke der Krankenhausplanung ergänzt.

Doppelbuchstabe bb (§ 21 Absatz 3b Satz 5)

Die Datenstelle wird verpflichtet, die unterjährig von den Krankenhäusern übermittelten und durch die Datenstelle auf Plausibilität geprüften Daten innerhalb von zwölf Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist landesbezogen an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu übermitteln. Die Datenstelle kann hierfür

auf die etablierten Übermittlungswege zurückgreifen, die zwischen der Datenstelle und den Ländern für die Übermittlung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genutzt werden.

Zu Buchstabe d (§ 21 Absatz 3d)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 21 Absatz 3d Satz 1)

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die an die von ihm geführte Datenstelle nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellsten Fassung und die nach Absatz 7 Satz 1 und nach § 137i Absatz 4 Satz 1 bis 3, 6 und 7 SGB V übermittelten Daten standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen auszuwerten, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d SGB V erforderlich ist. Vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit ist dabei sicherzustellen, dass die ausgewerteten und an das IQTIG nach Satz 3 zu übermittelnden Auswertungen für die genannten Zwecke notwendig und geeignet sind. Die Vorschrift wird insoweit mit den Vorgaben des Absatzes 3a harmonisiert.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 21 Absatz 3d Satz 3)

Es handelt sich um eine Korrektur, da die Übermittlung von Datenauswertungen nicht barrierefrei erfolgen kann, sowie eine Anpassung, dass die Auswertungen nach Satz 1 zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe e (§ 21 Absatz 3e)

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt nach § 135f Absatz 2 Satz 1 SGB V das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der in § 135f Absatz 4 Satz 2 SGB V genannten Kriterien wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung und die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Für die Erarbeitung dieser Vorgaben benötigt das IQWiG Auswertungen der von den Krankenhäusern übermittelten Daten. Analog zu Absatz 3d regelt der neue Absatz 3e, dass das IQWiG zu diesem Zweck notwendige und geeignete Auswertungen vom InEK erhalten kann. Satz 2 legt fest, dass die Datenstelle die erforderlichen Daten an das InEK übermittelt. Satz 3 regelt die Übermittlung der Auswertungen an das IQWiG.

Zu Buchstabe f (§ 21 Absatz 7)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 21 Absatz 7 Satz 1)

Durch die Änderung im Absatz 7 Satz 1 wird klargestellt, dass die nach § 21 Absatz 7 erhobenen Daten bei Einführung eines Personalbemessungsinstruments für das ärztliche Personal auch für diese Zwecke verwendet werden können. Dies ist notwendig, um eine doppelte Datenübermittlung zu vermeiden und keine unnötigen zusätzlichen bürokratischen Belastungen für die Krankenhäuser zu schaffen.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 21 Absatz 7 Satz 2)

Absatz 7 Satz 2 sieht eine entsprechende Geltung von Absatz 3b Satz 2 bis 5 erster Halbsatz vor. Hierdurch erfolgt eine Klarstellung, dass die quartalsweisen Übermittlungen des ärztlichen Personals zur Veröffentlichung im Transparenzregister nicht an die zuständigen Landesbehörden zu übermitteln sind.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2 Absatz 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Buchstabe a (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2)

Die Änderung vollzieht die Änderung des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG für den Bereich der allgemeinen Krankenhäuser für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach der BPfIV unmittelbar nach und ist deshalb zwingend erforderlich. Diese Einrichtungen sollen rechtlich genauso behandelt werden wie allgemeine Krankenhäuser. Auch für diese Einrichtungen wird daher der Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 BPfIV erweitert.

Zu Nummer 4 (§ 9 der Bundespflegesatzverordnung)

Die bereits bestehende Regelung, dass die Schiedsstelle eine Entscheidung innerhalb von zwei Wochen zu treffen hat, wenn die Vertragsparteien die jährliche Vereinbarung des Veränderungswerts nicht bis zu 31. Oktober eines Jahres abgeschlossen haben, wird um eine fristgebundene Entscheidung der Schiedsstelle für den Fall ergänzt, dass die Vertragsparteien die auf Grund der Anwendung des vollen Orientierungswerts erforderlich werdende Neuvereinbarung des Veränderungswerts nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht fristgerecht abschließen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der Veränderungswert auch bei Nichtvereinbarung der Vertragsparteien frühzeitig festgelegt und damit die Voraussetzung für die beabsichtigte zeitnahe finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser geschaffen wird.

