

10.10.25

G - Fz - K

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenanpassungsgesetz - KHAG)

A. Problem und Ziel

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. I 2024 Nr. 400 – KHVVG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und der Vergütungsstrukturen vorsieht.

Um die praktische Umsetzung der mit dem KHVVG insbesondere im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorgenommenen Änderungen zu erleichtern, ist es notwendig, verschiedene Anpassungen der Regelungen vorzunehmen. Die Regelungen sollen mit dem Ziel, eine qualitative und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, praxisgerecht fortentwickelt werden. Hierzu sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen insbesondere im Hinblick auf die Vorhaltevergütung sowie die Leistungsgruppen, in die die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen eingeteilt sind, und die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen angepasst werden.

B. Lösung; Nutzen

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages haben sich die Regierungsparteien auf eine Fortentwicklung der Krankenhausreform verständigt. Zur praxisnahen Weiterentwicklung und besseren Umsetzbarkeit der mit dem KHVVG insbesondere im SGB V, im KHG und im KHEntgG vorgenommenen Änderungen werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem die Regelungen zur Finanzierung des Transformationsfonds geändert, Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern erweitert, Leistungsgruppen, in die die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen eingeteilt sind, Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen und die Maßgaben zu deren Erfüllung überarbeitet sowie Zwischenfristen insbesondere zur Einführung der Vorhaltevergütung und im Hinblick auf die Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu den Leistungsgruppen angepasst.

Fristablauf: 21.11.25

besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 GG

Nutzen

Das derzeitige System der Krankenhausversorgung in Deutschland gilt als kostenintensiv und wenig effizient. Trotz der hohen Kosten wird dabei nicht immer eine ausreichende Behandlungsqualität erzielt. Um eine qualitativ hochwertige, effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nachhaltig und dauerhaft gewährleisten zu können, ist daher eine umfangreiche Strukturreform notwendig. Zentrale Ziele der mit dem KHVVG bewirkten Krankenhausreform sind die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie die Entbürokratisierung von Verfahren.

Der vorliegende Gesetzesentwurf sorgt für eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung und stellt die Umsetzung der mit dem KHVVG bewirkten Krankenhausreform sicher.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Durch die zeitliche Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Aufteilung der zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken nach § 38 KHG vorgesehenen Zuschläge sowie der Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr entstehen keine neuen oder zusätzlichen Haushaltsausgaben. Die damit in Verbindung stehenden und bereits mit dem KHVVG vorgesehenen Haushaltsausgaben verschieben sich lediglich um ein Jahr. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für ihre Krankenhausstandorte Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird, verursachen keine Haushaltsausgaben. Dies gilt auch für die geänderten Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 KHEntgG und die geänderten Regelungen zur Abrechnung von onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG. Etwaige Mehrbedarfe im Sach- und Personalhaushalt sind vollständig und dauerhaft im fachlich betroffenen Einzelplan gegenzufinanzieren.

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 29 Milliarden Euro (in den Jahren 2026 bis 2029 jeweils 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jeweils 2,5 Milliarden Euro).

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Änderung der Regelungen zur Finanzierung des Transformationsfonds kann bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausgabenbelastung in Höhe von 25 Milliarden Euro in den Jahren 2026 bis 2035 vermieden werden. Die Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds (im Jahr 2025 Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Millionen Euro sowie in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 2,7 Millionen Euro jährlich) erfolgt aus den Restmitteln des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG. Demgegenüber stehen Minderbelastungen aus der Streichung des vollständigen Übertrags der Restmittel des Krankenhausstrukturfonds an den Transformationsfonds in Höhe eines

niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrages über die Laufzeit des Transformationsfonds.

E. Erfüllungsaufwand

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Aufteilung der zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken nach § 38 KHG vorgesehenen Zuschläge sowie der Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten Erfüllungsaufwand hinausgehender Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser einher. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in den Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für ihre Krankenhausstandorte Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand. Dies gilt auch für die geänderten Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 KHEntgG und die geänderten Regelungen zur Abrechnung der onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG. Die Krankenhäuser werden durch eine vereinfachte Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds geschätzt um rund 3 Millionen Euro jährlich entlastet.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand infolge der gesetzlichen Änderungen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Krankenhäuser werden entlastet, da die in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) vorgesehene Vorgabe entfällt, für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu beauftragen, um gegenüber dem jeweiligen Land den Nachweis einer Prüfung des Insolvenzrisikos des Krankenhausträgers zu erbringen. Die Krankenhäuser werden geschätzt um rund 3 Millionen Euro jährlich entlastet. Hierbei handelt es sich um eine Reduzierung der Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Aufteilung der zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken nach § 38 KHG vorgesehenen Zuschlägen sowie der Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten Erfüllungsaufwand hinausgehender Erfüllungsaufwand für Bund, Länder und Kommunen als Beihilfeträger einher. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in den Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für ihre Krankenhausstandorte Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand.

Die Landesplanungsbehörden werden dadurch entlastet, dass die für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehene Pflicht der Länder, gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nachzuweisen, dass sie das

Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft haben, gestrichen wird.

F. Weitere Kosten

Keine.

10.10.25

G - Fz - K

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)**

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Berlin, 10. Oktober 2025

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Anke Rehlinger

Sehr geehrte Frau Bundesratspräsidentin,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 des Grundgesetzes den
von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

mit Begründung und Vorblatt.

Der Gesetzentwurf ist besonders eilbedürftig, um durch eine zügige Umsetzung
den Ländern Rechts- und Planungssicherheit für die Wahrnehmung ihrer kranken-
hausplanerischen Aufgaben zu geben.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1
NKRG ist als Anlage beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen
Friedrich Merz

Fristablauf: 21.11.25

besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 GG

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

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 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 109 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nummer 3 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarende Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden, sowie der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.“

b) Absatz 3a Satz 4 bis 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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 der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus, mit dessen Träger der Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll, an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 erfüllt werden können. 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 5 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.“

2. § 110 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

3. § 135d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

bb) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 8 Nummer 2“ durch die Angabe „Satz 6 Nummer 2“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ordnet jeden Standort eines Krankenhauses zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis auf der Grundlage der von den Krankenhäusern nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten einer Versorgungsstufe zu. Ein Standort eines Krankenhauses ist zuzuordnen der

- 1. Versorgungsstufe „Level 3U“, wenn es sich um einen Standort einer Hochschulklinik handelt und an ihm Leistungen aus mindestens fünf internistischen Leistungsgruppen, mindestens fünf chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Intensivmedizin sowie zusätzlich aus acht weiteren Leistungsgruppen erbracht werden,
- 2. Versorgungsstufe „Level 3“, wenn an ihm die in Nummer 1 genannten Leistungen erbracht werden und es sich nicht um einen Standort einer Hochschulklinik handelt,
- 3. Versorgungsstufe „Level 2“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens zwei internistischen Leistungsgruppen, mindestens zwei chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Intensivmedizin sowie zusätzlich drei weiteren Leistungsgruppen erbracht werden,
- 4. Versorgungsstufe „Level 1n“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie sowie der Leistungsgruppe Intensivmedizin erbracht werden oder wenn es sich um ein in den Sätzen 3 oder 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurde.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses, der

- 1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
- 2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und

3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,

der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; die Zuordnung ist zu begründen. Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet. Eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 tritt an die Stelle einer Zuordnung nach Satz 2 Nummer 4, sofern diese bereits erfolgt ist. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Krankenhäuser sind im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 oder eine Änderung dieser Zuordnung mit; die Mitteilung über eine Zuordnung nach Satz 3 oder Änderung dieser Zuordnung hat auch die Begründung der Zuordnung zu umfassen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt auf Vorschlag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, in welchen Fällen bei der Zuordnung zu einer Versorgungsstufe eine Leistungsgruppe nicht zu berücksichtigen ist, weil der Standort eines Krankenhauses im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in der Leistungsgruppe erbracht hat.“

4. § 135e wird durch den folgenden § 135e ersetzt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einteilen und
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien nach Maßgabe des Absatzes 4, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung,
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen.

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.

(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 Anlage 1 und Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien 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 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 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. Ehrenamtlich Tätige, die von den Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Ausschuss nach Satz 1 entsandt werden, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des Verdienstaufschlags in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch; die Ansprüche richten sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen; § 140f Absatz 2 Satz 1, 2 und 4, Absatz 5, 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss richten; die Zahl der sachkundigen Personen beträgt höchstens vier. Der Medizinische Dienst Bund kann ebenfalls 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 sowie zu den Aufgaben der nach Satz 15 eingerichteten Geschäftsstelle in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle und der Bedarf für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Hinzuziehung externer Sachverständiger sowie mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses werden auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

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,

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,
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,
4. 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, wobei der genannte Zeitraum an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss,
5. 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,
6. 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) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 38,5 Wochenstunden entspricht,
 - b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,
 - 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,
 - d) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und
 - e) der zeitliche Umfang an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss und
7. 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) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist,

- b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder
- c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt.

Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, 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.“

5. § 135f wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
- b) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026 zu erlassen.“

6. § 136a Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum 30. Juni 2025 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten 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. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend.“

7. § 136c wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für einen nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festlegen, bis zu dem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Einträge aus der jeweili-

gen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkologischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der für eine Beschlussfassung erforderlichen Zuordnung von Fällen zu den nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereichen eine nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierte Datenverarbeitungslösung zu verwenden. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen. Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor der Beschlussfassung eine Folgenabschätzung zu den Auswirkungen eines nach Satz 1 festgelegten Anteils von weniger als 15 Prozent auf die Krankenhausstandorte und auf die patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit onkologischen Leistungen durch und bezieht deren Ergebnisse in die Entscheidung ein. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet von den an die von ihm geführte Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b bis f des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Daten in der jeweils aktuellen Fassung aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss für eine Beschlussfassung geeignet und notwendig ist und der Gemeinsame Bundesausschuss die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 7 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 7. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Auswertungen nach Satz 7. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswertungen nach Satz 7 in die Entscheidung einzubeziehen.“

- b) In Absatz 6 wird die Angabe „nach den Absätzen 3 bis 5“ durch die Angabe „nach den Absätzen 1 und 3 bis 5“ ersetzt.

8. § 137i Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 festzulegen; dabei soll in Abhängigkeit von dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand bestimmt, nach Schweregradgruppen differenziert werden.“

9. § 221 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

1. um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und
2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil wird dem Innovationsfonds und der in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil dem Strukturfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden in Satz 1 genannten

Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a und des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange ein Anteil nach Satz 4 noch nicht feststeht, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

10. § 271 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 22,5 Prozent der Summe der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr und der für dieses Geschäftsjahr erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a betragen. Die Höhe der Liquiditätsreserve darf nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Betrag von 30 Prozent der Summe der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr und der für dieses Geschäftsjahr erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a nicht überschreiten. Abweichend von den Sätzen 3 und 4 muss die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2026 mindestens 22,5 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für das Geschäftsjahr 2026 betragen und darf einen Betrag von 30 Prozent dieser Ausgaben nicht überschreiten. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach den Sätzen 4 oder 5, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.“

b) Absatz 6 Satz 2 bis 4 wird gestrichen.

11. § 275a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.

b) Absatz 2 Satz 7 und 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Prüfungen, die nach Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Zuweisung oder nach Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 31. Juli 2026 abzuschließen.“

c) Absatz 4 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung hierüber.“

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Krankenhäuser können beim Medizinischen Dienst Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beantragen.“

bb) Die Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c 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

1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. dem Verband der Privaten Krankenversicherung und
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

Hebt der Medizinische Dienst den in Satz 2 genannten Bescheid oder die in Satz 3 genannte Bescheinigung auf, so informiert er unverzüglich die in Satz 4 genannten Stellen auf elektronischem Wege hierüber.“

e) Absatz 7 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beantragt 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.“

f) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „§ 136 Absatz 2 und 5“ durch die Angabe „§ 136a Absatz 2 und 5“ ersetzt.

12. § 278 Absatz 4 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„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,

2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

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. Der Medizinische Dienst Bund kann in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8 festlegen, dass von den Berichtspflichten der Medizinischen Dienste nach den Sätzen 1 und 2 abzu- sehen ist, wenn ihm die entsprechenden Daten in der Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1 zugänglich sind.“

13. § 283 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den in Satz 1 genannten Richtlinien kann der Medizinische Dienst Bund auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.“

- b) Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste oder die entsprechenden in der Datenbank nach Absatz 5 Satz 1 enthaltenen Daten

1. nach § 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 und
2. nach § 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.“

- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen und Informationen und die in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen und“.

- bb) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst Bund darf personen- und einrichtungsbezogene Daten in der Datenbank verarbeiten, soweit dies erforderlich ist, um die ihm nach § 275a Absatz 2 Satz 5 und Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen; die Erforderlichkeit der Verarbeitung

personen- und einrichtungsbezogener Daten zu diesem Zweck ist jeweils in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu begründen. Im Übrigen erfolgt die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank ohne Personenbezug.“

14. § 427 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „31. Dezember 2028“ wird durch die Angabe „31. Juli 2027“ ersetzt.

bb) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„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; dabei sind insbesondere die Auswirkungen der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht erfüllen, auf die Leistungserbringung dieser Krankenhäuser sowie der Umfang und die Gründe der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht erfüllen, zu berücksichtigen,“.

cc) In Nummer 4 Buchstabe d wird der Punkt am Ende durch die Angabe „und“ ersetzt.

dd) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 135d Absatz 4 Satz 3, insbesondere über die Begründungen für die Zuordnung, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 7 zu übermitteln sind.“

b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die für die nach den Sätzen 1 und 2 vorzulegenden Berichte über die in Satz 1 Nummer 5 genannte Zuordnung erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufenen Sachverständigenrat von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in anonymisierter Form und landesbezogen zu übermitteln.“

15. Anlage 1 wird durch die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Anlage 1 ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Krankenhausstandorte sind oder
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.“

2. § 6a wird durch den folgenden § 6a ersetzt:

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1, 2 oder 4 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 die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsweg gegeben. Als einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten

1. Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden, oder
2. Leistungsgruppen, die bis zum 31. Dezember 2030 einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen werden, sofern das jeweilige Land bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen hat.

(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. 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.

(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 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. Bundeswehrkrankenhäuser 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.

(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen 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 diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist,
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder
3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammenge-

legt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen.

Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall 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 2 unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in den in Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Fällen 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 einer Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einvernehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen jeweils gemeinsam und einheitlich.

(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,

1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes herausgenommen wird,
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 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 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.

Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden

1. in einem in Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 genannten Fall,
2. wenn die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen ist und die in Absatz 4 Satz 2 genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz 3 genannten Fall der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder
3. 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.

Satz 1 Nummer 3 ist in einem in Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 genannten Fall nicht anzuwenden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 3 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.

(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. September eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2027, zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:

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 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,
4. die Angabe, ob in Folge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengelegt wurde einschließlich des Zeitpunkts der Zusammenlegung und
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 Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten innerhalb der folgenden Fristen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermitteln, um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer der folgenden Informationen zu ermöglichen:

1. bis zum 31. Dezember 2025 für eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 und
2. bis zum 31. Dezember 2026 für eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2027.

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 jeweils unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:

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 sowie jeder Zuweisung nach landesrechtlichen Vorschriften nach Absatz 1 Satz 8 Nummer 2,
 2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe,
 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 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
 4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
3. In § 6b Satz 8 wird die Angabe „31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026“ durch die Angabe „30. September eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2027“ ersetzt.
4. § 12a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2025 insgesamt bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. 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). 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 sowohl für die Verwaltung des Transformationsfonds nach § 12b als auch für die für die Durchführung der Förderung nach § 12b notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung zur Verfügung und werden hierfür in den Jahren 2026 bis 2035 jeweils bis zum 1. Februar an den Transformationsfonds nach § 12b übertragen; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“

5. § 12b wird durch den folgenden § 12b ersetzt:

„§ 12b

Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten Rechtsänderungen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Transformationsfonds in Höhe von 29 Milliarden Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2029 jährlich einen Betrag von 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jährlich einen Betrag von 2,5 Milliarden Euro, im Jahr 2026 bis zum 1. April und in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils bis zum 15. Januar zur Verfügung. Aus dem Transformationsfonds können an zugelassenen Krankenhäusern gefördert werden

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,

abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an die-sen Vorhaben beteiligt sind,

2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes, der nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
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, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken, an diesen Vorhaben beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten oder
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 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 3 gefördert werden können, aufgenommen wurden. Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind nicht förderfähig.

(2) Das Fördervolumen eines Kalenderjahres entspricht dem vom Bund nach Absatz 1 Satz 2 in diesem Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Betrag, abzüglich der in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung 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 für das Jahr 2019 ergibt, zuzüglich der nach Satz 4 für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr übertragenen Mittel und der nach Absatz 3a Satz 6 zurückgezahlten Fördermittel. Für jedes der 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 und der nach Absatz 3a Satz 6 und 7 zurückgezahlten Fördermittel 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 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, und dem Betrag, in dessen Höhe dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 3a 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.

(3) Ein Land kann für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 Satz 2 beantragen, wenn

1. das jeweilige Land die Förderfähigkeit des zu fördernden Vorhabens und die für dieses Vorhaben förderfähigen Kosten nach Maßgabe der in Absatz 1 Satz 3 und 5 bestimmten förderrechtlichen Voraussetzungen geprüft und festgestellt hat,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,
3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu dem folgenden Anteil trägt und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt:
 - a) bei einer Antragstellung für ein in den Jahren 2026 bis 2029 zu förderndes Vorhaben zu einem Anteil von mindestens 30 Prozent und
 - b) bei einer Antragstellung für ein in den Jahren 2030 bis 2035 zu förderndes Vorhaben zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent,
4. das jeweilige Land
 - 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 der in Nummer 3 genannten Anteile an den Kosten der aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht 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 des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile an den Kosten der aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht,
5. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind und
6. das jeweilige Land nachweist, dass für nach Absatz 1 Satz 3 zu fördernde Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, die zu beantragenden Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden und eine zweckwidrige Verwendung oder eine doppelte Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist; hierüber hat das Land dem Bundesamt für Soziale Sicherung jährlich in einer gesonderten Mitteilung zu berichten.

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. 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 Satz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 jeweiligen genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. 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 3 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 5 oder 7 durchgeführt werden kann. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.

(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt jedem Land auf Antrag für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 Fördermittel zu den in Absatz 1 Satz 3 und 4 genannten Zwecken bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 beantragen kann und nach Absatz 3 beantragt hat. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. 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 aufgrund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Die vom Bundesamt für Soziale Sicherung an die Länder ausgezahlten Fördermittel werden als Einnahmen in den Haushaltsplänen der Länder vereinnahmt und nach dem Haushaltsrecht der Länder bewirtschaftet. Die Länder überprüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel und weisen diese gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung nach. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte

Fördermittel 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 6 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.

(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung werden aus den nach § 12a Absatz 2 Satz 4 übertragenen Mitteln 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. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel durch das Bundesamt für Soziale Sicherung gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend, soweit die Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich keine hiervon abweichenden Regelungen enthält. Das Bundesamt für Soziale Sicherung fordert die Fördermittel von dem jeweiligen Land zurück, soweit die in Absatz 1 Satz 3 und 5 und Absatz 3 Satz 1 bestimmten Voraussetzungen nicht erfüllt oder die Fördermittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt nach dem 31. Dezember 2035 Fördermittel unverzüglich an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurück, die

1. nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3a Satz 1 zugeteilt,
2. nicht für die in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen verwendet wurden und
3. nach dem 31. Dezember 2035 zu Gunsten des Transformationsfonds nach Absatz 3a Satz 6 zurückgezahlt werden.

Die in Satz 1 genannten Mittel, die nicht bis zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres zur Deckung der für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung verwendet wurden, verbleiben bei der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln

1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 3 gefördert werden können,
 2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,
 3. zur Höhe der förderfähigen Kosten, insbesondere zur Höhe der förderfähigen Kosten einzelner Bestandteile der jeweiligen Vorhaben,
 4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 und 2 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,
 5. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und
 6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“
6. § 13 wird durch den folgenden § 13 ersetzt:

„§ 13

Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.“

7. § 17b Absatz 4c wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.
- b) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2032 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.“

8. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(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 Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind die folgenden Krankenhausfälle:

1. die Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden,
2. die Krankenhausfälle von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen,
3. die Krankenhausfälle von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, und

4. die Krankenhausfälle, in denen Leistungen erbracht werden, die im jeweils folgenden Kalenderjahr voraussichtlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

Das nach Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr 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 der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach den nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäuser die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist. 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 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 jeweils anstelle der 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, die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2024 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 Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.“

- b) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „ist“ durch die Angabe „ist, oder“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(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 2028 und das Kalenderjahr 2029. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2027 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2028 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2029 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 2028 und das Kalenderjahr 2029 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.“

d) Absatz 5 wird durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:

„(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2027 für das Kalenderjahr 2028, 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. Übermittelt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 6 Satz 2 die in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannten Daten, so hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte, die in dem jeweiligen Land liegen, innerhalb der folgenden Fristen für die folgenden Kalenderjahre 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:

1. bis zum 28. Februar 2026 für das Kalenderjahr 2026, wenn die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 1 erfolgt, und
2. bis zum 28. Februar 2027 für das Kalenderjahr 2027, wenn die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 erfolgt.

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 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 dem Erlass eines Bescheides nach Satz 1, nach der Übermittlung einer Information nach Satz 2 sowie nach dem Widerruf eines 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 aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

(6) Für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden,

1. findet Absatz 5 Satz 1, 3 und 4 bis zum 31. Dezember 2030 keine Anwendung und
2. hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2027 für das Kalenderjahr 2028, letztmalig bis zum 10. Dezember 2029 für das Kalenderjahr 2030, dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte auf Grundlage der Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermit-

telten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln.“

9. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „§ 6b Satz 7“ durch die Angabe „§ 6b Satz 8“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.

10. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ und die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 28. Februar 2027 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 2027, 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 oder im Falle der Leitung des Kreißsaals durch eine Beleghebamme ein entsprechendes Niveau der Versorgungsqualität sicherstellen. 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 Vereinbarung oder der in Satz 2 zweiter Halbsatz genannten Anpassung fest.“

c) In Absatz 4 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

11. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(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 Kran-

kenhäuser regelhaft aufgrund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] 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 2025 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 in die Entscheidung über die Identifizierung der Leistungen und in die Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung einzubeziehen. 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 in die Entscheidung über die Definition der Indikationsbereiche einzubeziehen. 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 ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf Grundlage der für das jeweilige Folgejahr herausgegebenen in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und der für das jeweilige Folgejahr herausgegebenen 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 2027, 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. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet anhand der in Satz 4 genannten Liste Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen durch die Krankenhäuser und zertifiziert erstmals bis zum 31. Dezember 2026 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2025 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 die Summe der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge erstmals einem der folgenden Anteile an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht:

1. einem Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent oder
2. für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von weniger als 15 Prozent festgelegt hat, einem Anteil in Höhe von mindestens diesem festgelegten Anteil;

sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der nach dem ersten Halbsatz geltende Anteil 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 2027 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 Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Veröffentlichung der Liste gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von weniger als 15 Prozent festlegt, trifft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erneut eine Auswahl nach Satz 2, aktualisiert die im ersten Halbsatz genannte Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite. 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.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2031“ durch die Angabe „2028 bis 2032“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „2032“ durch die Angabe „2033“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 10 durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“.

2. Nach § 1 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, gelten die Regelungen dieses Gesetzes mit folgenden Maßgaben:

1. bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 finden keine Anwendung
 - a) § 3 Nummer 3b,
 - b) § 6b,
 - c) § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und
 - d) § 8 Absatz 4 Satz 4,
 2. abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 1 umfasst das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 bis 2030 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,
 3. abweichend von § 4 Absatz 2a Satz 1 ist letztmalig für das Jahr 2030 ein Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden,
 4. abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 3 werden Mindererlöse ab dem Jahr 2031 nicht ausgeglichen,
 5. abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 6 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in § 4 Absatz 3 Satz 5 genannten Voraussetzungen ab dem Jahr 2031 ausgeschlossen,
 6. abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 3 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch in den Jahren 2028 bis 2030 auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation und
 7. abweichend von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d zweiter Halbsatz haben Krankenhäuser in den Jahren 2029 bis 2031 zusätzlich zu der Summe der abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen auch die Summe der vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr zu übermitteln.“
3. § 3 wird durch den folgenden § 3 ersetzt:

„§ 3

Grundlagen

Die voll und teilstationären Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,
 - 1a. ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a,
2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Absatz 3 für krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte,

3. Entgelte nach § 6 Absatz 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
 - 3a. ein Pflegebudget nach § 6a,
 - 3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b ab dem Jahr 2028,
 4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern,
 5. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 und
 6. ein Gesamtvolumen nach § 6c Absatz 1 Satz 1.“
4. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 und 2027 jeweils einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Es umfasst nicht das Erlösvolumen nach § 4a, nicht die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1, nicht die Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nicht die Vergütung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.“

- b) In Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Absatz 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 und nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 Prozent und ab dem Jahr 2028 nicht ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 Prozent, sonstige Mehrerlöse zu 65 Prozent ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren; für Mehr- oder Mindererlöse, die auf Grund einer Epidemie entstehen, können die Vertragsparteien auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Ab dem Jahr 2028 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in Satz 5 genannten Voraussetzungen ausgeschlossen. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Absatz 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7

Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 5 und 6b vorzulegen. Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Absatz 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.“

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1, 2, 3 und 5 wird jeweils die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.

bb) In Satz 4 Nummer 4 wird die Angabe „Krankenhausstandort,“ durch die Angabe „Krankenhausstandort und“ ersetzt.

b) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ durch die Angabe „2023, 2024, 2025, 2026 oder 2027“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „2024, 2025 und 2026“ durch die Angabe „2024, 2025, 2026 und 2027“ ersetzt.

cc) In den Sätzen 4 und 7 wird jeweils die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ durch die Angabe „2023, 2024, 2025, 2026 oder 2027“ ersetzt.

c) In Absatz 3j Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

d) Absatz 3k wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1, 4 und 5 wird jeweils die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Kalenderjahren 2025, 2026 und 2027 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.“

cc) In Satz 9 wird die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt.

e) Absatz 3l Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2028, 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 2027 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte.“

f) In Absatz 3m Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

6. § 6b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2028 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget für Krankenhaussfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, wenn

1. das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder
2. 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhausstandorte 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 Krankenhausstandorte 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.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend“ gestrichen.

c) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

d) Absatz 6 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2028 und 2029 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2028 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2029 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 2027 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 nach Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr 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.“

7. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Jahren 2026 und 2027 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation.“

8. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Absatz 1 oder 2 oder nach § 137i Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen. Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit kein Ausnahmestatbestand nach § 136b Absatz 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden kann oder keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird. Ferner dürfen Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden. Ab dem 1. Januar 2028 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 2028 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe nicht die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat. Ab dem 1. Januar 2028 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.“

- b) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

9. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

- „5. die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist; ab dem Jahr 2028 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“.

- b) Absatz 1b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 7 ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren.“

10. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 10

Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“.

- b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst das vorangegangene Kalenderjahr. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind, mit Ausnahme von Bundeswehrkrankenhäusern und reinen 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. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozial-

gesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.“

11. § 11 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Krankenhausträger übermittelt die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 6 in maschinenlesbarer Form an den Verband der Privaten Krankenversicherung.“

b) Nach dem neuen Satz 11 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“

12. Nach § 14 Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die in den Absätzen 1 und 1a genannte Genehmigung.“

13. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe d wird durch den folgenden Buchstaben d ersetzt:

„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 2027 und 2028 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2029 zusätzlich die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.

bbb) Die Buchstaben f und g werden durch die folgenden Buchstaben f und g ersetzt:

„f) die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich

der Facharztbezeichnung und wenn vorhanden, der Schwerpunktbezeichnung, und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet jeweils auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und nach den Fachabteilungen des Standorts,

- g) die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

bb) Nummer 2 Buchstabe i wird durch den folgenden Buchstaben i ersetzt:

- „i) die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Leistungsgruppe, der die vom Krankenhaus im einzelnen Behandlungsfall erbrachte Leistung zuzuordnen ist.“

b) Absatz 3 Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Andere als die in diesem Absatz, in § 17b Absatz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 186a Absatz 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen genannten Verarbeitungen der Daten sind unzulässig.“

c) In Absatz 3c Satz 1 wird die Angabe „bis zum 30. September 2024“ gestrichen.

d) Absatz 3d Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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 unverzüglich die Auswertungen nach Satz 1 und die Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; die Übermittlung umfasst auch die in § 135d Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitteilungen.“

e) In Absatz 5 Satz 6 wird die Angabe „auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2“ gestrichen.

Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
 - b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach der Angabe „Versorgungskapazitäten,“ wird die Angabe „auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,“ eingefügt.
 - bb) In den Nummern 1 und 2 wird jeweils die Angabe „für diese Leistungsgruppen“ durch die Angabe „für die Leistungsgruppen“ ersetzt.
 - c) Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Förderfähig sind wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung und zum Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen insbesondere an Hochschulkliniken.“
 - d) In Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind“ eingefügt.
 - e) In Absatz 6 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind“ eingefügt.
3. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Länder können Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12b Absatz 2 Satz 2 bis 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Transformationsfonds für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 stellen. Für jedes der in § 12b Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Vorhaben ist ein gesonderter Antrag zu stellen. Der Antrag ist durch das an dem Vorhaben beteiligte Land, im Fall von länderübergreifenden Vorhaben durch die an dem Vorhaben beteiligten Länder, über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu stellen. Ein Land kann für ein Kalenderjahr insgesamt die Auszahlung von Fördermitteln in der in § 12b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe beantragen, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren abgeführten Zinserträge. Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben können für ein Kalenderjahr insgesamt in der in § 12b Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren abgeführten Zinserträge, beantragt werden. Die Länder können bei der Antragstellung die Auszahlung der Fördermittel in jährlichen Teilbeträgen beantragen.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 7“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.
 - bb) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. ein Nachweis, dass das Land den nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erforderlichen Anteil an den förderfähigen Kosten trägt und die Bestätigung, dass die in § 12b Absatz

3 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beträge nicht auf den vom Land nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu tragenden Anteil an den förderfähigen Kosten angerechnet wurden,“.

cc) In Nummer 6 wird die Angabe „12b Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

dd) Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

„7. in dem Fall, dass das zu fördernde Vorhaben eine Hochschulklinik betrifft, eine Erklärung darüber, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener Strukturmaßnahmen eingesetzt werden,“.

ee) In Nummer 8 wird die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 6“ jeweils durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.

ff) In Nummer 10 wird nach der Angabe „herbeigeführt“ die Angabe „oder angestrebt“ eingefügt.

c) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 5“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 3a Satz 3“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 wird nach der Angabe „bei den zu bildenden“ die Angabe „oder den auszubauenden“ eingefügt.

bb) In Nummer 6 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 5“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 oder Nummer 5“ ersetzt.

e) Absatz 6 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In dem in Satz 1 Nummer 3 genannten Fall informiert das jeweilige Land das Bundesamt für Soziale Sicherung fortlaufend und auf Nachfrage über den Stand des Insolvenzverfahrens.“

4. § 5 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“

b) Absatz 3 Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Ist an dem geförderten Vorhaben eine Hochschulklinik beteiligt, übermitteln die Länder dem Bundesamt für Soziale Sicherung über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal zu den in Satz 1 genannten Zeitpunkten aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die ausgezahlten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden.“

- c) Absatz 4 Satz 3 wird gestrichen.
- 6. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „kann“ durch die Angabe „soll“ ersetzt.
 - b) Absatz 7 Satz 2 wird gestrichen.
 - c) Absatz 8 wird gestrichen.
- 7. § 8 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung richtet ein elektronisches Verwaltungsportal ein, das den Ländern die Antragstellung sowie die Übermittlung des Verwendungsnachweises und weiterer Unterlagen ermöglicht. Es trifft zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der in den §§ 4 und 6 genannten Angaben und Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form, erlässt eine Förderrichtlinie und aktualisiert diese bei Bedarf. Vor Erlass oder Aktualisierung der Förderrichtlinie sind die Länder zu den Regelungen anzuhören und ist das Einvernehmen der Mehrheit der Länder erforderlich.“

Artikel 5

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. Nach § 186 wird der folgende § 186a eingefügt:

„§ 186a

Fusionskontrolle im Krankenhausbereich

(1) Für einen Zusammenschluss im Sinne des § 37, bei dem mindestens zwei Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einzelne medizinische Fachbereiche von mindestens zwei solchen Krankenhäusern ganz oder teilweise zusammengeschlossen werden, haben die Zusammenschlussbeteiligten bei Eröffnung des Geltungsbereichs der Zusammenschlusskontrolle bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde des Landes, in dem sich ein von dem Zusammenschluss betroffenes Krankenhaus oder ein von dem Zusammenschluss betroffener medizinischer Fachbereich eines am Zusammenschluss beteiligten Krankenhauses befindet, die Bestätigung zu beantragen, dass der Zusammenschluss dieser Krankenhäuser oder dieser einzelnen medizinischen Fachbereiche der am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich gehalten wird. Die von der für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf Antrag nach Satz 1 erteilte Erforderlichkeitsbestätigung erstreckt sich nur auf Märkte, auf denen die vom Zusammenschluss betroffenen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinischen Fachbereiche Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen. Sind mehrere Landesbehörden nach Satz 1 zuständig,

entscheiden diese einvernehmlich mit einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Bestätigung.

(2) Anträge auf Erteilung der Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 sowie die Entscheidung über diese sind unverzüglich durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf ihrer Internetseite unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten bekanntzumachen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde setzt sich mit dem Bundeskartellamt vor der Erteilung einer Erforderlichkeitsbestätigung ins Benehmen. Über den Antrag nach Absatz 1 Satz 1 darf nicht vor Ablauf von einem Monat nach dessen Bekanntmachung entschieden werden. Wird der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten nach der Stellung des Antrags nach Absatz 1 Satz 1 beschieden, gilt er als abgelehnt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit Zustimmung aller Zusammenschlussbeteiligten die in Satz 4 genannte Frist verlängern.

(3) Die Anmeldung eines Zusammenschlusses nach Absatz 1 Satz 1 beim Bundeskartellamt nach § 39 ist nur dann zulässig und erforderlich,

1. wenn der Antrag auf Erteilung einer Erforderlichkeitsbestätigung abgelehnt wurde oder gemäß Absatz 2 Satz 4 als abgelehnt gilt, oder
2. in den Fällen, in denen die Erforderlichkeitsbestätigung erteilt wurde und das Zusammenschlussvorhaben nicht ausschließlich Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinische Fachbereiche der am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser in § 39 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches genannte Leistungen erbringen.

Im Fall eines Zusammenschlusses nach Satz 1 Nummer 2 bleibt der Teil des Zusammenschlusses, auf den sich die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erstreckt, bei der Prüfung des Geltungsbereiches der Zusammenschlusskontrolle nach § 35 außer Betracht. Dieser Teil des Zusammenschlusses gilt nicht als Teil des nach § 39 anmeldepflichtigen Zusammenschlussvorhabens. Die in § 40 Absatz 1 Satz 1 genannte Frist beginnt nicht, bevor die Zusammenschlussbeteiligten dem Bundeskartellamt die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über den Antrag nach Absatz 1 Satz 1 vorlegen oder nachweisen, dass die Erforderlichkeitsbestätigung beantragt und der in Absatz 2 Satz 4 genannte oder nach Absatz 2 Satz 5 verlängerte Zeitraum abgelaufen ist.

(4) Die Monopolkommission nimmt gegenüber dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie nach dessen Aufforderung Stellung zu den Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie berichtet auf Grundlage dieser Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und der Monopolkommission zwecks Abgabe der Stellungnahme nach Satz 1 oder Erstellung des Berichts nach Satz 2 gilt § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die ausgewählten Krankenhäuser von einem Zusammenschluss nach Absatz 1 Satz 1 betroffen sein müssen. Für die Abgabe der Stellungnahme nach Satz 1 oder die Erstellung des Berichts nach Satz 2 und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Vorschrift auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden.

(5) Diese Vorschrift ist nur anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden.“

2. § 187 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

- „3. das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen für eine Förderung nach § 12a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung oder nach § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit einem Auszahlungsbescheid auf der Grundlage von § 5 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung festgestellt wurde und“.

b) Absatz 10 wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

- „5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren,“.

2. § 11 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Krankenhausträger übermittelt die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 5 in maschinenlesbarer Form an den Verband der Privaten Krankenversicherung.“

b) Nach dem neuen Satz 10 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“

3. Nach § 14 Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“

Artikel 7

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 53d Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Der Medizinische Dienst Bund kann in den in den Absätzen 2 und 3 genannten Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.“

Artikel 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anhang zu Artikel 1 Nummer 14

Anlage 1
(zu § 135e)

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich acht Stunden	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine		Magnetresonanztomographie (MRT)				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG 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			FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie Alternative: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: derzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit ZW Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Alternative: Drei FA mindestens Rufbereitschaft, derzeit Davon mindestens zwei FA		

Anforderungsbereiche								
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	
3	nicht belegt							
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: derzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter 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: derzeit Davon mindestens	

Leistungsgruppennummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
						Qualifikation	Verfügbarkeit		
			Standort	Kooperation				tens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	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		
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Chirurgie		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
8	Stammzell-	Mindest-	LG Allgemeine	LG Augenheil-	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Innere Medi-	Drei FA, min-		

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
				Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		transplantation	voraussetzung	Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	kunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	zeit, 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	zin und Hämatologie und Onkologie	destens Rufbereitschaft: jederzeit	
				LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie		FA Transfusionsmedizin			
9	Leukämie	Mindest-		LG Allgemeine	LG Palliativmedi-	CT jederzeit oder MRT jeder-	FA aus dem Ge-	Drei FA aus	

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	und Lymphome	voraussetzung	Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	in LG Stammzelltransplantation	zeit		bietet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	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/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiologie Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)		FA Innere Medizin und Kardiologie	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		
			oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
	Auswahlkriterium	LG Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklap-		Kardio-MRT				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
11	Interventionelle Kardiologie		penintervention						
		Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
	Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		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	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					auf die Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (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 – Kinder und Ju-	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je derzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				gendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention				
		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 oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			
13	Minimalinvasive	Mindestvoraus-	LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationsaal (OP)	FA Herzchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbe-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
	Herzklappenintervention	setzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG EPU/Ablation	oder Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Kardiologie	reitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie						
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation, CT jederzeit mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operations-	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und ei-		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
					säle			nen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden	
		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		
16	nicht belegt								
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin 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		
18	Bauchorganerkrankungen	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Kom-			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und

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

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		penintervention						
		Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)						
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	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 Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	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			FA Innere Medizin und Angiologie			

Anforderungsbereiche								
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-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,	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Anforderungsbereiche										
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG				Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation	Qualifikation	Verfügbarkeit				
						Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine				
		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)				
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung								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

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
									bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 18.06.2010), der durch Beschluss vom 4. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie			
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
25	Revision Hüftendoprothese	Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie			
		Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: derzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie	CT jederzeit, MRT				
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: derzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie	CT jederzeit, MRT				

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationsäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-) Landestelle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA 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 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. Erfüllung der durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozial-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung				
					Standort	Kooperation	Qualifikation		Verfügbarkeit
								algesetzbuch (SGB VII) festgelegten Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Juli 2025, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen 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 Re-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
								habilitation“ in der Unfallchirurgie „Verfahren“ . Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (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.,

Anforderungsbereiche										
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG				Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation				Qualifikation	Verfügbarkeit	
										3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20.
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)		FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit			
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit			
		Auswahlkriterium		LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie				
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin				Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: je derzeit		
	Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik		FA Radiologie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			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	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
	Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie	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 Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		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	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
								und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie				
33	Pankreas-eingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		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: derzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie		
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Leberergriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
34	Tiefe Rektumeingriffe	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie	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		
		LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie			
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	Optische Kohärenztomographie (OCT)				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
		LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)							
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie			
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		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 Endoprothetik	LG Augenheilkunde LG HNO					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Mindestvoraussetzung	Mindestvoraussetzung	Mindestvoraussetzung	Mindestvoraussetzung	Mindestvoraussetzung	Mindestvoraussetzung	
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: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde	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	
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Leberein-			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reprodukti-		

Anforderungsbereiche									
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen		
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit			
		griffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			onsmedizin				
40	Ovarial-CA	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: derzeit Davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie			
	Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
41	Senologie		LG Tiefe Rektumeingriffe						
		Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit			
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie				
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			Innere Medizin LG Intensivmedizin						
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Spezialgeburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit		
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung							Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen 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),

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
								der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde	
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen 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 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4)	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
									geändert wurde
		Auswahlkriterium					FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung							Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen 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 17. Oktober 2024 (BAnz. AT

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
				Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
				Standort	Kooperation		Qualifikation				
										20.01.2025 B4) geändert wurde	
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	Auswahlkriterium		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit			
				Mindestens eine der folgenden LG: 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	nicht belegt										
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzell-	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hoch-	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 (ein-	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntma-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	transplantation	komplex	izin	schließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			chung 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 Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde	
	Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hä-	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder-			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		matologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation			und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie			
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	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: je derzeit	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	

Anforderungsbereiche								
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) 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		
50	HNO	Mindestvoraus-	LG Allgemeine Chirurgie		Elektrische Reaktionsaudio-	FA Hals-Nasen-	Drei FA, mindestens Rufbe-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
		setzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		metrie (ERA)	Ohrenheilkunde	reitschaft: je- derzeit		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie			
		51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		ERA	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je- derzeit
52	Neurochirurgie	Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie			
		Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit	Evozierte Potentiale, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT	FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je- derzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		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		
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		CT oder MRT (Teleradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO		ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin			
54	Stroke Unit	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 Gefäße	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 Echokardiographie (TTE), Systemische Fibrinolyse jederzeit	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie			
55	Neuro-	Mindest-	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine	CT oder MRT (Teleradiologie)	FA Neurochirurg	Drei FA, min-		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	Frühreha (NNF, Phase B)	voraussetzung	zin	Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	gie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	destens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie						
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin zin	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	CT	ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei mit ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe				
	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 Endoprothe-					

Anforderungsbereiche								
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			tik Knie oder LG Revision Hüft- tendoprothese o- der LG Revision Knieendopro- these oder LG Wirbelsäu- leneingriffe					
57	Palliativme- dizin	Mindest- voraus- setzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Ju- gendmedizin			ZW Palliativme- dizin	Drei FA, min- destens Rufbe- reitschaft: je- derzeit Davon mindes- tens zwei FA mit ZW Pallia- tivmedizin	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	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-Frühreha (NMF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
58	Darmtransplantation	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 jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz	
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Baucharterienaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arteri-			FA Allgemein-chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin			

Leistungsgruppennummer		Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	alle Gefäße			Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	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 Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie		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 Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		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 Transplantationskonferenz	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	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-transplantation	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantatkonferenz	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
								ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin			
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie LG Urologie oder LG Lebereingriffe	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: je derzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		guseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG 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 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			

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
				Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
63	Pankreas-transplantation	Mindest-voraussetzung	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 jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Baucharterienaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arteri-			FA Allgemein-chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin			
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Baucharterienaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arteri-						

Anforderungsbereiche								
Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
			elle Gefäße					
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder der Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	
	Qualitätsanforderung Komplex				Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierensatzverfahren 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	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	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
				plus PoC-Laboranalytik			innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
	Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierensatzverfahren 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)		
65	Nicht belegt							

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Mit den durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bewirkten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Reform der Vergütungsstrukturen soll das bestehende System der Krankenhausversorgung grundlegend reformiert werden. Das KHVVG ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten und sieht verschiedene Stufen der Umsetzung vor.

In der praktischen Umsetzung der Maßnahmen aus dem KHVVG haben sich unter anderem durch Rückmeldungen der Adressaten an unterschiedlichen Stellen Verbesserungspotentiale gezeigt, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aufgegriffen und teilweise umgesetzt werden. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages bildet die Grundlage für die vorgesehenen Regelungen, die die Maßnahmen aus dem KHVVG praxistauglicher ausgestalten und ihre Umsetzung gangbarer machen sollen. Vorgesehen sind unter anderem Fristanpassungen, insbesondere im Hinblick auf die Vorhaltevergütung, erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten, die Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sowie die im Koalitionsvertrag vereinbarte geänderte Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.

Um eine valide Ermittlung des Orientierungswertes sicherzustellen, ist der Berichtszeitraum der hierfür zu erhebenden Daten derzeit nicht sachgerecht festgelegt.

Die gesetzlich festgelegte Fallzahlgrenze für die Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen, ist für alle Indikationsbereiche einheitlich und lässt keine Differenzierung zu.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Um die Maßnahmen aus dem KHVVG praxisnäher auszugestalten und ihre Umsetzung für die Adressaten gangbarer zu machen, enthält der Entwurf dieses Gesetzes im Wesentlichen folgende Regelungen zur Anpassung der Krankenhausreform:

Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten

Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum sollen erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien wird daher angepasst und so den Ländern mehr Gestaltungsspielraum ermöglicht. Aufgrund der gesetzlichen Änderung entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die mit dem KHVVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein. [Dabei ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen. Außerdem werden weitere Ausnahmetatbestände geregelt. Fachkliniken können künftig auch bei der sachlichen Ausstattung kooperieren und teilstationäre Einrichtungen bei verwandten Leistungsgruppen und der personellen Ausstattung.

Finanzierung des Transformationsfonds

Zur Umsetzung der durch die Krankenhausreform angestoßenen Prozesse sieht das KHVVG vor, die Länder ab 2026 bei der Finanzierung von insbesondere strukturverändernden Vorhaben mit den Mitteln eines Transformationsfonds zielgenau zu unterstützen. Dafür sollten in den Jahren 2026 bis 2035 25 Milliarden Euro (2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden. Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode ist eine geänderte Finanzierung des Transformationsfonds vorgesehen. Danach soll der zunächst vorgesehene Betrag von 25 Milliarden Euro (2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert werden.

Um die Länder gezielt zu entlasten, stellt der Bund hiervon abweichend einen Betrag von insgesamt 29 Milliarden Euro für den Transformationsfonds zur Verfügung (in den Jahren 2026 bis 2029 jeweils 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jeweils 2,5 Milliarden Euro). Die jährlichen Teilbeträge für die Jahre 2026 bis 2035 sind aus Mitteln des Bundes an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. In der Folge wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen.

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen werden dahingehend geändert, dass diejenigen Leistungsgruppen verbleiben, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Zudem erfolgen sachgerechte Anpassungen der Qualitätskriterien. Die Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 SGB V eingerichteten Ausschusses finden hierbei Berücksichtigung. Als Vollzeitäquivalent sollen zudem künftig 38,5 Stunden gelten. Weiterhin wird die Definition von Fachkliniken angepasst.

Anpassung von Zwischenfristen

Wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode vorgesehen, wird die Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr verschoben. Damit sind die Jahre 2026 und 2027 als budgetneutrale Jahre im Hinblick auf die Vorhaltevergütung zu betrachten. Die bereits vorgesehene Konvergenzphase findet in den Jahren 2028 und 2029 statt. Ab dem Jahr 2030 tritt die volle Finanzwirksamkeit für die Vorhaltevergütung ein.

Zur Umsetzung der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sind die damit im Zusammenhang stehenden Fristen und Termine entsprechend anzupassen. Die Verschiebung führt auch dazu, dass die mit dem KHVVG erstmals eingeführten Zuschläge und Förderbeträge, die Erhöhung der bestehenden Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung sowie die Abschaffung der Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen um ein Jahr nach hinten verschoben werden müssen. Die für die Jahre 2025 und 2026 weiterhin geltenden Zuschläge für die Pädiatrie und Geburtshilfe werden entsprechend um ein Jahr verlängert. Daneben werden auch die Fristen zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu den Leistungsgruppen verschoben.

Weitere Regelungen

Des Weiteren werden Regelungen vorgenommen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird. Der Gesetzentwurf sieht für diese Länder eine Übergangsregelung vor, die bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist.

Um eine valide Ermittlung des Orientierungswertes sicherzustellen, wird der für die hierfür zu erhebenden Daten geltende Berichtszeitraum auf das jeweils abgelaufene Kalenderjahr festgelegt.

Daneben wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt, niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen für die Auswahl von Krankenhausstandorten festzulegen, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen.

Der mit dem KHVVG eingeführte § 187 Absatz 10 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beinhaltet eine Ausnahme von der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Regelung in einem eigenen Paragraphen neu gefasst, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf den Anwendungsbereich und das Verfahren zu begegnen.

Die Übermittlung von wesentlichen entgeltrelevanten Informationen an den Verband der Privaten Krankenversicherung wird verbessert. Ergänzt wird eine Informationspflicht des Medizinischen Dienstes, wenn Krankenhäuser aufgrund der Nichterfüllung von Strukturmerkmalen Leistungen nicht mehr vereinbaren und abrechnen dürfen.

Das Berichtswesen der Medizinischen Dienste wird datenbankgestützt und dadurch vereinfacht.

III. Exekutiver Fußabdruck

Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte haben nicht zum Inhalt des Gesetzentwurfs beigetragen.

IV. Alternativen

Keine. Die Ziele können nur durch eine gesetzliche Anpassung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv.

Noch immer ist eine Reform der Krankenhausversorgung mit Blick auf die strukturell bedingte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sowie vorhandene Defizite in der Qualität der medizinischen Versorgung und des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Die Umsetzung der mit der Reform vorgesehenen Maßnahmen wird durch die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen für die Adressaten gangbarer gemacht.

Alternative Regelungen, die potenziell die Umsetzung der mit der Krankenhausreform vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung verbessern könnten, sind nicht in gleichem Maße geeignet.

Als Grundlage für den Gesetzentwurf dient der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, dessen Unterzeichnung intensive Beratungen in verschiedenen Facharbeitsgruppen vorausgegangen waren. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt zum einen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG, Sozialversicherung) sowie aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 GG erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des GWB beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 16 GG (Verhütung des Missbrauchs wirtschaftlicher Machtstellung) und Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (gerichtliches Verfahren).

VI. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei, da mehrere Übermittlungs- und Mitteilungspflichten an den Verband der Privaten Krankenversicherung aufgehoben werden. Das Verfahren nach § 187 Absatz 10 GWB wird durch Klarstellungen mit Blick auf den Anwendungsbereich der Norm und auf Abgrenzungsfragen vereinfacht, um Rechtsunsicherheiten und parallele Verfahren vor den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und dem Bundeskartellamt zu vermeiden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen dient.

Die Regelungen im Gesetzentwurf sehen eine Anpassung der Krankenhausreform vor. Die mit dem KHVVG bewirkte Krankenhausreform sieht eine Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und der Krankenhausvergütung vor. Insoweit leisten die Regelungen einen Beitrag zur Verwirklichung von Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Dieses Nachhaltigkeitsziel verlangt mit seiner Zielvorgabe 3.4. unter anderem die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung zu senken. Durch die mit der Krankenhausreform angestrebte Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten leistet insbesondere auch die Anpassung der Regelungen einen gewichtigen Beitrag zur Verwirklichung dieses Ziels.

Durch die mit der Reform vorgesehene Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung entspricht der Entwurf zudem der Zielvorgabe 3.8, die unter anderem verlangt, die allgemeine Gesundheitsversorgung sowie den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten für alle zu erreichen.

Im Sinne des systemischen Zusammendenkens der Nachhaltigkeitsziele leistet der Entwurf gleichzeitig einen Beitrag zur Erreichung von Nachhaltigkeitsziel 9 „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“ und dabei insbesondere zur Zielvorgabe 9.1 (eine hochwertige, verlässliche, nachhaltige und widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, einschließlich regionaler und grenzüberschreitender Infrastruktur, um die wirtschaftliche Entwicklung und das menschliche Wohlergehen zu unterstützen, und dabei den Schwerpunkt auf einen erschwinglichen und gleichberechtigten Zugang für alle legen). Damit berücksichtigt der Entwurf die Querverbindungen zwischen den Zielen für nachhaltige Entwicklung und deren integrierenden Charakter, der für die Erfüllung von Ziel und Zweck der UN-Agenda 2030 von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Der Gesetzentwurf folgt damit den Prinzipien der DNS „(1.) Nachhaltige Entwicklung als Leitprinzip konsequent in allen Bereichen und bei allen Entscheidungen anwenden“, (3.b) „Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit sind zu vermeiden“ und „(5.) Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 29 Milliarden Euro (in den Jahren 2026 bis 2029 jeweils 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jeweils 2,5 Milliarden Euro). Diese Mittel werden durch das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert.

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds durch das KHVVG und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wurde für die Jahre 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von insgesamt 50 Milliarden Euro bereitgestellt, von dem der Bund 29 Milliarden Euro aufbringt. 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.

Durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 KHG) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr entstehen keine neuen oder zusätzlichen Haushaltsausgaben. Die damit in Verbindung stehenden und bereits im KHVVG vorgesehenen Haushaltsausgaben verschieben sich lediglich um ein Jahr. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird, verursachen keine Haushaltsausgaben. Dies gilt auch für die geänderten Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 KHEntgG und zur Abrechnung von onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG. Etwaige Mehrbedarfe im Sach- und Personalhaushalt sind vollständig und dauerhaft im fachlich betroffenen Einzelplan gegenzufinanzieren.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 verminderte Ausgaben in Höhe von 25 Milliarden Euro (pro Jahr 2,5 Milliarden Euro).

Zur Verwaltung des Transformationsfonds durch das BAS entstehen Ausgaben für Personal- und Sachkosten im Jahr 2025 in Höhe von rund 1,0 Million Euro für insgesamt 6,0 Stellen (2,0 hD, 3,0 gD und 1,0 mD) und ab dem Jahr 2026 in Höhe von jährlich 2,7 Millionen Euro für insgesamt 16,5 Stellen (4,5 hD, 10,0 gD und 2,0 mD), berechnet auf Grundlage der Personalkostensätze des Bundesministeriums der Finanzen. Zusätzlich entstehen im Jahr 2025 einmalige Sachkosten in Höhe von 500 000 Euro, u. a. für externe Dienstleistungen zur Konzeption des Onlineportals und einer Fachanwendung. Diese Ausgaben entsprechen der Darstellung der Haushaltsausgaben des KHVVG, siehe Bundestagsdrucksache 20/11854, S. 125, und den auf der Internetseite des BAS veröffentlichten Angaben, siehe https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Transformationsfonds/20250509Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_Transformationsfonds.pdf. Diese Kosten werden aus den Restmitteln des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die nicht für die Verwaltung des Transformationsfonds benötigten Restmittel nach § 12a KHG werden nicht in den Transformationsfonds übertragen, so dass sich im Vergleich zu der im KHVVG vorgesehenen vollständigen Übertragung der Restmittel nach § 12a KHG an den Transformationsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung über die gesamte Laufzeit des Transformationsfonds Minderbelastungen in Höhe eines niedrigen bis mittleren dreistelligen Millionenbetrages ergeben.

Die neue Mindestreserve des Gesundheitsfonds liegt im Jahr 2027 ca. 2 Milliarden Euro oberhalb der bislang geltenden Mindestreserve. Der tatsächliche, gegebenenfalls notwendige Betrag zur Auffüllung der Liquiditätsreserve bis zum Erreichen der Mindestreserve ergibt sich aus der Prognose des Schätzerkreises jeweils für das Folgejahr. Durch die Anhebung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds ergeben sich durch die Vermeidung unterjähriger Liquiditätshilfen nicht bezifferbare Entlastungen für den Bund. Zudem ergeben sich nicht bezifferbare Entlastungen für die Liquidität der Krankenkassen, da die Zuweisungen an die Krankenkassen tendenziell früher ausgezahlt werden.

4. Erfüllungsaufwand

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 KHG) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten hinausgehender Erfüllungsaufwand einher. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand. Dies gilt auch für die geänderten Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 KHEntgG und zur Abrechnung von onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG.

Ebenso ist mit der gesetzlichen Neufassung der mit dem KHVVG eingeführten Fusionskontrollausnahme kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand verbunden.

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Streichung der nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehenen Pflicht der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, und die damit verbundene Streichung der Regelung in § 4 Absatz 2 Nummer 7 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) zur Nachweisführung mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers entlastet die Krankenhausträger, entsprechende Beauftragungen durchzuführen und zu finanzieren.

Es wird angenommen, dass für die Krankenhäuser pro Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds Sachkosten in Höhe von rund 7 500 Euro für die Inanspruchnahme von externen Dienstleistungen in Form der Beauftragung einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers entstehen (die Sachkosten werden analog zu einer anderen Vorgabe geschätzt, bei der ebenfalls eine Wirtschaftsprüfung mit Testat beauftragt wird, diese ist in Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes – OnDEA – unter der ID 2018110913003001 registriert). Es werden insgesamt rund 4 000 Anträge in der Laufzeit von zehn Jahren angenommen. Bei einer Fallzahl von 400 Anträgen pro Jahr (=4 000/10) ergibt dies eine Entlastung in Höhe von geschätzt rund 3 Millionen Euro jährlich (400 x 7 500) für die Krankenhäuser. Da es sich um eine Änderung und Erleichterung in einem Antragsverfahren handelt, werden Bürokratiekosten aus Informationspflichten reduziert.

4.3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds sind keine Veränderungen des Erfüllungsaufwandes zu erwarten, der bereits durch das KHVVG ermittelt wurde. Die Streichung der nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehenen Pflicht der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, und die damit verbundene Streichung der Regelung in § 4 Absatz 2 Nummer 7 KHTFV zur Nachweisführung mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers führen zu einer Entlastung der Länder von Erfüllungsaufwand.

Für die antragstellenden Länder reduziert sich somit der Zeitaufwand im Rahmen der Arbeiten zur Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds (siehe Vorgabe in OnDEA mit der ID 2024112115242801). Gemäß der Zeitwerttabelle der Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung wird sich an der Standardaktivität „Inhaltliche Prüfung“ und einer mittleren Bearbeitungskomplexität mit 60 Minuten pro Fall orientiert, die zukünftig für den Nachweis entfallen. Bei einer Fallzahl von 400 Anträgen jährlich (Erläuterung im Abschnitt zur Wirtschaft oben) und Lohnkosten von 69,30 Euro pro Stunde in der Laufbahngruppe des höheren Dienstes ergibt sich eine Entlastung in Höhe von geschätzt rund 28 000 Euro für die Länder jährlich.

Infolge der Anpassung der Ausnahmeregelungen in § 6a Absatz 4 KHG und in § 109 Absatz 3a SGB V entsteht geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand.

Nach der neuen Regelung in § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG hat die zuständige Landesbehörde vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Dasselbe gilt nach § 109 Absatz 3a Satz 4 SGB V für den Abschluss eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Wie häufig dieser Fall eintritt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden ist voraussichtlich in der Regel bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V, die vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe bzw. vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen ist. Eine Ausnahme nach § 6a Absatz 4 KHG oder § 109 Absatz 3a SGB V kommt grundsätzlich erst dann in Betracht, wenn bereits feststeht, dass die Qualitätskriterien weder an dem jeweiligen Standort selbst, noch in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden. Für diesen Fall ist eine erneute Prüfung entbehrlich. Es wird daher davon ausgegangen, dass die zuvor genannten Vorgaben hauptsächlich klarstellende Funktion haben.

§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG sieht ferner vor, dass die zuständige Landesbehörde über die Erteilung einer Ausnahme das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herstellt. Durch diese Vorgabe entsteht ebenfalls nicht näher bezifferbarer Erfüllungsaufwand im Bagatellbereich.

Die Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Anlage 1 zu § 135e SGB V führt zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste (Verwaltungsebene der Sozialversicherung), da der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds ergeben sich keine Änderungen zu den im KHVVG dargestellten Gesetzesfolgen.

Die Regelungen haben keine Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine gleichstellungspolitischen oder demografischen Auswirkungen.

Die Krankenhausreform, deren Anpassung mit diesem Entwurf angestrebt wird, leistet einen Beitrag zur Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Durch die Reform wird die medizinische Versorgung der Menschen weiter verbessert und sichergestellt, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und erreichbare medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt die vorgesehenen Maßnahmen auf der Grundlage der Regelungen aus dem KHVVG fort und sorgt dafür, dass deren Umsetzung praxisnah ausgestaltet und gangbarer gemacht wird.

VIII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht.

Durch die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich der nach § 14 KHG vorgesehenen begleitenden Auswertung.

Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische

Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde.

Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen. Darüber hinaus wird der durch die Förderung nach dem Transformationsfonds bewirkte Strukturwandel untersucht. Zudem haben GKV-Spitzenverband, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung regelmäßig einen Evaluationsbericht zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu erstellen.

Eine Evaluierung der Fusionskontrollausnahme war bereits in § 187 Absatz 10 GWB vorgesehen, wonach das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelung über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift berichtet. Mit der Gesetzesänderung wird diese Frist auf fünf Jahre verkürzt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Vorschrift bis Ende 2030 befristet ist und die Evaluierung trotz erneutem Inkrafttreten aufgrund der Änderungen mit diesem Zeitpunkt zusammenfallen sollte.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Die Änderung enthält eine Klarstellung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen. Bewerben sich mehrere geeignete Krankenhäuser um den Abschluss eines Versorgungsvertrags, sind im Fall einer notwendigen Auswahlentscheidung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verschiedene Kriterien zu berücksichtigen. Dazu zählt unter anderem die Erfüllung der Qualitätskriterien, die in Anlage 1 in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ geregelt sind. Anlage 1 enthält Auswahlkriterien für einzelne, nicht jedoch für alle Leistungsgruppen. Eine Berücksichtigung der Auswahlkriterien bei der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags ist daher nur erforderlich, soweit sie für die jeweils zu vereinbarende Leistungsgruppe vorgesehen sind. Dies wird durch die Änderung klargestellt. Der Wortlaut des § 109 Absatz 2 Satz 2 wird insoweit an den Wortlaut des § 6a Absatz 1 Satz 5 KHG angeglichen, der eine entsprechende Regelung bereits enthält.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7 ersetzt. Diese Vorschrift regelt die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags, obwohl ein Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen nicht erfüllt. Ein Versorgungsvertrag kann danach trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ausnahmsweise abgeschlossen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Entsprechend der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG zur Leistungsgruppenzuweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde waren nach der bisherigen Regelung zur Beurteilung der zwingenden Erforderlichkeit der Ausnahme ver-

bindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Aufgrund der Vereinbarung im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode, dass die Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungsgruppenzuweisung erhalten sollen, entfallen in der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG die Erreichbarkeitsvorgaben. Diese Erreichbarkeitsvorgaben werden deshalb auch für den Fall des Abschlusses eines Versorgungsvertrags gestrichen. Stattdessen entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob der Abschluss des Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die begründete Annahme besteht, dass die an einem Krankenhausstandort erbrachten Leistungen nicht oder nur eingeschränkt durch andere in zumutbarer Entfernung erreichbare Krankenhäuser übernommen werden können. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, obliegt bei Abschluss eines Versorgungsvertrags den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Vor der Entscheidung, einen Versorgungsvertrag ausnahmsweise abzuschließen, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen nicht erfüllt, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Durch diese Anpassung in Satz 4 soll gewährleistet werden, dass zuvor sämtliche Mittel zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. War die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen oder Verbünden bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes, ist eine erneute Prüfung nicht erforderlich.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Satzverschiebungen in § 109 Absatz 4.

Zu Nummer 3 (§ 135d)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Im vom BMG im Internet veröffentlichten Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung (sogenannter Bundes-Klinik-Atlas) sollen nach § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 die Fallzahlen der erbrachten Leistungen differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung soll dabei die von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen oder die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 SGB V vereinbart wurden erfassen. Die Übermittlung der Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 KHG erstmals bis zum 30. September 2027 zu erfolgen. Der Übergangsregelung bedarf es wegen Zeitablaufs nicht mehr.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 und 4.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der Streichung der bisherigen Leistungsgruppe Nummer 65 Notfallmedizin in Anlage 1 zu § 135e werden die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe angepasst.

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können, erfolgt eine Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser. Durch die Änderung wird klargestellt, dass kein Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Ausweisung als Fachkrankenhaus besteht. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus wird festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen (zum Beispiel onkologische Erkrankungen oder Multiple Sklerose), nach Krankheitsgruppen (zum Beispiel Endoprothetik oder Kardiologie), nach Personengruppen (zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Frauen) oder nach Leistungsspektrum (zum Beispiel Schmerzmedizin, naturheilkundliche Verfahren, Amputationsnachsorge) vorweisen muss; dabei kann das Fachkrankenhaus auch auf mehrere der genannten Bereiche spezialisiert sein. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein. Die Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus ist von den Ländern zu begründen. Die Länder sollen bei der Ausweisung der Fachkrankenhäuser eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung anhand geeigneter Kriterien insbesondere im Hinblick auf Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung anstreben. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Definition der Fachkrankenhäuser wird zudem auch die Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend ergänzt, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ zu umfassen hat. Dies ist erforderlich, um Erkenntnisse über die Handhabung der Fachkrankenhaus-Zuordnungen für die Evaluation der Krankenhausreform nach § 427 gewinnen zu können.

Zu Nummer 4 (§ 135e)

Zu Absatz 1

Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung soll künftig nur noch die Festlegung von Leistungsgruppen, in die die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen eingeteilt werden sollen, und von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen umfassen (Leistungsgruppen-Rechtsverordnung). Bei der Festlegung von Qualitätskriterien gilt Absatz 4, der unter anderem detaillierte Vorgaben für die Zulässigkeit von Kooperationen enthält. Abweichungen von den gesetzlichen Rahmenbedingungen dürfen in der Rechtsverordnung nicht festgelegt werden. Da § 6a KHG zudem konkrete Vorgaben für Ausnahmen von der Erfüllung von Qualitätskriterien vorgibt, besteht kein Bedarf für den Erlass anderweitiger Kriterien durch Rechtsverordnung.

Die bereits abgelaufene Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sowie die Frist zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung werden gestrichen. Die Rechtsverordnung soll nicht vor dem 1. Januar 2029 in Kraft treten.

Zu Absatz 2

Infolge der Klarstellung in Absatz 1, dass Absatz 4 auch für die Rechtsverordnung gilt und des Entfalls des bisherigen Absatzes 4 Satz 1 wird nunmehr in Absatz 2 geregelt, dass sich die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bis zum Erlass der Rechtsverordnung nach Anlage 1 und Absatz 4 richten.

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können, die durch gesetzliche Änderungen der Anlage 1 oder des Absatzes 4 umgesetzt werden können.

Zur Sicherstellung der Mitwirkung sollen ehrenamtlich Tätige, die von den Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss entsandt werden, einen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des Verdienstaufschlags in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erhalten. Organisationen der Pflegeberufe verfügen nur zu einem sehr geringen Anteil über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein großer Teil der in und für die Verbände tätigen Vertreterinnen und Vertreter der Profession der Pflege ist ehrenamtlich tätig. Die Ansprüche richten sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses.