Zu Artikel 4a (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)**Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 1 Satz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)**

Um die Förderverfahren der Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG und § 12a KHG endgültig abschließen zu können, sollen diese zu Beginn der Laufzeit des Transformationsfonds beendet werden. Es wird daher vorgesehen, die Möglichkeit der Stellung von Ersatzanträgen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 KHSFV bis zum 31. Dezember 2025 zu befristen. Durch den Abschluss des Krankenhausstrukturfonds reduziert sich der Verwaltungsaufwand des BAS und es werden Kapazitäten für die Verwaltung des Transformationsfonds frei.

Zu Nummer 2 (§ 14 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)**Zu Buchstabe a (§ 14 Absatz 1 Satz 1)**

Um die in Artikel 2 Nummer 4 vorgesehene Änderung zur Verlängerung der Antragsfrist des Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025 nachzuvollziehen, wird diese Frist auch in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung entsprechend verlängert. Mit der Änderung soll eine nahtlose Förderung von strukturverbessernden Vorhaben bis zum Beginn des Transformationsfonds am Januar 2026 gewährleistet werden. Das Volumen des Krankenhausstrukturfonds erhöht sich durch die Verlängerung nicht.

Zu Buchstabe b (§ 14 Absatz 1 Satz 2)

Um die Förderverfahren der Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG und § 12a KHG endgültig abschließen zu können, sollen diese zu Beginn der Laufzeit des Transformationsfonds beendet werden. Es wird daher durch die Streichung die Möglichkeit der Stellung von Ersatzanträgen beendet. Mittel des Krankenhausstrukturfonds, die am 31. Dezember 2025 nicht durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge vollständig beantragt worden sind, stehen nach der bereits in § 12a Absatz 2 Satz 4 KHG vorgesehenen Regelung für eine Förderung aus dem Transformationsfonds zur Verfügung. Durch den Abschluss des Krankenhausstrukturfonds reduziert sich der Verwaltungsaufwand des BAS und es werden Kapazitäten für die Verwaltung des Transformationsfonds frei.

Zu Artikel 5a (Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Artikel 5b (Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Artikel 6 (Änderung des § 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)**Zu Nummer 1 (§ 187 Absatz 9 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)****Zu Buchstabe a (§ 187 Absatz 9 Satz 1)**

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b (§ 187 Absatz 9 Satz 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Satzes 1.

Zu Buchstabe c (§ 187 Absatz 9 Satz 5)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatzes 10.

Zu Nummer 2 (§ 187 Absatz 10)

Mit der Änderung wird Absatz 10 neu gefasst und eine ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens geltende Ausnahme von der Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) geregelt, allein unter der Voraussetzung, dass eine Befürwortung des Zusammenschlusses durch die für die Landeskrankenhausplanung zuständigen Landesbehörden stattgefunden hat und der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen wird. Gegenstand dieser Prüfung ist lediglich, dass die betreffende Behörde erstens den Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält; dies kann etwa mit Blick auf die Ziele der Krankenhausreform nach dem KHVVG begründet werden. Zweitens muss die zuständige Landesbehörde angeben, ob dem Zusammenschluss auf Grundlage der ihr im Bestätigungszeitpunkt vorliegenden Erkenntnissen andere wettbewerbsrechtliche Vorschriften entgegenstehen. Hierfür muss die Behörde lediglich ihren aktuellen Kenntnisstand darstellen und keine weitergehenden Informationen einholen.

Für Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden, gilt die in Absatz 9 vorgesehene Ausnahmemöglichkeit.