Zur Umsetzung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretung ist auch für den nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss die Gewährung von Reisekosten, Verdienstaufschlag und Aufwandsentschädigung, die organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Leistung einer Koordinierungspauschale erforderlich, wie sie auch für die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich gesetzlich geregelt ist. Dies ist für den Ausschuss in dessen Geschäftsordnung bereits vorgesehen und wird mit der Ergänzung in § 135e Absatz 3 Satz 8, wonach § 140f Absatz 2 Satz 1, 2 und 4, Absatz 5, 6 und 8 SGB V entsprechend gilt, nun auch gesetzlich ausdrücklich geregelt. Die entsprechende Anwendung gilt mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses richten. Die in der Geschäftsordnung des Ausschusses geregelte Begrenzung der entsandten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter auf vier wird gesetzlich nachvollzogen. Im Übrigen werden die Regelungen zur Benennung nach § 140f Absatz 2 Satz 1, 2 und 4 SGB V für entsprechend anwendbar erklärt.

Die in der Vergangenheit liegende Frist zum Erlass der Geschäftsordnung des Leistungsgruppenausschusses wird gestrichen. Die Geschäftsordnung ist bereits zum 30. Mai 2025 in Kraft getreten.

Es wird klargestellt, dass in der Geschäftsordnung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses auch das Nähere zu den Aufgaben der Geschäftsstelle zu regeln ist, wie dies auch bereits in der Erstfassung der Geschäftsordnung erfolgt ist.

Außerdem wird klargestellt, dass zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses zu bestimmenden Bedarf auch die Aufwendungen gehören, die im Zusammenhang mit der Hinzuziehung externer Sachverständiger sowie mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses durch die beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Geschäftsstelle entstehen.

Zu Absatz 4

Aufgrund der Regelungen in den Absätzen 1 und 2, dass Absatz 4 für die in den Leistungsgruppen durch formelles Gesetz oder Rechtsverordnung festgelegten Qualitätskriterien gilt, entfällt der bisherige Satz 1 und Satz 2 wird neu formuliert.

Zur Streichung der bisherigen Nummer 4: Die für den Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ geltende Sonderregelung für Fachkrankenhäuser wird gestrichen, um die gesetzlichen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern zu vereinheitlichen. Es verbleibt bei der Regelung des Absatz 4 Satz 2, nach der

Fachkrankenhäuser die als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in Kooperationen und Verbünden erfüllen können, sofern ein Kooperationsvertrag vorliegt. Diese Kooperationsmöglichkeit von Fachkrankenhäusern wird zudem auf die Qualitätskriterien des Anforderungsbereichs „Sachliche Ausstattung“ ausgeweitet.

Die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien gelten standortbezogen, sodass eine Leistungsgruppe einem Krankenhausstandort grundsätzlich nur zugewiesen werden kann, wenn die jeweiligen Qualitätskriterien an diesem Krankenhausstandort erfüllt sind. Auch für Tages- beziehungsweise Nachtkliniken, also Einrichtungen, die teilstationäre Krankenhausbehandlung als Leistungen zu bestimmten Betriebszeiten am Tag oder in der Nacht erbringen, gilt grundsätzlich die Leistungsgruppensystematik. Das bedeutet, dass die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen sind und bei Nichtzuweisung einer Leistungsgruppe ein Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG für Leistungen aus dieser Leistungsgruppe gilt. Soweit in einem Gebäude eines Krankenhauses keine vollstationäre, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung und gegebenenfalls auch ambulante Krankenhausbehandlung erbracht wird und dieses Gebäude nicht mit einem anderen Gebäude desselben Krankenhausträgers, in dem auch vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, einen Flächenstandort im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG bildet, handelt es sich um einen eigenen Krankenhausstandort nach § 2a KHG. Für diese Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass die geltenden Qualitätskriterien, die von einer jederzeit zu leistenden bzw. vollstationären Krankenhausbehandlung ausgehen, erfüllt werden können und erforderlich sind. Mit der Regelung wird insoweit die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannt sind, wie etwa die jederzeitige Rufbereitschaft. Andere Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“, wie etwa die Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenen Ärzte, werden dadurch nicht beschränkt. Die jeweiligen Strukturkriterien der im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) sind von der Ausnahme nicht umfasst; diese sind weiterhin einzuhalten.

Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl wird von 40 auf 38,5 Stunden abgesenkt. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass in einer Vielzahl von Tarifverträgen eine 38,5 Stundenwoche als Vollzeitäquivalent festgelegt ist.

Die Einschränkung, dass Fachärzte für die Leistungsgruppe 1 Allgemeine Innere Medizin und Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie nicht angerechnet werden dürfen, wird aufgehoben. Damit wird den Krankenhäusern ein flexiblerer Einsatz von Personal ermöglicht.

Um sicherzustellen, dass Belegärzte auch weiterhin wie bisher an der stationären Versorgung mitwirken können, wird klargestellt, dass an die Stelle der für angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ die Vorgabe „voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag“ tritt. Die Voraussetzung eines vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrags ist auch erfüllt, wenn zwei Belegärztinnen oder Belegärzte zusammen in der Summe über einen vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügen.

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass den Ländern zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum Ausnahmen von der Erfüllung der Qualitätskriterien und erweiterte Kooperationsmöglichkeiten ermöglicht werden sollen, werden in § 6a Absatz 4 KHG für die Länder erweiterte Möglichkeiten geschaffen, Leistungsgruppen ausnahmsweise zuweisen zu können, obwohl Krankenhäuser an dem jeweiligen Krankenhausstandort die jeweils maßgeb-

lichen Qualitätskriterien nicht erfüllen. Im Zusammenhang mit dieser Erweiterung der Ausnahmeregelungen wird durch Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben auch die Kooperationsmöglichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erweitert. Es liegt künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.

Darüber hinaus wird die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden auch dann ermöglicht, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners entsprechend § 2a KHG nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt. So ist etwa nicht auszuschließen, dass in einem Gebäude eines Krankenhausstandortes oder in unmittelbarer räumlicher Nähe dazu externe Einrichtungen tätig sind, die durch geeignete Kooperationen ebenfalls eine angemessene Patientenversorgung ohne längere Wegstrecken gewährleisten können. In diesen Fällen erscheint eine Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien auch in Kooperation sachgerecht. Mit der umgesetzten Regelung werden diese sogenannten „Wand-an-Wand-Lösungen“ ermöglicht. Um eine qualitativ hochwertige und für Patienten sichere medizinische Versorgung mit kurzen Wegstrecken sicherzustellen, sollten die Kooperationspartner im gleichen Gebäude oder in unmittelbar räumlicher Nähe zum Krankenhausstandort angesiedelt sein. Eine unmittelbar räumliche Nähe eines Kooperationspartners zum Krankenhausstandort ist regelmäßig dann gegeben, wenn der Kooperationspartner auf dem gleichen Gelände oder in unmittelbar geographischer Nähe zum Krankenhausstandort (z. B. „Nachbarschaftsgelände“) angesiedelt ist. Insbesondere wenn ein Patiententransport zur Einrichtung des Kooperationspartners erforderlich ist, sind kurze Wegstrecken zu gewährleisten.

Zudem wird Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperation ermöglicht, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Diese Kooperationsmöglichkeit für isolierte Tages- und Nachtkliniken trägt dem Umstand Rechnung, dass Tages- und Nachtkliniken nicht immer alle vorausgesetzten verwandten Leistungsgruppen, wie etwa die Leistungsgruppe 64 „Intensivmedizin“ regelhaft vorhalten. Es kann ferner nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund der eingeschränkten Betriebszeiten die personellen Vorgaben nicht vollumfänglich am Standort erfüllt werden können.

Aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe Nummer 65 Notfallmedizin in Anlage 1 erfolgt auch die Streichung der gesetzlichen Konkretisierung des Anforderungsbereichs „Personelle Ausstattung“ für diese Leistungsgruppe.

Zu Nummer 5 (§ 135f)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 und 4.

Zu Buchstabe b

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben. Diese Änderung erfolgt somit im Einklang mit der Anpassung der weiteren Fristen zur Umsetzung der Krankenhausreform. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens soll in der Rechtsverordnung festgelegt wer-

den. Im Interesse der Planungssicherheit für die Länder wird ein frühzeitiges Inkrafttreten der Verordnung angestrebt.

Zu Nummer 6 (§ 136a)

Bei der Streichung des Verweises auf § 136 Absatz 1 handelt es sich um eine rechtstechnische Klarstellung. § 136a Absatz 7 stellt eine Spezialermächtigung für einen ausgewählten Bereich (Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen) im Sinne einer eigenen Ermächtigungsgrundlage dar, die keine Bezugnahme auf § 136 Absatz 1 erfordert. Gleichwohl handelt es sich bei der in § 136a Absatz 7 genannten Richtlinie um eine Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.

Die vom G-BA festzulegenden sektorbezogenen Maßnahmen stellen keine zwingend festzulegenden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dar, bei deren Nichterfüllung der G-BA nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 einen Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen vorsehen kann.

Krankenhausstandorte, die die vom G-BA nach § 136a Absatz 7 festgelegten Maßnahmen erfüllen, können eine Förderung aus dem nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG vorgesehenen Förderbetrag erhalten, mit dem die in der geburtshilflichen Versorgung bereits gut etablierten Strukturen für hebammengeleitete Kreißsäle durch finanzielle Positivanreize gestärkt werden sollen.

Da es sich bei der in Absatz 7 geregelten Richtlinie nicht um eine Richtlinie nach § 136 Absatz 1 handelt, gilt das in § 136 Absatz 3 geregelte Beteiligungsrecht der genannten Organisationen entsprechend. Das in § 92 Absatz 7f geregelte Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder gilt auch beim Beschluss der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 unmittelbar, da es sich um eine Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 handelt.

Zu Nummer 7 (§ 136c)

Zu Buchstabe a

Bislang gilt für die vom InEK gemäß § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG vorzunehmende Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG unterliegen, eine einheitliche quantitative Vorgabe. Das InEK hat die Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fallzahlen in einem Indikationsbereich auszuwählen, die zusammen 15 Prozent aller Fälle aus dem Indikationsbereich umfassen. Der neue Absatz 1 ermöglicht ein differenziertes Vorgehen. Hierzu wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt, für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Diese Anpassungen erhöhen die Rechtssicherheit der Regelungen, da sie die Versorgungsrealität stärker in Betracht ziehen und Differenzierungen erlauben. Dadurch können insofern bereichsspezifische Unterschiede des Versorgungsangebotes und bestehende Steuerungsansätze berücksichtigt werden. Insbesondere führt die Festlegung von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 durch den G-BA in bestimmten Indikationsbereichen (insbesondere Brustkrebs) bereits zu einer Konzentration von Leistungen. Eine undifferenzierte Reduktion des Leistungsangebots könnte die flächendeckende Versorgung gefährden. Bei einer für die Beschlussfassung erforderlichen Zuordnung von Fällen zu Indikationsbereichen hat der G-BA eine zertifizierte Datenverarbeitungslösung zu verwenden. Hierdurch wird sichergestellt, dass der G-BA dieselbe Zuordnung von Fällen zu Indikationsbereichen vornimmt wie die Krankenhäuser bei der Umsetzung des partiellen Abrechnungsverbots. Dem Verband der

Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Beteiligungsrecht eingeräumt. Ein Beteiligungsrecht haben die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den und auf unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA. Dem InEK und den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, insbesondere der Deutschen Krebsgesellschaft, ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, damit deren jeweilige Expertise einfließen kann und bei der Entscheidung fachliche Anforderungen angemessen berücksichtigt werden können. Relevante Aspekte sind hier insbesondere übergreifende, über die chirurgische Versorgung hinausgehende onkologische Versorgungskonzepte und bestehende onkologische Zertifizierungssysteme, wie die der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Darüber hinaus haben die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei einem Beschluss nach Absatz 1 gemäß § 92 Absatz 7f in Verbindung mit Absatz 7e in Verbindung mit § 136c. Dies umfasst unter anderem das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Auch besteht ein Einvernehmenserfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Zudem wird der G-BA verpflichtet, vor seiner Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse in seine Entscheidung einzubeziehen. Um die empirische Grundlage zu erweitern, auf der der G-BA seinen Beschluss fasst, wird vorgesehen, dass das InEK von den an die von ihm geführte Datenstelle nach § 21 Absatz 1 KHEntgG übermittelten Ganzjahresdaten die in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b bis f KHEntgG genannten Daten bedarfsweise auswertet und dem G-BA diese Auswertungen übermittelt. Voraussetzung dafür ist, dass die Auswertungen nach Abstimmung mit dem G-BA nach Art und Umfang für die Beschlussfassung durch den G-BA geeignet und notwendig sind und der G-BA die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Zum Zwecke der Übermittlung der Auswertungen durch das InEK an den G-BA übermittelt die Datenstelle die entsprechenden Daten an das InEK. Die Aufwendungen des InEK werden durch den DRG-Systemzuschlag nach § 35 KHG in Verbindung mit § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG ausgeglichen. Der G-BA hat die Auswertungen des InEK in seine Entscheidung einzubeziehen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Absatzes 1, mit der auch für nach diesem gefasste Beschlüsse eine entsprechende Geltung von § 94 angeordnet wird. Ein nach Absatz 1 vom G-BA gefasster Beschluss ist daher dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das den Beschluss prüft. Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 94 Absatz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. Der Beschluss ist im Bundesanzeiger und die tragenden Gründe sind im Internet bekanntzugeben.

Zu Nummer 8 (§ 137i)

§ 137i Absatz 1 Satz 3 regelt, dass bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen eine Differenzierung nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem Pflegelast-Katalog bestimmt, vorgenommen werden soll. In der bisherigen Praxis hat sich gezeigt, dass die Vorgabe einer zwingenden Differenzierung nach Schweregradgruppen in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) nicht sachgerecht ist. Es hat sich gezeigt, dass die Erkrankungsschwere nicht einfach zu ermitteln ist und dass der Pflegeaufwand nicht zwingend einhergeht mit der Schwere der Erkrankung der Patientinnen und Patienten. Stattdessen wurde die gesetzliche Zielsetzung einer Differenzierung nach Schweregraden auch über definierte Teilbereiche bzw. Versorgungssegmente in der PpUGV abgebildet, vgl. § 3 Absatz 3 PpUGV. Daher wird die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nach der PpUGV für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus flexibilisiert und auf eine rechtssichere Grundlage gestützt.

Zu Nummer 9 (§ 221)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt. Bisher war vorgesehen, dass für die Förderung aus dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro (bis zu 2,5 Mrd. Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Da nun in § 12b Absatz 1 KHG geregelt wird, dass dem Transformationsfonds dieser Betrag aus Mitteln des Bundes zur Verfügung gestellt wird, können die den Transformationsfonds betreffenden Passagen entfallen.

Zu Nummer 10 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Zu den Sätzen 3 und 4

Die Höhe der aktuellen gesetzlichen Mindestreserve der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sichert die unterjährige Liquidität nicht mehr ausreichend ab. Um zu vermeiden, dass unterjährige Liquiditätshilfen des Bundes zur Regel werden, wird in Satz 3 die Mindestreserve von 20 auf 22,5 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds angehoben. Gleichzeitig erfolgt in Satz 4 eine Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 30 Prozent einer Monatsausgabe. Der für die Mindestreserve zugrunde gelegte Wert von 22,5 Prozent entspricht dabei drei Vierteln des für die Obergrenze festgelegten Wertes von 30 Prozent. Dadurch können unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und nicht vorhergesehene Belastungen im Gesundheitsfonds angemessen abgesichert werden. Gleichzeitig werden nicht mehr Beitragsmittel als nötig im Gesundheitsfonds gebunden.

Um steigende Liquiditätsanforderungen aus dem Einkommensausgleich ebenfalls zu berücksichtigen, wird zusätzlich zur Anhebung der Mindestreserve und Obergrenze in den Sätzen 3 und 4 die Definition dahingehend angepasst, dass die notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2, also die Beträge aus den Zusatzbeiträgen, die die Krankenkassen in der Höhe erhalten, die sich aus dem Einkommensausgleich ergeben, bei der Berechnung der Mindestreserve und der Obergrenze mitberücksichtigt werden.

Zu Satz 5

Um die Belastungen der Krankenkassen für die Aufstockung der Mittel in der Liquiditätsreserve zu mindern, erfolgt ein schrittweiser Aufbau. Mit der Neufassung von Satz 5 wird sichergestellt, dass ab dem Geschäftsjahr 2026 zunächst nur die Anhebung der Mindestreserve und der Obergrenze umgesetzt wird. Ab dem Geschäftsjahr 2027 erfolgt zusätzlich die Berücksichtigung der Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2, also der Beträge aus den Zusatzbeiträgen, die die Krankenkassen in der Höhe erhalten, die sich aus dem Einkommensausgleich ergeben.

Der bisherige Satz 5 entfällt als Folgeänderung zu der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt. Bisher war vorgesehen, dass für die Förderung aus dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Milliarden Euro (bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Da nun in § 12b Absatz 1 KHG geregelt wird, dass dem Transformations-

fonds dieser Betrag aus Mitteln des Bundes zur Verfügung gestellt wird, sind die den Transformationsfonds betreffenden Passagen zu streichen.

Zu Nummer 11 (§ 275a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Qualitätskriteriums „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“ in der Anlage 1 zu § 135e.

Zu Buchstabe b

Es erfolgen Fristenanpassungen, um den Ländern ausreichend Zeit zur Umsetzung ihrer Planungen auch auf Grundlage der in diesem Gesetz vorgenommenen Anpassungen bei Leistungsgruppen und Qualitätskriterien Gesetz einzuräumen. Die Fristen für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird entsprechend auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen. Die Fristenanpassungen ermöglichen, dass die Entscheidungen der Länder zur Zuweisung von Leistungsgruppen oder der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109, die voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgen, durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und dessen Gutachten angemessen vorbereitet werden.

Zu Buchstabe c

Gemäß § 275a Absatz 5 Satz 1 dürfen Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach § 275a Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, nach dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Um sicherzustellen, dass auch die Private Krankenversicherung Kenntnis über das Abrechnungsverbot erhält, wird der Verband der Privaten Krankenversicherung als Adressat einer entsprechenden Mitteilung des Medizinischen Dienstes ergänzt.

Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe gemäß § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 KHG unverzüglich aufzuheben hat, wenn ein Krankenhaus die Nichterfüllung der Qualitätskriterien entgegen § 275a Absatz 4 Satz 2 nicht mitteilt. Die in § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 3 KHG geregelte Möglichkeit der Landesbehörde, von einer Aufhebung der Zuweisung für eine bestimmte Dauer abzusehen, kommt in diesem Fall nicht in Betracht. Nach der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung treten die Folgen nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG ein. Die jeweilige Leistungsgruppe kann dem Krankenhaus durch die zuständige Landesbehörde auch nach einer Aufhebung erneut zugewiesen werden – entweder, weil die Qualitätskriterien wieder erfüllt werden, oder weil die Voraussetzungen einer Ausnahme gemäß § 6a Absatz 4 KHG vorliegen. Wird die Leistungsgruppe erneut zugewiesen, dürfen Entgelte für Leistungen aus einer Leistungsgruppe erneut berechnet werden und es gelten die übrigen gesetzlichen Vorschriften einer Leistungsgruppenzuweisung, wie etwa die Mitteilungspflichten von Krankenhäusern bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung zielt darauf ab, das zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren der Beantragung einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale entsprechend im

Wortlaut abzubilden. Ein Auftragsverhältnis nach § 662 des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst nicht zustande. Krankenhäuser können vielmehr standortbezogen einen Antrag auf Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beim Medizinischen Dienst stellen, der auf den Erlass eines Verwaltungsaktes durch den Medizinischen Dienst in Gestalt eines Bescheides über das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale gerichtet ist (Absatz 6 Satz 2).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung in Satz 4 sieht vor, dass das geprüfte Krankenhaus die Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale künftig auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln hat. Dadurch wird sichergestellt, dass die Private Krankenversicherung diese entgeltrelevante Information zeitnah erhält statt wie bisher mittelbar im Zusammenhang mit den Pflegesatzvereinbarungen. Da im Krankenhausbereich für die privatversicherten Patientinnen und Patienten häufig eine Form der Direktabrechnung erfolgt, wird dadurch eine schnelle und unbürokratische Rechnungsabwicklung gegenüber dem Krankenhaus ermöglicht.

Die weitere Änderung in Satz 5 ersetzt den Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung als Adressaten der Mitteilung über die Nichteinhaltung der Strukturmerkmale. Dadurch wird die Informationsweitergabe innerhalb des Verbandes an die Mitgliedsunternehmen erleichtert und die Private Krankenversicherung von Bürokratieaufwand entlastet.

Der neue Satz 6 sieht eine Informationspflicht des Medizinischen Dienstes gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung vor, wenn der Medizinische Dienst den Bescheid nach Satz 2 und die Bescheinigung nach Satz 3 aufhebt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer Strukturprüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, und dem Medizinischen Dienst dies mitteilen oder der Medizinische Dienst dies im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung bemerkt. Da die Bescheinigung nach dem neuen Satz 7 Voraussetzung dafür ist, dass Krankenhäuser Leistungen vereinbaren und abrechnen dürfen, stellt die Information durch den Medizinischen Dienst sicher, dass die Kostenträger zeitnah über die Aufhebung der Bescheinigung informiert werden.

Zu Buchstabe e

Die Änderung ergänzt die Änderung des Absatz 6 Satz 1 und bildet das zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren der Beantragung einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale entsprechend im Wortlaut ab.

Zu Buchstabe f

Mit der vorgenommenen Änderung erfolgt eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 12 (§ 278)

Zu Satz 1

Es wird ein Fehlverweis in Nummer 1 auf § 17c Absatz 1a KHG gestrichen.

Zu Satz 3

Die Regelung sieht vor, dass in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8 auch zu regeln ist, ob und in welchen Fällen beziehungsweise in welchem Umfang ein Bericht erforderlich ist, wenn die entsprechenden Daten bereits in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank enthalten sind. Gemäß § 283 Absatz 5 Satz 8 regelt der Medizinische Dienst Bund 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 in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3.

Zu Nummer 13 (§ 283)

Zu Buchstabe a

Eine einheitliche Abbildung der Prozesse der in allen Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1 enthaltenen Regelungen ist zugunsten einer größeren Effizienz und Vergleichbarkeit der sozialmedizinischen Begutachtungen (Prüfungen) wünschenswert. Dabei handelt es sich zum einen um Prozesse der Ablauforganisation bei den sozialmedizinischen Begutachtungen (Prüfungen) und zum anderen um digitale Prozesse (Datenverarbeitung und -übertragung), die verstärkt genutzt und gefördert werden sollen.

Zu Buchstabe b

Ausdrücklich geregelt wird, dass der Medizinische Dienst Bund die in der Datenbank nach Absatz 5 enthaltenen Daten zum Zwecke seiner Berichterstattung nach § 278 Absatz 4 nutzen darf. Soweit der Medizinische Dienst Bund in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8 Festlegungen trifft, von den Berichtspflichten der Medizinischen Dienste abzusehen, können dadurch Übermittlungsverpflichtungen der Medizinischen Dienste im Rahmen des Berichtswesens reduziert und somit eine Entlastung der Medizinischen Dienste erreicht werden. Die Nutzung der in der Datenbank enthaltenen Daten für die Berichterstattung des Medizinischen Dienstes Bund sowie für die Veröffentlichung der Berichte knüpft daran an. Aufgrund der laufenden Aktualität der Datenbank gegenüber den zu bestimmten Stichtagen abzugebenden Berichten versetzt dieses Vorgehen den Medizinischen Dienst Bund in die Lage, kurzfristig Aussagen zur Entwicklung des Prüfgeschehens zu machen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung berücksichtigt in Nummer 2 auch die § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen. Das ist erforderlich, da der Bericht nach § 278 Absatz 4 Satz 2 die Anzeigen ebenfalls umfasst. Erst durch diese Ergänzung kann vollumfänglich auf die Berichte der Medizinischen Dienste an den Medizinischen Dienst Bund verzichtet werden, wenn die entsprechenden Daten in der in Satz 1 genannten Datenbank enthalten sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ziel der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund ist es, den Datenaustausch in den betroffenen Prüfverfahren durch einen datenbankgestützten Informationsaustausch zu ersetzen, um die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 zu vereinheitlichen, aufeinander abzustimmen und bestehende Nachweise und Erkenntnisse wechselseitig verwenden und berücksichtigen zu können. Dadurch sollen die Effizienz der Verfahren erhöht und Aufwände und Redundanzen bei allen Beteiligten verringert werden.

§ 283 Absatz 5 Satz 4 sieht bislang vor, dass die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank ohne Personenbezug erfolgt. Zur Erfüllung der gesetzlichen Auf-

gaben des Medizinischen Dienstes Bund ist die Verarbeitung personenbezogener Daten aber in bestimmten Fällen erforderlich.

Maßgeblicher Bestandteil im Rahmen der Leistungsgruppenprüfung ist die Prüfung durch den Medizinischen Dienst, inwieweit die jeweiligen personellen Voraussetzungen an Krankenhausstandorten erfüllt werden. Dazu gehört auch die Anrechnung ärztlicher Kapazitäten je Leistungsgruppe gemäß § 135e Absatz 4. Dabei muss im Gutachten des Medizinischen Dienstes insbesondere für das jeweils geprüfte Krankenhaus nachvollziehbar sein, welches ärztliche Personal durch den Medizinischen Dienst bei welchen Leistungsgruppen im Rahmen seiner Prüfung berücksichtigt wurde.

Die Verarbeitung und Darstellung personenbezogener Daten in den Prüfgutachten des Medizinischen Dienstes ist insoweit auch bereits in der vom Medizinischen Dienst Bund erlassenen Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 angelegt.

Weiterhin ist es möglich, dass Qualitätskriterien über Kooperationen mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder im Rahmen einer belegärztlichen Versorgung vorgehalten werden. Hierzu kann neben der Verarbeitung personenbezogener Daten auch die Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten erforderlich sein. Einrichtungsbezogene Daten genießen, soweit sie nach § 67 Absatz 2 Satz 2 SGB X Geheimnischarakter haben und als Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse anzusehen sind, einen den Sozialdaten nach § 35 Absatz 4 SGB I gleichgestellten Schutz. Eine Verarbeitungsbefugnis wird daher auch für einrichtungsbezogene Daten geregelt, da es zumindest nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich bei den Angaben zu den Kooperationspartnern um Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse handelt. Angaben zum Kooperationspartner sind in den Gutachten für die Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V erforderlich. So kann es etwa erforderlich sein, dass im Gutachten Inhalte des Kooperationsvertrags offengelegt werden. Davon umfasst sein können beispielsweise Inhalte zur Personalstruktur und gerätetechnischen Ausstattung des Kooperationspartners.

Da die Prüfgutachten des Medizinischen Dienstes auch Gegenstand der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund sind, ermöglicht die vorgenommene Änderung eine Verarbeitung personen- und einrichtungsbezogener Daten in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund.

Die Erforderlichkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten muss in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 im Einzelnen festgelegt und begründet werden. In der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund dürfen nur dort personen- und einrichtungsbezogene Daten verarbeitet werden, wo es für die Erstellung des Prüfgutachtens erforderlich ist. Der Medizinische Dienst Bund wird den Zugriff auf diese Daten über das umzusetzende Rechte- und Rollenkonzept zu beschränken haben. Die Datenerhebung begrenzt sich auf die Verarbeitung von personen- und einrichtungsbezogenen Daten von Leistungserbringern und betrifft keine Versichertendaten.

Zu Nummer 14 (§ 427)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird dem Anliegen nach einer frühen ersten Bewertung der Leistungsgruppeneinteilung und der weiteren im Zuge der Umsetzung des KHVVG gewonnenen Erkenntnisse Rechnung getragen. Trotz der zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich eingeschränkten Aussagekraft der in § 427 Satz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Auswirkungen und Prüfungen bietet ein solch früher Untersuchungszeitpunkt die Möglichkeit, unmittelbar zu

Beginn der Einführung der Vorhaltevergütung erste Rückschlüsse aus der bestehenden Leistungsgruppeneinteilung zu ziehen. Hierbei können auch die Länder die ihnen vorliegenden Erkenntnisse einbringen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird die Vorschrift zur Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes erweitert. In den Evaluationsberichten soll auch untersucht werden, welche Auswirkungen die Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG auf die Konzentration der Krankenhausleistungen und auf die bezweckte Qualitätssteigerung hat. Zu diesem Zweck ist unter anderem zu ermitteln, wie häufig und aus welchen Gründen Ausnahmen nach § 6a Absatz 4 KHG erteilt werden. Auch die Untersuchung der Länge der Befristungen von Leistungsgruppenzuweisungen im Rahmen einer Ausnahme sowie der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Ergreifung qualitätssteigernder Maßnahmen kann Erkenntnisse über die langfristigen Folgen der Ausnahmeerteilung für die Krankenhausstrukturen und für die Qualität der Versorgung liefern.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung infolge der Einfügung einer neuen Nummer 5 in Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Änderung wird der Gegenstand der Evaluation erweitert. Evaluiert werden soll auch die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V. Dabei soll insbesondere untersucht werden, mit welcher Begründung Krankenhausstandorte der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet werden. Hierdurch sollen vor allem Erkenntnisse über die Art der Spezialisierung von den landesrechtlich als Fachkrankenhaus ausgewiesenen Krankenhausstandorten gewonnen werden. Zudem sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, nach welchen Kriterien die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Erbringung eines relevanten Versorgungsanteils durch ein Fachkrankenhaus annehmen. Es soll auch untersucht werden, inwieweit die Länder die Ausweisung der Fachkrankenhäuser möglichst bundeseinheitlich anhand geeigneter Kriterien insbesondere im Hinblick auf Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung umsetzen.

Zu Buchstabe b

Zur Durchführung der Evaluation über die Zuordnung von Krankenhausstandorten zur Versorgungsstufe „Level F“ wird in einem neuen Satz 4 zudem geregelt, dass das InEK die erforderlichen Daten in anonymisierter Form an die mit der Evaluation beauftragten Stellen zu übermitteln hat. Die Anonymisierung der Daten bezieht sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort, die Daten sollen landesbezogen auswertbar sein.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Nummer 15 (Anlage 1 neu)

Die Anlage zu § 135e wird neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wurden die Qualitätskriterien für einige Leistungsgruppen geändert.

Zum Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“

Die gesetzlichen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern sollen vereinheitlicht werden. Die Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser sowie der Verweis auf Fachkrankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugordnet wurden, werden in den jeweils relevanten LG gestrichen. Die Streichung steht im Zusammenhang mit der Streichung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4.

Zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“

Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium wird durchgängig gestrichen. Durch diese Streichung soll im Sinne des Bürokratieabbaus im Kontext der Leistungsgruppen auf eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst verzichtet werden, da diese keinen Mehrwert mit sich bringt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird bereits nach den im § 137i SGB V festgelegten Regeln nachgewiesen und sanktioniert. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind ein wichtiges Instrument, um die minimale notwendige Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu gewährleisten. Die vorliegende Regelung ändert nichts daran, dass die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern verbindlich gelten und von den Krankenhäusern stets einzuhalten sind.

Die Verweise sowie die Daten der letztmaligen Änderung von Beschlüssen des G-BA wurde im Anforderungsbereich Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen in den jeweils relevanten LG angepasst.

Zu Leistungsgruppe Nummer 1

Die Mindestanforderung an die Zeiten, in der die Krankenhäuser die Leistung Endoskopie vorhalten müssen, wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ auf täglich acht Stunden festgelegt. Durch die vom nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten -Ausschuss empfohlene Änderung wird den Krankenhäusern eine größere Flexibilität in ihrer Planung, insbesondere hinsichtlich des für eine Endoskopie (Vor-, Nachbereitung sowie Durchführung) erforderlichen Personals, ermöglicht, ohne die Versorgungssicherheit von Patientinnen und Patienten einzuschränken.

Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird die Vorhaltung des Basislabors in Kooperation ermöglicht. Dadurch können Krankenhäuser für Laboruntersuchungen auf die Dienstleistungen externer Labore zurückgreifen und gegebenenfalls auf ein durchgängig betriebenes eigenes Labor verzichten, was in vielen Fällen der Versorgungsrealität entspricht. Vereinbarungen zu Qualitätsanforderungen insbesondere zum Probentransport, zur Analytik und zur Übermittlung der Ergebnisse sind erforderlich. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorzuhalten.

Zu Leistungsgruppe Nummer 2

Die Änderungen sind Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses. Die Spalte „Qualifikation“ wird um den Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Diabetologie ergänzt, um den spezifischen Anforderungsbereich für die Komplexe Diabetologie abzubilden. In den Spalten Qualifikation und Verfügbarkeit werden die besonderen Anforderungen an die Qualitätskriterien bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen als Alternative dargestellt, um der Abgrenzung von der Erwachsenenmedizin besser Rechnung zu tragen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 3

Die Leistungsgruppe 3 Infektiologie wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 3 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 6

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Kooperation“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 6 Komplexe Pneumologie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 7

Auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ die Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie ergänzt sowie die Aufzählung der endoprothetischen Leistungsgruppen ersatzlos gestrichen, um dem Anforderungsbereich der Leistungsgruppe 7 Komplexe Rheumatologie fachlich besser Rechnung zu tragen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 10

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird die Leistungsgruppe 13 Minimal-invasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 10 EPU / Ablation sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 11

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird die Leistungsgruppe 13 Minimal-invasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 11 Interventionelle Kardiologie sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 12

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 13

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ wird in der Spalte „Qualifikation“ der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie ergänzt, um den spezifischen Anforderungsbereich der minimalinvasiven Herzklappeninterventionen abzubilden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 14

Die Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Verfügbarkeit“ werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses angepasst. Es gilt nunmehr eine „2 zu 1 Regel“, ein Facharzt für Allgemeinchirurgie kann durch 2 FA (1 FA für Orthopädie- und Unfallchirurgie sowie 1 FA für Viszeralchirurgie) ersetzt werden.

Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird die Vorhaltung des Basislabors in Kooperation ermöglicht. Dadurch können Krankenhäuser für Laboruntersuchungen auf die

Dienstleistungen externer Labore zurückgreifen und gegebenenfalls auf ein durchgängig betriebenes eigenes Labor verzichten, was in vielen Fällen der Versorgungsrealität entspricht. Vereinbarungen zu Qualitätsanforderungen insbesondere zum Probentransport, zur Analytik und zur Übermittlung der Ergebnisse sind erforderlich. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorzuhalten.

Zu Leistungsgruppe Nummer 16

Die Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 16 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 19

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices und die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternativen sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in die Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 19 Carotis operativ / interventionell sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Kooperation“ die Leistungsgruppe Neuro Frühreha (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF), Phase B) gestrichen, da diese Leistungsgruppe bereits auch als alternative Mindestvoraussetzung in derselben Spalte benannt ist.

Zu Leistungsgruppe Nummer 20

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices und die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternativen sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 20 Komplexe periphere arterielle Gefäße sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen. Auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Kooperation“ die Leistungsgruppe Neuro Frühreha (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF), Phase B) ersatzlos gestrichen. Es handelt sich um eine Fehlerkorrektur.

Zu Leistungsgruppe Nummer 24

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ wird das Wort „oder“ gestrichen, da die Systematik bereits von einer alternativen Erfüllung dieser Anforderungen ausgeht.

Zu Leistungsgruppe Nummer 27

In der Leistungsgruppe 27 Spezielle Traumatologie wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ das Qualitätskriterium Blutdepot gestrichen. Diese Änderung hat der nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss empfohlen. Die Versorgungssicherheit für Blutpräparate obliegt den Krankenhäusern dem Grunde nach, sodass es keiner weiteren Konkretisierung bedarf.

Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird der Verweis auf die aktuelle Fassung des Verletzungsverfahrens (VAV) angepasst.

Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird die Vorhaltung des Basislabors in Kooperation ermöglicht. Wie bei anderen Leistungsgruppen, die ein Basislabor verlangen, wird das Basislabor zu jederzeit vorausgesetzt. Durch die Kooperationsmöglichkeit können Krankenhäuser für Laboruntersuchungen auf die Dienstleistungen externer Labore zurückgreifen und gegebenenfalls auf ein durchgängig betriebenes eigenes Labor verzichten, was in vielen Fällen der Versorgungsrealität entspricht. Vereinbarungen zu Qualitätsanforderungen insbesondere zum Probentransport, zur Analytik und zur Übermittlung der Ergebnisse sind erforderlich. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorzuhalten.

Zu Leistungsgruppe Nummer 29

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 29 Thoraxchirurgie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 31

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 31 Lebereingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 32

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 32 Ösophaguseingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

In dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ wird ein Absatz zwischen FA Viszeralchirurgie und ZW Spezielle Viszeralchirurgie eingefügt. Somit wird die Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses umgesetzt, dass bereits die Qualifikation Facharzt Viszeralchirurgie ausreicht, um das Qualitätskriterium zu erfüllen. Bei der Aufzählung handelt es sich um 3 selbständige Alternativen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 33

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 33 Pankreas Eingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

In dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Verfügbarkeit“ werden Änderungen hinsichtlich der Mindestvoraussetzungen der erforderlichen Qualifikationen vorgenommen, um die in der Spalte „Qualifikation“ Benannten – wie bei der Leistungsgruppe 32 bereits umgesetzt – adäquat zu berücksichtigen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 34

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 34 Tiefe Rektumeingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 36

In der Leistungsgruppe 36 Haut- und Geschlechtskrankheiten wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Balneophototherapie gestrichen. Diese Änderung hat der nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss empfohlen, da die Streichung zu keiner Verminderung der Qualität der Krankenhausversorgung führt. Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Balneophototherapie anzubieten und durchzuführen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 37

In der Leistungsgruppe 37 MKG wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Panendoskop gestrichen. Diese Änderung hat der nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss empfohlen, da die Streichung zu keiner Verminderung der Qualität der Krankenhausversorgung führt. Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskope zu verwenden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 38

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Kooperation“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 38 Urologie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 39

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ wird die in der Zeile Auswahlkriterium als Alternative benannte Leistungsgruppe 30 Bariatrische Chirurgie auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 39 Allgemeine Frauenheilkunde fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 40

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Standort“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation, die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome sowie die Leistungsgruppe 30 Bariatrische Chirurgie auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 40 Ovarial-CA fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 47

Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 47 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 52

Auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses werden im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG) und Elektroneurographie (ENG) für die Leistungsgruppe 52 Neurochirurgie gestrichen, da diese Untersuchungen als Qualitätskriterium bereits auch der LG 53 Allgemeine Neurologie zugeordnet sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 53

Es werden die folgenden Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses umgesetzt: Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 11 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Auswahlkriterien in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 53 Allgemeine Neurologie sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird Polysomnographie gestrichen, da dieses diagnostische Verfahren auch ambulant durchgeführt werden kann.

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ wird in der Spalte „Qualifikation“ das Erfordernis Facharzt Neurologie als Auswahlkriterium gestrichen. Die Bezugnahme auf die Zusatzweiterbildungen bleibt bestehen, sodass die erforderliche fachliche Qualifikation gewährleistet ist und auch andere Facharztbezeichnung mit den entsprechenden Zusatzweiterbildungen berücksichtigt werden können.

Zu Leistungsgruppe Nummer 56

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ werden sowohl in der Spalte „Qualifikation“ als auch in der Spalte „Verfügbarkeit“ die Facharztbezeichnungen gestrichen und Schwerpunkt Geriatrie oder FA Innere Medizin und Geriatrie aufgenommen. Hiermit soll klargestellt werden, dass – neben der verbleibenden ZW Geriatrie – auch alle anderen Qualifikationen, die geeignet sind eine hohe geriatrische Patientenversorgung fachlich sicherzustellen, berücksichtigt werden können.

Auf Empfehlung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wird zudem im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Kooperation“ als Auswahlkriterium die Leistungsgruppe 28 Wirbelsäuleneingriff aufgenommen.

Es erfolgt zudem eine Streichung im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“. Die Nennung der Kooperationsmöglichkeit für Fachkrankenhäuser ist an dieser Stelle nicht mehr erforderlich, da die entsprechende Kooperation durch die vorgenommene Ergänzung in § 135e Absatz 4 Satz 2 ermöglicht wird.

Zu Leistungsgruppe Nummer 58

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird in der Spalte „Standort“ ergänzt, dass mindestens eine der dort genannten Leistungsgruppen als Auswahlkriterium vorgehalten werden sollte. Aufgrund der Komplexität der Leistungsgruppe 58 Darmtransplantation ist die Ergänzung auch sachgerecht.

Zu Leistungsgruppe Nummer 59

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 11 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Alternativen in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 59 Herztransplantation sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 65

Die Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 65 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet. Hintergrund für die Streichung ist insbesondere, dass es nach Einschätzung des InEK keine angewendeten und geeigneten Fachabteilungsschlüssel für eine Fallzuordnung in die Leistungsgruppe Notfallmedizin gibt. Stationäre Leistungen der Notfallmedizin sind in der Regel nicht einer bestimmten bettenführenden Abteilung zugeordnet. Die Abrechnung bei stationärer Aufnahme sowie die Fallzuordnung erfolgt über die behandelnde Fachabteilung auf Basis der dort erbrachten Leistungen. Die Streichung der Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ hat keine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in einem radiologischen Notfall bzw. in CBRN-Lagen oder die Finanzierung der Leistungen. Die Berücksichtigung der weiteren Versorgung von Verletzungen durch freigesetzte Stoffe oder Strahlung bei einer CBRN-Lage in einzelnen Leistungsgruppen erfolgt in dem nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss im Rahmen der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Sachverständige zum Strahlenschutz können von diesem Ausschuss zu den Beratungen hinzugezogen werden. Die in § 38 Absatz 1 KHG vorgesehene finanzielle Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erfolgt unabhängig von Leistungsgruppen. Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin hat daher keinen Einfluss auf die finanzielle Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 2a)

Durch die Änderung wird § 2a Absatz 4 ersetzt. Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung, mit der klargestellt wird, dass Satz 2 für alle Vereinbarungen nach Satz 1 gilt und nicht nur für Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 2. Eine inhaltliche Änderung wird nicht vorgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 6a)

Durch die Änderung wird § 6a neu gefasst.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird Satz 1 inhaltlich angepasst. Satz 1 regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen. Nach dem bisherigen Wortlaut der Vorschrift konnte die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem nach § 108 Nummer 1 oder Nummer 2 SGB V zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn es an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Durch die Änderung wird die Regelung ausdrücklich auch auf Krankenhäuser erstreckt, die nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassen sind. Hierbei handelt es sich um Bundeswehrkrankenhäuser, die nach § 108 Nummer 4 erster Halbsatz SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) 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 nach § 108 Nummer 4 zweiter Halbsatz SGB V 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.

Indem die Regelung des Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich auch auf nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstreckt wird, wird klargestellt, dass die Zuweisung einer Leistungsgruppe an Bundeswehrkrankenhäuser die Erfüllung der Qualitätskriterien voraussetzt. Zwar gilt für Bundeswehrkrankenhäuser in Bezug auf die Zuweisung von Leis-

tungsgruppen gemäß § 6a Absatz 3 Satz 1 eine Sonderregelung. Eine Ausnahme von der Erfüllung der Qualitätskriterien als Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen ist hierdurch aber nicht bezweckt. § 6a Absatz 3 Satz 1 regelt, dass Bundeswehrkrankenhäusern die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des BMVg zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Diese Regelung dient dazu, das Ermessen der zuständigen Landesbehörde in Bezug auf die Entscheidung, welche Leistungsgruppen einem Bundeswehrkrankenhaus zugewiesen werden, zu lenken. Die Regelung soll Bundeswehrkrankenhäuser jedoch nicht von dem Erfordernis befreien, die für diese Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien zu erfüllen. Die besonderen Belange der Bundeswehrkrankenhäuser in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien wurden durch § 6a Absatz 3 Satz 4 berücksichtigt, wonach Bundeswehrkrankenhäuser die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können.

Mit der Neufassung von Absatz 1 Satz 8 wird die gesetzliche Fiktion erweitert. Neben dem Fall der Nummer 1, der dem bisher geltenden Recht entspricht, gelten nach der neuen Nummer 2 Leistungsgruppen auch dann einem Krankenhausstandort als wirksam zugewiesen, wenn die Zuweisung bis zum 31. Dezember 2030 nach landesrechtlichen Vorschriften erfolgt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass das jeweilige Land erstmals bis zum 31. Dezember 2024 eine Planung nach Leistungsgruppen eingeführt hat.

Diese Änderung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, wonach in Ländern, die bis Ende 2024 ein Zuweisungssystem für Leistungsgruppen eingeführt haben, diese Zuweisungen rechtlich anerkannt bleiben und als Grundlage für die Vergütung dienen. Damit wird gewährleistet, dass die dort bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgte Krankenhausplanung Bestand hat und nicht durch das Inkrafttreten des KHVVG kurzfristig aufgehoben oder angepasst werden muss.