Die zuständigen Landeskrankenhausbehörden bestätigen die Erforderlichkeit zur Verbesserung der Krankenhausversorgung schriftlich. Nur sofern diese schriftliche Bestätigung abgelehnt wird oder bei Untätigkeit der Behörde über einen Zeitraum von zwei Monaten, ist ein Antrag auf Freigabe im Rahmen einer wettbewerbsrechtlichen Prüfung beim Bundeskartellamt möglich. Damit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde jedoch die wettbewerblichen Aspekte eines Zusammenschlusses besser nachvollziehen und gegebenenfalls berücksichtigen kann, setzt sie sich vor einer Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 mit dem Bundeskartellamt ins Benehmen. Dadurch kann die Behörde die Erkenntnisse nutzen, über die das Bundeskartellamt bereits verfügt. Das Bundeskartellamt muss für diesen Zweck keine eigenen Ermittlungen anstellen oder zusätzliche Informationen einholen.

Mit dieser Vorschrift wird ein Konsolidierungsfenster bis zum 31. Dezember 2030 geschaffen, in dem es Krankenhäusern offensteht, ohne wettbewerbsrechtliche Prüfung zu fusionieren. Diese Ausnahme dient der raschen Erreichung der Ziele des KHVVG und dem Anliegen der Verfahrenserleichterung.

Die Vorschrift überträgt die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die zuständigen Landesplanungsbehörden, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Nur für den Fall, dass eine Bescheinigung nicht erfolgt, ist ein Antrag auf Freigabe eines Zusammenschlusses beim Bundeskartellamt als weitere Option möglich. Durch die Vorschrift wird verhindert, dass parallele Verfahren vor den zuständigen Landesplanungsbehörden und dem Bundeskartellamt geführt werden, um Ressourcen zu schonen und divergierende Entscheidungen zu verhindern. Indem in bestimmten Fällen ein Fusionskontrollverfahren des Bundeskartellamtes dennoch möglich ist, enthält diese Vorschrift einen Sicherungsmechanismus. Denkbar sind etwa Fälle, in denen die zuständige Landesplanungsbehörde unter Einbezug der Informationen bzw. Einschätzungen des Bundeskartellamtes im Rahmen des Benehmens Zweifel hinsichtlich einer bestimmten Fusion und ihrer Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung hat, etwa aufgrund von zahlreichen Übernahmen durch denselben Krankenhausträger in räumlicher Nähe. Spätestens nach sechs Jahren wird eine Evaluierung der Vorschrift durch das zuständige Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz erfolgen. Diese soll sich auf eine Stellungnahme der Monopolkommission stützen, inwieweit die Regelung zur Konsolidierung der Krankenhauslandschaft und Verbesserung der Krankenhausversorgung beigetragen hat. Die weiteren Vorgaben in den Sätzen 7 bis 9 sind erforderlich, um die für die Evaluation des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz und die Stellungnahme der Monopolkommission relevanten Daten erheben und verarbeiten zu können. Zu den in Satz 7 genannten Krankenhäusern, die von einem Zusammenschluss im Sinne des Satzes 1 betroffen sind, zählen nicht nur die jeweils fusionierenden Krankenhäuser, sondern auch die Krankenhäuser, die mit den am Zusammenschluss beteiligten Unternehmen in einem Wettbewerbsverhältnis stehen.

Zu Nummer 3 (§ 187 Absatz 11)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatzes 10.

Zu Nummer 4 (§ 187 Absatz 12)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des Absatzes 10.

Zu Artikel 6a (Änderung des Artikels 14 des MDK-Reformgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der in § 17c Absatz 7 KHG vorgesehenen Änderungen, namentlich der Verschiebung der Frist für die Vorlage des durch den GKV-Spitzenverband und die DKG zu erstellenden Berichts um ein Jahr sowie die Fokussierung der Berichtsinhalte auf die Abrechnungsprüfung. Entsprechend ist auch die Frist für den Bericht des BMG gegenüber dem Deutschen Bundestag, die sich an der des Berichts nach § 17c Absatz 7 KHG bemisst, um ein Jahr zu verschieben.

Berlin, den 16. Oktober 2024

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Dr. Stephan Pilsinger
Berichterstatter

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Kay-Uwe Ziegler
Berichterstatter

Ates Gürpınar
Berichterstatter

Andrej Hunko
Berichterstatter