Mit dieser Übergangsregelung soll Ländern, die sich frühzeitig für ein leistungsgruppenbasiertes System entschieden haben, ermöglicht werden, ihre bereits abgeschlossene oder weit fortgeschrittene Krankenhausplanung bis zum 31. Dezember 2030 fortzuführen und so die Funktionsfähigkeit der Krankenhausversorgung sowie die Planungssicherheit für Krankenhäuser und Länder zu sichern.

In diesen Ländern würde ein sofortiger Übergang zu den bundesrechtlich vorgesehenen Leistungsgruppen zu erheblichem Planungsaufwand der Planungsbehörden der Länder, zu mangelnder Planungssicherheit der Krankenhäuser und zu praktischen Brüchen in der Krankenhausversorgung führen. Demgegenüber besteht in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 keine landesrechtlichen Zuweisungen eingeführt haben, ein solches Bedürfnis nicht, da ihre Krankenhausplanung von vornherein auf die bundeseinheitliche Struktur überführt werden kann.

Folge der Übergangsregelung des Absatz 1 Satz 8 ist, dass für diesen Zeitraum das in § 275a SGB V vorgesehene Verfahren zum Nachweis der Erfüllung der bundeseinheitlich bestimmten Qualitätskriterien keine Anwendung findet.

Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit dieser differenzierenden Übergangsregelung folgt daraus, dass der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung von Übergangsfristen einen Gestaltungsspielraum besitzt. Dieser umfasst insbesondere die Möglichkeit, auf gewachsene Strukturen und bereits getroffene planerische Entscheidungen Rücksicht zu nehmen, um Funktionsbrüche im Gesundheitswesen zu vermeiden. Die Übergangsregelung beruht damit auf sachlich tragfähigen Gründen und ist durch den legitimen Zweck gerechtfertigt, eine geordnete und rechtssichere Überleitung in das bundesrechtliche System der Leistungsgruppen zu ermöglichen.

Ab dem Jahr 2031 erhalten Krankenhäuser ausschließlich ein Vorhaltebudget für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen. Rechtzeitig vor Ablauf der

Übergangsfrist ist daher in allen betroffenen Ländern der Medizinische Dienst mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V der maßgeblichen Qualitätskriterien zu beauftragen und die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK zu übermitteln.

Zu Absatz 2

Durch die Änderung wird Absatz 2 Satz 3 gestrichen. Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Der Regelungsgehalt des Absatz 2 Satz 3 ist bereits vollumfänglich in Absatz 2 Satz 2 enthalten, sodass sich durch die Streichung keine Änderung der Rechtslage ergibt.

Zudem wird ein neuer Satz 4 eingefügt. Dieser sieht vor, dass das in § 275a SGB V geregelte Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien für Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben, bis zum 31. Dezember 2030 keine Anwendung findet. Für die nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen gelten eigene Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der jeweiligen Qualitätskriterien. Der Medizinische Dienst ist daher in diesen Ländern erst für Zuweisungen der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen mit Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Nummer 1 SGB V zu beauftragen.

Zu Absatz 4

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen ermöglicht werden sollen, wird § 6a Absatz 4 geändert.

In § 6a Absatz 4 sind die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien geregelt.

Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch ein Krankenhaus nach § 6a Absatz 2 durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachzuweisen. Es handelt sich dabei um eine rein verwaltungsinterne Maßnahme zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung durch die zuständige Landesbehörde. Zwar ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes für die Landesbehörde in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien verbindlich. Eine Außenwirkung gegenüber dem von der Planungsentscheidung der Landesbehörde betroffenen Krankenhausträger folgt daraus jedoch nicht. Dem Krankenhausträger wird das Gutachten erst in seiner finalen Fassung nach § 275a Absatz 4 SGB V und zu rein informatorischen Zwecken übermittelt. Die zuständige Landesbehörde verfügt ungeachtet des Gutachtens über planerische Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Zuweisung von Leistungsgruppen. Stellt der Medizinische Dienst etwa fest, dass ein Krankenhaus die jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, ist die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen dennoch zulässig, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Diese Ausnahmeregelung wird durch die Änderung des Absatz 4 noch erweitert. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist infolge der fehlenden Außenwirkung nicht selbstständig anfechtbar. Ein durch die Planungsentscheidung der Landesbehörde beschwerter Krankenhausträger muss vielmehr gegen diese Planungsentscheidung vorgehen. Das Ergebnis des Gutachtens über die Erfüllung der Qualitätskriterien wird in diesem Rahmen inzident überprüft.

Eine Leistungsgruppe darf trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ausnahmsweise zugewiesen werden, wenn dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Nach der bisherigen Regelung des Absatzes 4 waren zur Beurteilung der zwingenden Erforderlichkeit der Zuweisung der Leistungsgruppe verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben entfallen nun-

mehr. Stattdessen entscheiden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die begründete Annahme besteht, dass die an einem Krankenhausstandort erbrachten Leistungen nicht oder nur eingeschränkt durch andere in zumutbarer Entfernung erreichbare Krankenhausstandorte übernommen werden können. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhausstandorte übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhausstandorten zumutbar ist, obliegt der zuständigen Landesbehörde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls. Die Länder sollen dabei nach Möglichkeit eine bundeseinheitliche Umsetzung anstreben.

Durch die Änderung in Absatz 4 werden zudem weitere Ausnahmetatbestände ergänzt.

Eine Zuweisung ist nach dem neuen Satz 1 Nummer 2 trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien auch dann zulässig, wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist. Eine vollständige oder teilweise Einstellung des Betriebs liegt im Fall einer Betriebsänderung im Sinne des § 111 Satz 3 Nummer 1 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) vor. Es handelt sich dabei um eine Einschränkung oder Stilllegung des ganzen Betriebs oder wesentlicher Betriebsteile. Wird eine solche Umstrukturierung bzw. Schließung eines Krankenhausstandorts schrittweise vollzogen, können einzelne Qualitätskriterien, etwa in Bezug auf die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen oder personeller Ausstattung möglicherweise nicht mehr vollumfänglich erfüllt werden. Um einen geregelten Übergang zu gewährleisten, kann die Zuweisung von Leistungsgruppen dennoch im Einzelfall sachgerecht sein.

Nach dem neuen Satz 1 Nummer 3 ist eine Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien zudem zulässig, wenn der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 GWB zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Die Entscheidung über die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Ausnahmeentscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach Absatz 4 wirken sich auf die Krankenhausstrukturen aus und berühren damit die finanziellen Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Diese Form der Beteiligung stellt sicher, dass die Belange der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen Berücksichtigung finden.

Vor der Entscheidung, Leistungsgruppen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zuzuweisen, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen nicht erfüllt, hat die zuständige Landesbehörde zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen oder Verbünden erfüllt werden können. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass vor einer Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien sämtliche Mittel zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. War die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen oder Verbünden bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes, ist eine erneute Prüfung nicht erforderlich.

Für die in Satz 1 Nummer 2 und 3 geregelten Ausnahmetatbestände zur Umsetzung einer Betriebseinstellung oder eines Zusammenschlusses ist eine unbefristete Leistungsgruppenzuweisung nach Satz 3 ausgeschlossen. Anders als bei einer Ausnahme zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 und bei einer Ausnahme nach Satz 1 Nummer 3 ist die Landesbehörde in dem in Satz 1 Nummer 2 genannten Fall zudem nicht verpflichtet, Auflagen zur Qualitätssteigerung zu erteilen. Da durch den Aus-

nahmetatbestand des Satzes 1 Nummer 2 lediglich die strukturierte Abwicklung des Betriebs ermöglicht werden soll, wäre eine gleichzeitige Verpflichtung zur Qualitätssteigerung, die in der Regel mit einem Aufbau personeller oder sachlicher Kapazitäten einhergeht, nicht sachgerecht.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird eine Folgeänderung zu der Änderung in § 6a Absatz 1 Satz 8 vorgenommen. Gemäß § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 sollen vor dem 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften erfolgte Leistungsgruppenzuweisungen auch nach Inkrafttreten des KHVVG für eine Übergangszeit aufrechterhalten werden können und nicht so gleich wieder aufgehoben werden müssen. Vor diesem Hintergrund wird auch Absatz 5, der die Aufhebung von Leistungsgruppenzuweisungen regelt, angepasst. Danach gilt Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht für Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bis zum 31. Dezember 2030 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, sofern diese Länder bis zum 31. Dezember 2024 erstmals Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben.

Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sieht vor, dass eine Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben ist, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Die mit dem KHVVG eingeführten maßgeblichen Qualitätskriterien ergeben sich aus § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V. Für die landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen gelten jedoch eigene Qualitätskriterien. Eine Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Qualitätskriterien soll nicht zur Aufhebung der nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen führen. Dies wird durch die Änderung geregelt.

Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 sieht vor, dass eine Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben ist, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als zwei, bzw. drei Jahre zurückliegt. Die Vorgabe, die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachzuweisen, gilt jedoch nur für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen. Für die nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen gelten eigene Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der jeweiligen Qualitätskriterien. Das Erfordernis, in regelmäßigen zeitlichen Abständen ein Gutachten des Medizinischen Dienstes zu übermitteln, soll nicht zur Aufhebung der zugewiesenen landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen führen. Auch dies wird durch die Änderung geregelt.

Zu Absatz 6

Mit der Änderung wird die Frist zur Erfüllung der in § 6a Absatz 6 Satz 1 geregelten Übermittlungspflicht angepasst. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben dem InEK danach jährlich Daten zu übermitteln, die es zur Berechnung des Anteils der Krankenhäuser an der Vorhaltevergütung benötigt. Da die budgetneutrale Phase im Rahmen der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr bis einschließlich 2027 verlängert wird, wird auch die Frist zur Erfüllung der Übermittlungspflicht der Landesbehörden angepasst. Statt einer erstmaligen Übermittlung bis zum 31. Oktober 2026, sind die in Absatz 6 Satz 1 genannten Daten erstmals bis zum 30. September 2027 zu übermitteln. In den nachfolgenden Jahren sind die Daten für das jeweilige Folgejahr jeweils bis zum 30. September des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln.

Gegenstand der Übermittlung ist nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 zum Beispiel eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen. Dies beinhaltet ausschließlich Leistungsgruppen, die innerhalb der Übermittlungsfrist, d. h. bis zum 30. September eines Kalenderjahres, durch die Bekanntgabe eines entsprechenden Bescheids zugewiesen worden sind. Durch eine Meldung von lediglich geplanten Leistungsgruppenzuweisungen, über die erst künftig ein Bescheid erteilt wird, kämen

die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ihrer Übermittlungspflicht nach Absatz 6 Satz 1 nicht nach.

Zudem werden die in Absatz 6 Satz 2 geregelten Fristen für die Übermittlung von Daten an das InEK angepasst. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge wird auch die erstmalige verpflichtende Datenübermittlung von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK verschoben. Trotz der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Möglichkeit haben, die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Dezember 2025 an das InEK zu übermitteln, um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 an die Krankenhausträger zu ermöglichen. Mit der Regelung wird diese Möglichkeit der Übermittlung einer Information auch für das Kalenderjahr 2027 eingeräumt. Die Frist der Übermittlung der in Satz 1 genannten Daten an das InEK wird auf den 31. Dezember 2026 festgelegt.

Zu Absatz 7

In Absatz 7 wird ein fehlerhafter Verweis angepasst und die Regelung ergänzt, dass auch die nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 an das IQTIG zu melden sind.

Zu Nummer 3 (§ 6b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 38 Absatz 1. Da die Einführung der Zuschläge für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 Absatz 1 um ein Jahr verschoben wird, verschiebt sich auch die in § 6b Satz 8 geregelte Frist für die Meldung der Zuweisung dieser Aufgaben an das InEK. Die Meldefrist wird zudem vom 31. Oktober eines Kalenderjahres auf den 30. September eines Kalenderjahres verschoben. Hierdurch wird vor dem Hintergrund der ebenfalls geänderten Meldefrist nach § 6a Absatz 6 Satz 1 eine Vereinheitlichung der zeitlichen Abläufe erreicht.

Zu Nummer 4 (§ 12a)

Die mit dem KHVVG aufgenommene Bestimmung in Absatz 2 Satz 4, dass die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht beantragten Mittel dem Transformationsfonds ergänzend zur Verfügung zu stellen sind, wird geändert. Diese Mittel werden zur Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds und der für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BAS eingesetzt und hierzu in entsprechenden Jahresbeträgen an den Transformationsfonds übertragen. Vor dem Hintergrund der schwierigen Finanz- und Liquiditätssituation der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Übertragung der Mittel im Übrigen gestrichen.

Zu Nummer 5 (§ 12b)

Zu Absatz 1

Die Änderungen in Absatz 1 erfolgen auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode. Bisher war vorgesehen, dass in den Jahren 2026 bis 2035 für die Förderung aus dem Transformationsfonds 25 Milliarden Euro (2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden. Diese Finanzierungsregelung stand in der Kritik. Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode wurde vereinbart, den bisherigen Betrag von 25 Milliarden Euro, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden sollte, aus dem Sondervermögen Infrastruktur zu finanzieren. Um die Länder

gezielt zu entlasten, wurde der durch den Bund bereitzustellende Betrag auf insgesamt 29 Milliarden Euro erhöht. Dies entspricht jährlichen Teilbeträgen von jeweils 3,5 Milliarden Euro in den Jahren 2026 bis 2029 und jeweils 2,5 Milliarden Euro in den Jahren 2030 bis 2035. Die jeweiligen Beträge sind in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils zum 15. Januar eines Jahres durch den Bund an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. Aufgrund des voraussichtlichen Inkrafttretens dieses Gesetzes erst nach Januar 2026 ist hiervon abweichend im Jahr 2026, dem ersten Jahr der Laufzeit des Transformationsfonds, der Betrag von 3,5 Milliarden Euro durch den Bund erst zum 1. April 2026 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. Dennoch können bereits vorher schon Anträge durch die Länder gestellt und durch das BAS bearbeitet werden. Eine Auszahlung kann nach dem 1. April 2026 erfolgen.

Da der Transformationsfonds damit aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit im bisherigen Satz 3 des Absatzes 1, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen.

Im Koalitionsvertrag wurde zudem vereinbart, die besonderen Aufgaben der Hochschulmedizin im Rahmen der Krankenhausreform zu berücksichtigen. Die nun vorgenommene stärkere Einbeziehung der Hochschulkliniken in ausgewählte Fördertatbestände des § 12b KHG dient der Umsetzung dieser Vereinbarung. Damit wird gewährleistet, dass Hochschulkliniken ihre besonderen Versorgungsaufgaben auch unter den Bedingungen einer stärker konzentrierten und vernetzten Krankenhausstruktur weiterhin wahrnehmen können. Im Sinne der mit dem KHVVG gewollten Leistungskonzentration sind auch die in § 12b KHG vorgesehenen Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten (§ 12b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1), Bildung regionaler Krankenhausverbünde (§ 12b Abs. 1 Satz 3 Nr. 5) und die Bildung integrierter Notfallstrukturen (§ 12b Abs. 1 Satz 3 Nr. 6) für die Universitätskliniken von hoher Bedeutung und sollen diesen zugänglich gemacht werden. Die bereits bestehende Beteiligung von Universitätskliniken bei der Bildung von Zentren zur Behandlung von komplexen oder seltenen Erkrankungen (§ 12b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 KHG) ist nicht mehr von der Einbindung eines nichtuniversitären Krankenhauses abhängig. In der Praxis wird die Behandlung von seltenen Erkrankungen häufig vor allem durch Universitätskliniken gewährleistet, da ausschließlich dort entsprechende fachliche/wissenschaftliche und technische Kapazitäten vorgehalten werden können.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird in Satz 1 neben Folgeänderungen aufgrund der Änderung der Finanzierung des Transformationsfonds eine Klarstellung vorgenommen, um eindeutig festzulegen, dass für die Berechnung der Länderanteile an den Fördermitteln aus dem Transformationsfonds der Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2019, der am 21. April 2021 (BANz AT 06.05.2021 B8) bekannt gemacht wurde, anzuwenden ist.

Zu Absatz 3

Zur Verbesserung der Normenstruktur wird der im bisherigen Absatz 3 Satz 1 enthaltene, auf das BAS bezogene Normbefehl in einen neuen Absatz 3a überführt, während der Absatz 3 auf die Voraussetzungen der Länderanträge beschränkt wird.

Die neue Nummer 1 in Satz 1 formuliert nun klar als Antragsvoraussetzung, dass das Land das Vorliegen eines Fördertatbestandes bei dem zu fördernden Vorhaben sowie die Förderfähigkeit nach Maßgabe weiterer Regelungen eigenständig geprüft und festgestellt haben muss. Die Voraussetzungen der Förderfähigkeit und der förderfähigen Kosten werden durch die KHTFV konkretisiert und sind von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden insgesamt eigenverantwortlich zu prüfen. Die Frage, ob ein konkretes Fördervorhaben im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 vorliegt, kann nur unter Berücksichtigung der

jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen geprüft, bewertet und geplant werden. Darüber hinaus handelt es sich um Maßnahmen, die ausdrücklich der (Neu-)Gestaltung der stationären Versorgungsstrukturen dienen. Dies ist die zentrale Aufgabe der Krankenhausplanung, die ausschließlich den Ländern obliegt. Der Bund hat insofern die Gestaltungsfreiheit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu respektieren. Dementsprechend erfolgt eine Prüfung durch das BAS hinsichtlich des Vorliegens eines in Absatz 1 Satz 3 genannten Fördertatbestandes im konkreten Einzelfall und der in diesem Einzelfall förderfähigen Kosten lediglich im Sinne einer Plausibilitätsprüfung hinsichtlich der diesbezüglichen Darlegungen des jeweiligen Landes.

Die bisherige in Satz 1 Nummer 1 geregelte Antragsfrist ist aufgrund der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds in Absatz 1 in Folge der Vorgaben des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode entbehrlich und wird gestrichen. Diese Frist war bei der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erforderlich, damit der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V die dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds voraussichtlich zuzuführenden Finanzmittel für die Kalkulation des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr berücksichtigen kann.

Aufgrund der Aufstockung des Bundesanteils an der Finanzierung des Transformationsfonds mit zusätzlichen Fördermitteln des Bundes in Höhe von jeweils 1,5 Milliarden Euro zusätzlich in den Jahren 2026 bis 2029 wird die Regelung zur Kofinanzierung der Länder in Satz 1 Nummer 3 angepasst. Die durch die Länder zu erbringende Kofinanzierung wird für in den Jahren 2026 bis 2029 zu fördernde Vorhaben von 50 Prozent auf 30 Prozent abgesenkt. Die Länder werden durch diese Änderung gezielt entlastet. Sie können für die Förderjahre 2026 bis 2029 im Vergleich zu der hälftigen Kofinanzierung bis zu 1,5 Milliarden Euro pro Förderjahr einsparen. Bei Vorhaben, deren Umsetzung sich über mehrere Jahre erstreckt, unterliegen die Vorhabensabschnitte, die in den Jahren 2026 bis 2029 gefördert werden, der Kofinanzierungsregelung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und die Vorhabensabschnitte, die in den Jahren 2030 bis 2035 gefördert werden, der Kofinanzierungsregelung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b.

Zudem werden in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b Änderungen vorgenommen, die einer Präzisierung des Wortlautes dienen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.

Die bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehene Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, wird gestrichen. Es ist trotzdem selbstverständlich, dass Förderungen aus dem Transformationsfonds nur dann erfolgen werden, wenn prospektiv eine wirtschaftlich nachhaltige Sinnhaftigkeit besteht. Bei den Förderungen aus dem Transformationsfonds geht es um eine Umstrukturierung der Krankenhausstrukturen zur langfristigen Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Diese Aufgabe kommt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu. Zur Inanspruchnahme der Mittel des Transformationsfonds ist es zudem wesentliche Voraussetzung, dass die Länder die Fördervorhaben zu einem wesentlichen Anteil aus eigenen Mitteln kofinanzieren. Vor diesem Hintergrund liegt es bereits in der Natur der Sache, dass die Länder nur für solche Vorhaben Mittel aus dem Transformationsfonds beantragen, bei denen aus Sicht ihrer Krankenhausplanung eine entsprechende Zukunftsperspektive besteht. Vor diesem Hintergrund ist ein Nachweis des Landes, das Insolvenzrisiko geprüft zu haben, nicht erforderlich. Insbesondere aber stehen eine solche Nachweispflicht und der damit verbundene Nutzen außer Verhältnis zu dem bürokratischen Aufwand, den sie verursacht. Im Rahmen der Abstimmung der diesbezüglichen konkretisierenden Regelungen wurde in die KHTFV aufgenommen, dass dieser Nachweis „mit einem vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testat einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft wurde und das bestätigt, dass in der Betrachtung der Jahresprognose keine Insolvenzgründe nach Insolvenzordnung vorliegen,“ erfolgt (siehe § 4 Absatz 2 Nummer 7 KHTFV). Dies bedeutet,

dass mithilfe eines vom Krankenhausträger beauftragten und finanzierten Gutachten bestätigt würde, dass zum Begutachtungszeitpunkt keine Zahlungsunfähigkeit nach § 17 der Insolvenzordnung (InsO) oder Überschuldung nach § 19 InsO vorliegt oder eine Zahlungsunfähigkeit im nächsten Jahr droht. Damit wäre keine Aussage dazu getroffen oder gar eine Garantie dafür gegeben, dass das Krankenhaus zu Beginn des künftigen Fördervorhabens oder während dessen voraussichtlich mehrjährigen Laufzeit nicht von Zahlungsunfähigkeit bedroht wäre. Insofern ist der Nutzen dieses Nachweises gering. Gleichzeitig entsteht mit dieser Antragsvoraussetzung eine zusätzliche bürokratische Hürde, die das Förderverfahren erschwert. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Erwägungen erscheint die Nachweispflicht nicht verhältnismäßig und ist insofern zu streichen.

Ferner ist zu beachten, dass eine generelle Pflicht zur insolvenzrechtlichen Risikoabschätzung im Rahmen der Fördervoraussetzungen über die haushaltsrechtlich gebotene Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgeht und sich weder systematisch noch praktikabel begründen lässt. Die Insolvenz eines Krankenhauses ist im Kern ein unternehmens- und gesellschaftsrechtliches Risiko, das durch die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung weder vorhersehbar noch steuerbar ist. Die vorliegend als unverhältnismäßig gestrichene Verpflichtung würde ein Scheinmaß an Kontrolle suggerieren, ohne dass die Länder tatsächlich rechtlich oder tatsächlich in der Lage wären, dieses Risiko verlässlich einzuschätzen oder zu begrenzen. Zudem impliziert eine solche Pflicht eine insolvenzrechtliche Verantwortung der Länder, die ihnen weder in ihrer Rolle als Empfänger der Mittel noch als Planungsbehörden zukommt.

Die Ergänzung in Satz 1 Nummer 6 dient der Absicherung der zweckentsprechenden Verwendung hinsichtlich der in Absatz 1 neu eröffneten Fördermöglichkeiten für Hochschulkliniken. Während die Hochschulkliniken nach Absatz 1 im Sinne des Koalitionsvertrages in weitere Fördertatbestände einbezogen werden, wird in Absatz 3 klargestellt, dass eine Förderung nur unter der Bedingung zulässig ist, dass das jeweilige Land nachweist, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbegleitende Strukturmaßnahmen eingesetzt werden und eine zweckwidrige oder doppelte Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist.

Damit wird zugleich der verfassungsrechtlich gebotenen Kompetenzordnung Rechnung getragen, die den Hochschulbau bei den Ländern verortet; eine Förderung aus Bundesmitteln darf daher nicht in den Bereich von Forschung und Lehre hineinwirken. Die Nachweispflicht der Länder stellt sicher, dass die Kompetenzgrenzen zwischen Bund und Ländern gewahrt bleiben.

Durch die zusätzlich eingeführte jährliche Berichtspflicht der Länder gegenüber dem BAS wird überdies ein Kontrollmechanismus geschaffen, der Transparenz gewährleistet und eine laufende Überprüfung der Zweckbindung ermöglicht. Dadurch wird abgesichert, dass die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die Transformationsförderung im Einklang mit der Zielsetzung des Fonds erfolgt – nämlich die stationäre Versorgungsstruktur zukunftsfest auszurichten, ohne die verfassungsrechtliche Aufgabenteilung zwischen Krankenversorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits aufzuweichen.

Bei den übrigen Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in Satz 1 und in Absatz 1.

Zu Absatz 3a

Die Sätze 1 bis 3 im neuen Absatz 3a entsprechen den bisherigen Regelungen in Absatz 3 Satz 1, 3 und 5 und werden hier im Sinne einer klareren Normenstruktur neu verortet.

Die neuen Sätze 4 und 5 sind der Besonderheit dieses Förderverfahrens geschuldet. Bei diesem Förderverfahren besteht kein direktes Förderverhältnis zwischen dem Bund und dem Fördermittelempfänger. Vielmehr bewilligt und zahlt das BAS die Mittel an das jewei-

lige Land. Das Land beantragt Fördermittel für Vorhaben unter der in Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 geregelten Voraussetzung, dass das Land das zu fördernde Vorhaben eingehend geprüft hat und im Rahmen seiner Krankenhausplanung zu der Feststellung gelangt, dass ein Fördertatbestand nach Absatz 1 Satz 3 erfüllt ist und die weiteren förderrechtlichen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 5 und Absatz 3 gegeben sind. Das Land gestaltet unter Einbezug der eigenen Kofinanzierung das Förderverhältnis zum jeweiligen Krankenhausträger. Ein Förderverhältnis des Bundes zum Krankenhausträger besteht nicht. Dementsprechend wird in Satz 4 klargestellt, dass die im Rahmen des Krankenhaustransformationsfonds vom Bund bereitgestellten Mittel von den Ländern als Haushaltseinnahmen vereinnahmt und nach dem jeweiligen Haushaltsrecht der Länder bewirtschaftet werden. Für das Verhältnis zum Fördermittellempfänger ist damit das jeweilige Landeshaushaltsrecht maßgeblich.

Satz 5 knüpft inhaltlich an die Antragsvoraussetzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 an und bestimmt, dass die Länder, die im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung das jeweilige Fördervorhaben und die Voraussetzungen der Förderfähigkeit des Vorhabens prüfen und feststellen, auch die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu prüfen und dem BAS gegenüber nachzuweisen haben. Die Prüfung durch das BAS respektiert die Feststellungen der Landesbehörden hinsichtlich des Vorliegens eines Fördertatbestandes nach Absatz 1 Satz 3 im konkreten Einzelfall und der in diesem Einzelfall förderfähigen Kosten und prüft diese Aspekte lediglich im Sinne einer Plausibilitätsprüfung hinsichtlich der diesbezüglichen Darlegungen des jeweiligen Landes.

Das Förderverfahren des Krankenhaustransformationsfonds sieht damit ein Verfahren vor, bei dem die Länder auf Grundlage eigener Förderentscheidungen Bundesmittel erhalten, die sie zweckgebunden an die Krankenhausträger weiterleiten. Dabei haben die Länder eigenverantwortlich zu prüfen, welche Pflichten sich aus dem Landeshaushaltsrecht ergeben. Zudem haben die Länder die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu prüfen und sich Verwendungsnachweise des Krankenhausträgers vorlegen zu lassen und zu prüfen. Das BAS selbst kann diese den Ländern obliegenden Prüfungen aufgrund der nicht vertieft vorhandenen Kenntnis und Sachnähe der Inhalte der Krankenhausplanung der jeweiligen Länder nicht durchführen. Die Länder haben dem BAS als Ergebnis ihrer abschließenden Prüfung eines Fördervorhabens einen Verwendungsnachweis vorzulegen, der einen aussagekräftigen Sachbericht und einen zahlenmäßigen Nachweis beinhaltet. Dies ermöglicht dem BAS eine Plausibilitätsprüfung der für den Förderzweck eingesetzten Mittel. Bei Anhaltspunkten für eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel kann das BAS von den Ländern die Übersendung weiterer Nachweise verlangen.

Durch die umfassende Länderprüfung und unter Berücksichtigung der Planungshoheit der Länder für die Krankenhausstrukturen gewährleistet das vorgesehene Verfahren die Einhaltung von allgemeinen förderrechtlichen Grundsätzen. Damit wird unter sachgerechter Beachtung der Planungshoheit der Länder ein möglichst bürokratiearmes Verfahren vorgesehen, das eine ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel gewährleistet.

Satz 6 entspricht wortgleich dem bisherigen Absatz 3 Satz 7 und wird lediglich zur besseren Normenstruktur neu verortet. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

Zu Absatz 4

Die Verwaltungskosten des BAS für den Transformationsfonds sollen künftig nicht mehr aus dem Fördervolumen des Transformationsfonds selbst, sondern aus den nach § 12a Absatz 2 Satz 4 aus dem Krankenhausstrukturfonds an den Transformationsfonds übertragenen Mitteln getragen werden. Satz 1 wird insoweit geändert. Diese Änderung geht einher mit der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität.

Diese Regelung stellt sicher, dass die Fördermittel des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität vollständig und ausschließlich den in § 12b definierten Förderzwecken zugutekommen und nicht durch Verwaltungsaufwände reduziert werden.

Der bisherige Satz 3, der die Rückführung an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung regelte, wird gestrichen.

Mit der Einfügung des neuen Satzes 3 wird für das durch das BAS durchzuführende Verwaltungsverfahren an die bewährten Verfahrensstrukturen des Krankenhauszukunftsfonds und des Krankenhausstrukturfonds angeknüpft. Die Regelung betrifft die haushaltsrechtliche Bewirtschaftung der Mittel durch das BAS im Verhältnis zu den Ländern. Sie stellt klar, dass das BAS auf Grundlage sozialversicherungsrechtlicher Haushaltsgrundsätze handelt. Die Bewirtschaftung der ausgezahlten Fördermittel im Verhältnis der Länder zu den Krankenhausträgern richtet sich hingegen nach dem Haushaltsrecht der Länder, wie sich auch aus § 6 Absatz 1 Satz 3 KHTFV ergibt.

Der neue Satz 4 ist mit dem Wechsel der Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds - weg von der Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung hin zur Bereitstellung aus einem haushaltsrechtlich gebundenen Sondervermögen des Bundes - verbunden, mit dem auch eine erhöhte Rückforderungsverantwortung des Bundes einhergeht. Mit Satz 4 wird insofern die haushaltsrechtlich gebotene Kontrolle der zweckentsprechenden Verwendung von Bundesmitteln sichergestellt und zugleich die Durchsetzbarkeit des Rückforderungsanspruchs rechtlich eindeutig verankert. Die Vorschrift dient der rechtsklaren Absicherung der Rückforderungspraxis im Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Rahmen des Krankenhaustransformationsfonds und wird durch die Regelungen der KHTFV, insbesondere die Rückforderungstatbestände nach § 7 Absatz 2 KHTFV konkretisiert.

Der neue Satz 5 regelt, dass nicht verwendete Fördermittel nach Ende des Transformationsfonds nicht in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verbleiben, sondern durch das BAS an das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zurücküberwiesen werden. Dies gilt für Fördermittel, für die nach Ende der Laufzeit des Transformationsfonds keine Anträge gestellt wurden, so dass sie nicht zugeteilt werden können. Dies gilt auch für beantragte Mittel, über die das BAS nach Prüfung keinen Auszahlungsbescheid erlassen hat. Ebenso sind Mittel zurückzuzahlen, die nicht für die Auswertung nach § 14 benötigt werden. Zudem sind auch Fördermittel, die nach Ende des Transformationsfonds an das BAS zurückgezahlt werden, durch das BAS an den Bund zurückzuzahlen.

Der neue Satz 6 regelt die Rückzahlung von Mitteln, die dem Transformationsfonds nach § 12a Absatz 2 Satz 4 aus den Restmitteln des Krankenhausstrukturfonds übertragen wurden, jedoch in dem jeweiligen Geschäftsjahr nicht für die Deckung der Aufwendungen für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung verwendet wurden.

Zu Absatz 5

Es werden lediglich eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 sowie sprachliche Anpassungen vorgenommen.

Der bisherige Absatz 6 wird gestrichen. Da der Transformationsfonds aufgrund der geänderten Finanzierung nach Absatz 1 aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten.

Zu Nummer 6 (§ 13)

Die nunmehr gesetzlich vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds aus Bundesmitteln rechtfertigt es, die Anforderungen an die Form der Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen etwas zu reduzieren. Für die Entscheidung der Länder, welche Vorhaben aus dem Transformationsfonds gefördert werden sollen, ist nicht Voraussetzung, dass Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hergestellt wird. Es reicht, – wie in § 8 – dass Einvernehmen angestrebt wird. Der neue Satz 5 sieht lediglich vor, dass das Einvernehmen – wie in § 8 – anzustreben ist. Die Sätze 1 bis 4 bleiben unverändert.

Zu Nummer 7 (§ 17b)

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge werden auch der bei der Evaluation vorgesehene Zeitraum sowie die Zeitpunkte für die Vorlage des Zwischenberichts und des abschließenden Berichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um ein Jahr verschoben.

Zu Nummer 8 (§ 37)**Zu Buchstabe a**

Zu Absatz 1

Zu Satz 2

Die Regelung aus dem bisherigen Satz 8 wird inhaltsgleich in den Satz 2 integriert.

Zu Satz 3

Wie in Satz 2 wird geregelt, dass sich das ermittelte Vorhaltevolumen auf das jeweils folgende Kalenderjahr bezieht.

Änderungen der maßgeblichen Leistungsgruppen werden vom InEK bei der rechnerischen Aufteilung der Vorhaltevolumina berücksichtigt, sobald sie sich in der Datenübermittlung der Länder nach § 6a Absatz 6 Satz 1 wiederfinden. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 6 Satz 1 wird sichergestellt, dass die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina entsprechend der zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgt.

Zu Satz 6 und 7

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

Zu Buchstabe b

Durch die Einfügung des Bindewortes „oder“ am Ende der Nummer 2 wird geregelt, dass nur eine der in den Nummern genannten Fallzahlen bei der Berechnung des Anteils nach Satz 1 zu berücksichtigen ist.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 5

Zu Satz 1

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr.

Zu Satz 2

Außerdem werden die Fristen angepasst, bis zu denen das InEK den Krankenhausträgern die Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens in einem Land zu übermitteln hat, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits für das Kalenderjahr 2026 oder das Kalenderjahr 2027 eine Zuweisung von Leistungsgruppen und eine Übermittlung nach § 6a Absatz 6 vornimmt. So erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für das Kalenderjahr 2026 bis zum 31. Dezember 2025 Zeit für eine freiwillige Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 1. Das InEK hat daraufhin die Vorhaltevolumina zu ermitteln und bis zum 28. Februar 2026 die Information an die Krankenhausträger für ihre jeweiligen Krankenhausstandorte zu übermitteln. Für das Kalenderjahr 2027 können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 bis zum 31. Dezember 2026 an das InEK vornehmen. Das InEK hat daraufhin die Information bis zum 28. Februar 2027 an die Krankenhausträger zu übermitteln.

Zu Satz 5

Es wird geregelt, dass die nach Satz 2 an einen Krankenhausträger übermittelte Information über die Höhe der Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe, ebenso wie die Bescheide nach Satz 1, durch das InEK zu veröffentlichen ist. Damit wird sichergestellt, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ebenfalls Kenntnis über die ermittelten Vorhaltevolumina erhalten und Transparenz über die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung erhöht wird.

Zu Absatz 6

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird. Für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, finden insofern Absatz 5 Satz 1, Satz 3 und Satz 4 bis zum 31. Dezember 2030 keine Anwendung (zu Nummer 1).

Krankenhäuser in diesen Ländern erhalten für die Jahre 2028 bis 2030 eine nicht vergütungsrelevante Information über die Höhe des Vorhaltevolumens, das ihnen nach bundesrechtlichen Vorschriften zugewiesen würde. Hierdurch soll die Annäherung an das Bundesystem erleichtert werden (zu Nummer 2). § 1 Absatz 4 KHEntgG trifft für die Krankenhäuser in den betroffenen Ländern Übergangsregelungen, damit die Höhe der abzurechnenden Entgelte weiterhin nach den bisherigen bundeseinheitlichen Vorschriften ermittelt wird und

die Unterschiede der Leistungsgruppensystematiken keine Auswirkungen auf die Vergütung haben.

Zu Nummer 9 (§ 38)

Zu den Buchstaben a und b

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken ein Jahr später eingeführt. Zudem wird ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

Zu Nummer 10 (§ 39)

Zu den Buchstabe a bis c

Zu Absatz 1, Absatz 2 Satz 1 und 2 sowie Absatz 4

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin ein Jahr später eingeführt.

Zu Absatz 2 Satz 3

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 7 SGB V festzulegenden sektorbezogenen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung gelten unmittelbar nur für Kreißsäle, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Daneben obliegt die Qualitätssicherung für die Versorgung mit Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen den Vertragspartnern nach § 134a SGB V im Rahmen des Hebammenhilfevertrages. Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass ein Krankenhaus auch dann von der Förderung nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG profitieren kann, wenn der Kreißsaal von einem Krankenhaus betrieben und von einer im Krankenhaus selbständig tätigen Hebamme (Beleghebamme) anstelle einer angestellten Hebamme geleitet wird. Voraussetzung für den Erhalt des Förderbetrags ist, dass auch bei der Leitung des Kreißsaals durch eine freiberufliche Beleghebamme eine dem Niveau der nach § 136a Absatz 7 SGB V festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechende Qualität der Versorgung sichergestellt wird. Dies kann beispielsweise durch eine ergänzende Bezugnahme im Hebammenhilfevertrag auf eine entsprechende Geltung der Vorgaben nach § 136a Absatz 7 SGB V oder auch durch einzelvertragliche Vereinbarungen der Krankenhäuser mit den Beleghebammen erreicht werden. Damit werden Krankenhäuser, die mit angestellten Hebammen arbeiten und Krankenhäuser, in denen Beleghebammen tätig sind, im Hinblick auf die finanzielle Förderung des besonderen Versorgungskonzeptes hebammengeleiteter Kreißsäle gleichbehandelt.

Zu Nummer 11 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Damit die Aufstellungen der Krankenhausstandorte nach Absatz 2 Satz 1 für das Jahr 2025 auch anhand der erbrachten Leistungen und diesen zugrundeliegenden ICD- und OPS-Kodes des Jahres 2025 basieren, ist als Folgeänderung das maßgebliche Jahr für die Heranziehung der ICD- sowie OPS-Kodes von 2023 auf 2025 anzupassen. Entsprechend ist die Frist für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Übermitt-

lung der Aufstellung der den zu identifizierenden onkochirurgischen Leistungen zugrunde liegenden ICD- und OPS-Kodes an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu verschieben.

Zu Satz 3

Mit den Änderungen in Satz 3 wird zum einen die Frist der Veröffentlichung der Liste der ausgewählten Krankenhausstandorte durch das InEK infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auf den 31. Mai 2027 verschoben. Zum anderen verpflichtet Satz 3 das InEK in dem Fall, dass der G-BA nach der Veröffentlichung der Liste einen Anteil von weniger als 15 Prozent nach § 136c Absatz 1 SGB V festlegt, dazu, erneut die Auswahl der Krankenhausstandorte zu treffen und insoweit die Liste zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG nur noch für die Krankenhausstandorte gilt, die sich auf der aktualisierten Liste befinden. Auch für die aktualisierte Liste hat das InEK die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Daten zu verwenden. Durch die Beibehaltung des abgeschlossenen Bezugsjahr werden mögliche unerwünschte Fehlanreize vermieden, mehr onkochirurgische Leistungen zu erbringen, um dadurch das partielle Abrechnungsverbot zu umgehen.

Zu Satz 4

Infolge der Verschiebung der Frist für das BfArM in Satz 1 zur Übermittlung der Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes an das InEK ist auch die Frist für das InEK entsprechend anzupassen. Wie bisher erhält das InEK nach Übermittlung der Aufstellung der Codes nach Satz 1 durch das BfArM zwei Monate Zeit, um die Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes in eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen differenzierte Liste zu überführen und zu veröffentlichen. Auf dieser Grundlage kann das InEK Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den Indikationsbereichen erarbeiten und bis spätestens zum Ende des Jahres 2026 entsprechend entwickelte Datenverarbeitungslösungen zertifizieren.

Zu Satz 5

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes um ein Jahr reicht es aus, wenn die erstmals für das Jahr 2025 durch das BfArM zu erstellende Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes und die erste nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen zu differenzierende Liste des InEK erst Ende 2027 für das Jahr 2028 aktualisiert wird.

Zudem wird klargestellt, dass für die jährliche Aktualisierung der Aufstellung durch das BfArM die im Herbst eines Jahres vorliegenden Klassifikationen für das jeweilige Folgejahr zu verwenden sind.

Zu Satz 6

Die Frist für das InEK für die erstmalige Erarbeitung von Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den Indikationsbereichen wird gestrichen. Stattdessen wird für die Zertifizierung der auf der Grundlage von Vorgaben des InEK entwickelten Datenverarbeitungslösungen eine Frist vorgegeben. Diese Frist ermöglicht es dem InEK, die auf der Grundlage der Vorgaben zu entwickelnden Datenverarbeitungslösungen im Zusammenhang mit der nach § 21 Absatz 3c vorzunehmenden Zertifizierung von Datenverarbeitungslösungen für die Zuordnung von Fällen zu Fallpauschalen und zu Leistungsgruppen im Herbst eines Jahres zu zertifizieren. Die erstmalige Zertifizierung ist für das Jahr 2027 auf Basis von Daten des Jahres 2025 vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Mit der Regelung wird das Bezugsjahr für die der Erstellung der Liste nach Absatz 2 Satz 3 zugrunde liegenden Daten vom Jahr 2023 auf das Jahr 2025 datiert. Damit wird erreicht, dass das zuletzt abgeschlossene Jahr und damit die dann aktuellsten Fallzahlen zugrunde gelegt werden.

Zu Satz 2

Mit der Änderung in Satz 2 wird geregelt, dass das InEK bei Auswahl der Krankenhausstandorte einen vom G-BA in einem Beschluss nach § 136c Absatz 1 SGB V für einen Indikationsbereich festgelegten Anteil berücksichtigt, sofern der G-BA für den jeweiligen Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent festgelegt hat. Für die auf dieser Grundlage ausgewählten Krankenhausstandorte gilt das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG.

Zu Satz 3

Mit den Änderungen in Satz 3 wird zum einen die Frist der Veröffentlichung der Liste der ausgewählten Krankenhausstandorte durch das InEK infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auf den 31. Mai 2027 verschoben. Zum anderen verpflichtet Satz 3 das InEK in dem Fall, dass der G-BA nach der Veröffentlichung der Liste einen Anteil von weniger als 15 Prozent nach § 136c Absatz 1 SGB V festlegt, dazu, erneut Auswahl der Krankenhausstandorte zu treffen und insoweit die Liste zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG nur noch für die Krankenhausstandorte gilt, die sich auf der aktualisierten Liste befinden. Auch für die aktualisierte Liste hat das InEK die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Daten zu verwenden. Durch die Beibehaltung des abgeschlossenen Bezugsjahr werden mögliche unerwünschte Fehlanreize vermieden, mehr onkochirurgische Leistungen zu erbringen, um dadurch das partielle Abrechnungsverbot zu umgehen.

Zu Buchstabe b

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes um ein Jahr wird auch die Evaluation der Maßnahme zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen um ein Jahr verschoben. Eine Auswirkungsanalyse ist nur für einen Zeitraum sinnvoll, in dem die Regelung zur Anwendung kommt.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine aufgrund der Anpassung der Überschrift des § 10 erforderliche Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, wonach bis einschließlich des Jahres 2030 in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen auf Grundlage landesrechtlicher Vorschriften zugewiesen haben, diese Leistungsgruppen als Basis der Vergütung genutzt werden können. In den betroffenen Ländern wurde die Planung auf Grundlage der bisherigen Vergütungsregelungen ohne Vorhaltevergütung vorgenommen. Gleichzeitig ist nicht sichergestellt, dass die von den betroffenen Ländern als Grundlage für ihre Krankenhausplanung genutzte Leistungsgruppensystematik mit der Leistungsgruppensystematik nach Bundes-

recht vollständig kompatibel sowie für Zwecke der Vergütung anwendbar ist. In der Folge ergäben sich Probleme bei der Ermittlung und Verteilung eines Vorhaltebudgets. Um den Krankenhäusern in den betroffenen Ländern Planungssicherheit zu geben, wird vorgesehen, dass die voll- und teilstationären Leistungen für Krankenhäuser in den betroffenen Ländern für die Dauer der Ausnahme weiterhin über die pauschalen Entgelte vergütet werden. Um weiterhin dem Grundsatz einer einheitlichen Vergütung Rechnung zu tragen und die unterschiedlichen Leistungsgruppensystematiken einander anzunähern, wird vorgesehen, dass Krankenhäuser in den betroffenen Ländern die Höhe der abzurechnenden Entgelte weiterhin nach den bundeseinheitlichen Vorschriften ermitteln (Verwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge und des bundeseinheitlichen Groupers), die Unterschiede der Leistungsgruppensystematiken jedoch keine Auswirkungen auf die Vergütung haben. Für Krankenhäuser in den betroffenen Ländern soll somit die bisherige Vergütungssystematik im Rahmen der für alle Krankenhäuser für die Jahre 2026 und 2027 vorgesehenen Übergangsregelungen bis einschließlich des Jahres 2030 verlängert werden.

Daher wird für die betroffenen Länder geregelt:

Zu Nummer 1

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden bis einschließlich 2030 nicht durch ein Vorhaltebudget vergütet (Buchstabe a). Die in § 6b genannten Regelungen gelten dementsprechend auch bis einschließlich 2030 nicht (Buchstabe b). Somit werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern bis einschließlich 2030 nicht mit einer Vergütung des Vorhaltebudgets abgerechnet (Buchstabe c). Es wird eine bis zum Ende des Jahres 2030 befristete Ausnahme vom grundsätzlich geltenden Abrechnungsverbot für Leistungen aus einer Leistungsgruppe eingeführt (Buchstabe d).

Zu Nummer 2

Das Erlösbudget umfasst bis einschließlich 2030 die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Nummer 3

Der Fixkostendegressionsabschlag ist in diesen Ländern letztmalig für das Jahr 2030 anzuwenden und richtet sich wie bisher nach den Regelungen des § 4 Absatz 2a.

Zu Nummer 4 und Nummer 5

Die bisherige Höhe des Mindererlösausgleichs von 20 Prozent wird bis einschließlich des Kalenderjahres 2030 beibehalten. In der Folge wird der Ausschluss für eine Vereinbarung eines Mindererlösausgleichs bei Vorliegen der in Satz 5 genannten Voraussetzungen auf das Jahr 2031 verschoben.

Zu Nummer 6

Mit der Regelung wird festgelegt, dass die effektive Bewertungsrelation bis einschließlich des Jahres 2030 neben der Bewertungsrelation für die Fallpauschale auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation umfasst. Dadurch wird sichergestellt, dass die Fallpauschalen auch weiterhin übergangsweise in der bisherigen Höhe abgerechnet werden können.

Zu Nummer 7

Es wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser in den betroffenen Ländern neben den abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen bis zum Wirksamwerden der Vorhaltevergütung auch die vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen übermitteln.

Darüber hinaus ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu klären, wie für die Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen auf Grundlage landesrechtlicher Vorschriften zugewiesen haben, ein Umstieg auf die bundeseinheitlichen Leistungsgruppen und die Vorhaltevergütung bereits vor dem Jahr 2030 ermöglicht werden kann.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr erfolgt auch die Vereinbarung und Abrechnung eines Vorhaltebudgets ein Jahr später. Zudem erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen die Vorhaltebewertungsrelationen Teil des jeweiligen Erlösbudgets sind.

Zu Buchstabe b

Durch die um ein Jahr verschobene Einführung der Vorhaltevergütung wird auch die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags ein Jahr später vorgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Erst mit Beginn der Konvergenzphase zur Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 gilt die Regelung, dass Mindererlöse nicht ausgeglichen werden.

Zu Nummer 5 (§ 5)

Zu den Buchstabe a und b

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge sind die bisherigen Zuschläge zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um ein Jahr zu verlängern. Zudem erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

Zu Buchstabe c

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 KHG ein Jahr später eingeführt.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. In der Folge sind die bisherigen Zuschläge zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen um ein Jahr zu verlängern.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Die Auszahlung und Erhebung des Zuschlags erfolgen weiterhin über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen, die nach § 7 Absatz 2 Satz 3 in den Jahren 2026 und 2027 auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation umfassen. Es handelt sich insoweit um eine entsprechende redaktionelle Korrektur.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Dadurch beginnt auch die Erhebung des Zuschlags zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken erst ein Jahr später.

Zu Nummer 6 (§ 6b)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge ist die entsprechende Frist für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen. Darüber hinaus handelt es sich um eine Klarstellung entsprechend den in § 37 KHG vorgesehenen Regelungen für die Ermittlung und rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina. Erbringt das Krankenhaus in einer Leistungsgruppe ausschließlich Fälle, die nicht auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, das heißt nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, vergütet werden, erhält das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe kein Vorhaltebudget. Dies umfasst insbesondere besondere Einrichtungen nach § 17b KHG, die vom Vergütungssystem ausgenommen sind, sowie Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- oder Nachtkliniken), die nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden. Auch, wenn diese Einrichtungen kein Vorhaltebudget erhalten, unterliegen sie hinsichtlich der Leistungen aus einer Leistungsgruppe den Vorgaben des § 135e Absatz 2 Satz 1 SGB V zur Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppe. Für Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- oder Nachtkliniken), beschränkt zudem § 135e Absatz 4 SGB V die Geltung zeitlicher Qualitätskriterien. Das bedeutet, dass die Landesplanungsbehörden diesen Einrichtungen Leistungsgruppen zuweisen können, soweit die Qualitätskriterien erfüllt sind, und bei Nichtzuweisung von Leistungsgruppen das Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 greift.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben in § 6a Absatz 4 KHG.

Zu den Buchstaben c und d

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge sind die entsprechenden Regelungen und Fristen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen.

Zu Nummer 7 (§ 7)**Zu den Buchstaben a und b**

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden die Entgelte für eine Vergütung des Vorhaltebudgets auch erst ab dem Jahr 2028 abgerechnet. Dementsprechend umfasst die effektive Bewertungsrelation sowohl im Jahr 2026 als auch im Jahr 2027 auch die Vorhaltebewertungsrelation.

Zu Nummer 8 (§ 8)**Zu Buchstabe a**

Zu Absatz 4

Zu Satz 4

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr gilt das Abrechnungsverbot auch erst ab dem Jahr 2028.

Zu Satz 6

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr gilt das Abrechnungsverbot auch erst ab dem Jahr 2028.

Zu Buchstabe b

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr ist auch der Ausschluss der Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für den Bereich Pädiatrie um ein Jahr zu verschieben.

Zu Nummer 9 (§ 9)**Zu Buchstabe a**

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Pflicht zur Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erst ein Jahr später eingeführt. Darüber hinaus wird durch eine redaktionelle Anpassung klargestellt, dass die Zuschläge nicht jedes Jahr um 33 Millionen Euro zu erhöhen sind, sondern die Erhöhung nur einmalig erfolgt und ab dem Jahr 2028 die einmalig erhöhten Zuschläge gezahlt werden. Da der Gemeinsame Bundesausschuss seinem gesetzlichen Auftrag bereits nachgekommen und die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erlassen hat, wird die bisherige Fristvorgabe gestrichen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise. Darüber hinaus wird eine abgelaufene Frist gestrichen.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Die bestehende Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird in der Bezeichnung der Überschrift ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 6

Zu Satz 3

Im Zusammenhang mit der angestrebten Weiterentwicklung des Orientierungswerts ist es erforderlich, den Berichtszeitraum, den das Statistische Bundesamt hierfür zugrunde zu legen hat, abweichend von der bisherigen gesetzlichen Vorgabe zu regeln. Die bisherige gesetzliche Regelung sieht vor, dass der Berichtszeitraum die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Mit dem Ziel, eine valide Ermittlung und Veröffentlichung des Orientierungswertes bis zum 30. September eines Jahres sicherzustellen, ist die bisherige Vorgabe nicht vereinbar, da Testate von Wirtschaftsprüfern über halbjährliche Kostenwerte nicht zur Verfügung stehen. Insofern kann die Datenverfügbarkeit und -qualität, die für die Zwecke einer sachgerechteren Abbildung der Krankenhaus-spezifischen Sachkosten erforderlich ist, nur erreicht werden, wenn der Berichtszeitraum jeweils dem vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Hierfür liegen den Krankenhäusern regelhaft Testate von Wirtschaftsprüfern vor und können zur Sicherung der Validität der erhobenen Daten vom Statistischen Bundesamt eingefordert werden. Vor diesem Hintergrund wird mit Satz 3 vorgegeben, dass der Berichtszeitraum dem vorangegangenen Kalenderjahr zu entsprechen hat.

Zu Satz 4

Mit Satz 4 wird der Kreis der zur Erhebung von Daten verpflichteten Krankenhäuser konkretisiert. Anstelle des Verweises auf § 107 Absatz 1 SGB V wird stattdessen auf zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V als Kriterium für die Datenübermittlungspflicht abgestellt, mit dem Ziel, Krankenhäuser ohne Zulassung auszunehmen und die Datenübermittlung auf diejenigen Erhebungseinheiten zu fokussieren, deren Daten für die Ermittlung des Orientierungswerts maßgeblich sind.

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Für die Private Krankenversicherung (PKV) ist, obwohl der Verband der Privaten Krankenversicherung Mitglied der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene sowie der jeweilige Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung Beteiligter nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG am Pflegesatzverfahren ist, derzeit kein gesicherter Zugang zur zwischen den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG (Krankenhausträger und Krankenkassen) geschlossenen Entgeltvereinbarung vorgesehen. Mit dem Ziel, der PKV als

Kostenträger gleichberechtigt die umfassende und zeitnahe Rechnungsprüfung und -begleichung zu ermöglichen, wird vorgesehen, dass der Krankenhausträger sowohl die Budgetvereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 als auch eine Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 6 über einen Abschlag für den Fall, dass der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zu umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt, an den Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln hat.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung der Erhebung des Abschlags für den Fall, dass der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt, informiert. Dies ist sachgerecht, da der Verband der Privaten Krankenversicherung auch Adressat der Unterlagenübermittlung nach Absatz 4 Satz 1 ist und er als solcher daher auch ein Interesse daran hat, im Rahmen der Rechnungsprüfung etwaige Abschläge berücksichtigen zu können.

Zu Nummer 12 (§ 14)

Mit der Regelung wird eine Informationspflicht über Entscheidungen über Genehmigungen durch die zuständige Landesbehörde an den Verband der Privaten Krankenversicherung normiert. Dies ist erforderlich, da die PKV derzeit keinen gesicherten Zugang zur Entgeltvereinbarung hat, wenn diese landesbehördlich genehmigt oder durch eine genehmigte Schiedsstellenentscheidung festgesetzt wurde. Die Regelung schließt die Information über Entscheidungen der zuständigen Landesbehörde über Genehmigungstatbestände nach Absatz 1 sowie nach Absatz 1a ein. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Regelung der Übermittlungspflicht durch den Krankenhausträger an den Verband der Privaten Krankenversicherung in § 11 Absatz 4 Satz 8 und ermöglicht den PKV-Unternehmen als Kostenträgern eine gleichberechtigte und umfassende sowie zeitnahe Rechnungsprüfung und -begleichung.

Zu Nummer 13 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Jahresangaben für die Datenübermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen angepasst.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich einerseits um eine Korrektur des Verweises auf die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen. Darüber hinaus handelt es sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V. Der Übergangsregelung bedarf es nicht mehr.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V. Der Übergangsregelung bedarf es daher nicht mehr.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Satz 9 wird der Regelungsgehalt des bisherigen § 187 Absatz 10 Satz 8 aus rechtssystematischen Gründen in die Vorschrift des § 21 transferiert. Absatz 3 Satz 9 zählt nun abschließend die Ausnahmen vom dort geregelten Datenverarbeitungsverbot auf und erklärt die Datenverarbeitung zu Zwecken des neuen § 186a Absatz 4 GWB für zulässig.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass das InEK die Erarbeitung von Vorgaben für die Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen sowie die Zertifizierung von auf der Grundlage dieser Vorgaben entwickelten Datenverarbeitungslösungen (sog. Leistungsgruppen-Grouper) nicht nur einmalig, sondern regelmäßig vorzunehmen hat und dementsprechend den Leistungsgruppen-Grouper dauerhaft weiterentwickelt.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Zusammenhang mit der Anpassung von § 135d Absatz 4 Satz 7 SGB V. Zur Herstellung von Transparenz über die Zuordnungen von Krankenhausstandorten zur Versorgungsstufe „Level F“ wird klargestellt, dass die vom InEK zu übermittelnde Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen auch die Mitteilungen nach § 135d Absatz 4 Satz 7 SGB V und insoweit die für eine Fachkrankenhaus-Zuordnung erforderliche Begründung umfasst.

Zu Buchstabe e

Die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene erhält neben den von den Krankenhäusern nach § 21 zu übermittelnden Daten auch aus weiteren Datenlieferungsverpflichtungen der Krankenhäuser Daten zur Anzahl der dort tätigen Pflegekräfte. Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Testate zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Daten zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegekräften. Es ist sachgerecht, dass die Datenstelle beim InEK diese Daten miteinander abgleichen und für die Klärung der tatsächlich vorliegenden Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses heranziehen kann. Darüber hinaus ist es jedoch auch zielführend, der Datenstelle zu ermöglichen, insbesondere Daten aus den Testaten zum Pflegebudget auch für die Ermittlung des Abschlagsfaktors zu nutzen und insoweit auf dieser Grundlage eine sachgerechte Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte nach Absatz 5 Satz 6 vorzunehmen. Aus diesem Grunde wird der – insoweit einschränkende – Verweis auf die Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 gestrichen. Die Zusammenführung der Daten ist zulässig, soweit es sich nicht um personenbezogene Daten handelt.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG ist die Folgeänderung bei der Bezeichnung des Satzes in der Überschrift des § 3 vorzunehmen.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 KHG.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen von zwei gleichlautenden Formulierungen, denen anderenfalls ein Bezug fehlen würde.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 KHG.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 5 KHG.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 KHG.

Zu Nummer 3 (§ 4)**Zu Buchstabe a**

Die bisherige Antragsfrist ist aufgrund der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds in § 12b Absatz 1 KHG in Folge der Vorgaben des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode entbehrlich. Diese war bei der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erforderlich, damit der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V die dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds voraussichtlich zuzuführenden Finanzmittel für die Kalkulation des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr berücksichtigen kann. Der bisherige Satz 2 wird daher gestrichen und es werden diesbezüglich Anpassungen in den bisherigen Sätzen 1 und 7 vorgenommen. Im neuen Satz 2 erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG. Die Streichung des bisherigen Satzes 8 ist veranlasst durch den neuen Satz 5 des § 13 KHG.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG sowie um rein redaktionelle sprachliche Anpassungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG.

Zu Doppelbuchstabe dd

Aufgrund der Streichung von § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG wird auch die bisherige Nummer 7 gestrichen. Mit der neuen Nummer 7 wird eine neue Antragsvoraussetzung normiert. Diese wird aufgrund der Erweiterung der Fördermöglichkeiten für Hochschulkliniken eingeführt. Stellt ein Land einen Förderantrag, mit dem eine Hochschulklinik gefördert werden soll, hat es bei der Antragstellung eine Erklärung abzugeben und auf das Portal hochzuladen, in der es bestätigt, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener Strukturmaßnahmen und nicht für die Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben eingesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine durch die Änderung in § 13 KHG veranlasste Folgeänderung. Sofern ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht hergestellt werden konnte, sind Unterlagen zu übermitteln, mit denen nachgewiesen wird, dass das Einvernehmen angestrebt wurde.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 3 und Absatz 3a KHG.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Anpassung, um einen Gleichlaut mit § 3 Absatz 4 herzustellen, der vorsieht, dass die Bildung und der Aufbau von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen an Hochschulkliniken gefördert werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG.

Zu Buchstabe e

Die Informationspflicht des Landes wird mit der Anpassung auf den Stand des Insolvenzverfahrens beschränkt, so dass die Länder im Falle einer Insolvenz im Hinblick auf die Regelung in § 7 Absatz 4 Satz 2 Klarheit hinsichtlich der ihnen obliegenden Pflichten haben.

Zu Nummer 4 (§ 5)

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechende Regelung wird gestrichen.

Zu Nummer 5 (§ 6)**Zu Buchstabe a**

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 4 in Absatz 2 wird daher entsprechend angepasst.

Zu Buchstabe b

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 2 in Absatz 3 wird daher gestrichen. Mit dem neuen Satz 2 wird eine weitere jährliche Übermittlungspflicht der Länder aufgestellt, die für die Fälle greift, in denen Hochschulkliniken gefördert werden. In diesen Fällen hat das jeweilige Land, das Förderung aus dem Transformationsfonds für eine Hochschulklinik erhält, einmal jährlich zum 1. April über das elektronische Verwaltungsportal Nachweise hochzuladen, aus denen sich ergibt, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbezogener und nicht für die Finanzierung hochschulbezogener Maßnahmen eingesetzt werden.

Zu Buchstabe c

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 3 in Absatz 3 wird daher gestrichen.

Zu Nummer 6 (§ 7)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung wandelt die bisherige Ermächtigungsnorm, nach der das BAS Fördermittel zurückfordern „kann“, in eine Soll-Vorschrift um. Damit wird die Rückforderungspflicht des BAS gegenüber den Ländern im Sinne der ebenfalls ergänzten Klarstellung in § 12b Absatz 4 Satz 4 KHG konkretisiert und verbindlich geregelt für den Fall, dass die in den Nummern 1 bis 8 normierten förderrechtlichen Voraussetzungen nicht eingehalten oder Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Mit dem Wechsel der Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds – weg von der Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung hin zur Bereitstellung aus einem Sondervermögen des Bundes – geht auch eine erhöhte Rückforderungsverantwortung des Bundes einher. In diesem Kontext ist eine bloße Rückforderungsermächtigung nicht mehr ausreichend. Vielmehr bedarf es einer normativ klar geregelten Verpflichtung zur Rückforderung, um die ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel sicherzustellen. Die Rückforderung zweckwidrig eingesetzter oder überzahlter Fördermittel ist unter diesen Voraussetzungen geboten, um eine ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu gewährleisten. Die Neufassung schafft hierfür eine verbindliche Grundlage und sichert zugleich eine kohärente Umsetzung der Regelung in Gesetz und Verordnung.

Zu Buchstabe b

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 2 in Absatz 7 wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung in Absatz 8 wird gestrichen. Sie ist nicht mit § 12b Absatz 3a Satz 6 KHG (zuvor § 12b Absatz 3 Satz 7 KHG) vereinbar, der vorsieht, dass überzahlte Mittel unverzüglich an das BAS zurückzuzahlen sind. Soweit keine erneute Zuteilung dieser Mittel für weitere Vorhaben, für die ein Antrag gestellt wurde, erfolgt, sind die zurückgezahlten Mittel nach Ablauf des Transformationsfonds an den Bund zurückzuführen, wie sich aus der Regelung in § 12b Absatz 4 Satz 5 KHG ergibt. Da die Fördermittel des Transformationsfonds nunmehr aus Mitteln des Bundes stammen, kann die bisherige Regelung in Absatz 8 sich nachteilig auf den Bund auswirken und ist daher zu streichen. Die aus Mitteln des Bundes stammenden Fördermittel des Transformationsfonds sind zweckentsprechend zu verwenden und es ist nicht mit § 12b Absatz 3a Satz 6 (zuvor § 12b Absatz 3 Satz 7) und Absatz 5 Nummer 5 und 6 KHG vereinbar, dass Fördermittel des Transformationsfonds für sonstige Investitionen verwendet werden.

Zu Nummer 7 (§ 8)

Mit der Änderung wird dem BAS die Möglichkeit eingeräumt, die Förderrichtlinie auch zu aktualisieren, falls sich hierfür aufgrund von aktuellen Entwicklungen das Bedürfnis ergibt.

Zu Artikel 5 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Nummer 1 (§ 186a)

Der neue § 186a ersetzt § 187 Absatz 10, mit dem im KHVVG eine Ausnahme für Krankenhäuser von der Fusionskontrolle geschaffen wurde. Mit der Vorschrift, deren Anwendung bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist, wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Eine Überarbeitung der Regelung wurde jedoch erforderlich, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Anwendungsbereich und Verfahren zu begegnen.

Konkret haben sich bei der Anwendung der Norm ab Inkrafttreten am 12. Dezember 2024 auf Seiten der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, des Bundeskartellamts und der Zusammenschlussparteien Fragen gestellt, die mit der vorliegenden Änderung adressiert werden. Insbesondere sollen die Änderungen dazu dienen, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden – die insbesondere auch über die Zuweisung von Leistungsgruppen zu den Krankenhausstandorten entscheiden – für alle Fälle innerhalb des Anwendungsbereiches die Möglichkeit einzuräumen, Krankenhausfusionen ohne Fusionskontrollverfahren nach dem GWB zu erlauben. Aufwändige Parallelprüfungen sollen verhindert und Unsicherheiten im Hinblick auf Zuständigkeiten und Verfahrensgang vermieden werden. Mit Blick auf die neue Struktur der Norm sind auch sprachliche und Folgeanpassungen erforderlich.

Durch die Änderungen und Überführung in eine separate Norm (§ 186a) wird der Verfahrensgang klarer dargestellt: Nach Absatz 1 ist auf Antrag der Zusammenschlussparteien vorrangig das Verfahren auf Landesebene durchzuführen. Dazu muss es sich bei dem Zusammenschlussvorhaben zunächst um einen Zusammenschluss im Sinne des § 37 han-

deln, bei dem mindestens zwei Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser, wie zum Beispiel Fachabteilungen, ganz oder teilweise zusammengeschlossen werden.

§ 187 Absatz 10 Satz 1 Nummer 1, in dem das Kriterium der „standortübergreifenden Konzentration“ enthalten war, wird ersatzlos gestrichen und durch die Kriterien in dem neuen § 186a Absatz 1 Satz 1 ersetzt. Es wird nunmehr auf einen Zusammenschluss von mindestens zwei Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder von einzelnen medizinischen Fachbereichen der betroffenen Krankenhäuser abgestellt.

Mit Blick auf die Definition des Begriffes „Krankenhaus“ tritt anstelle der Verweisung auf § 2 Nummer 1 KHG die Verweisung auf § 107 Absatz 1 SGB V. Hintergrund ist, dass § 107 Absatz 1 SGB V eine engere Krankenhausdefinition enthält. Einen engeren Begriff zu wählen, trägt dem Charakter der Norm als Ausnahmegesetz Rechnung. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht von der Krankenhausdefinition nach § 107 Absatz 1 SGB V erfasst und unterliegen grundsätzlich weiterhin den Vorschriften zur Fusionskontrolle.

Der Begriff „medizinischer Fachbereich“ im Sinne des Gesetzes bezieht sich ausschließlich auf fachlich-inhaltlich abgegrenzte Bereiche der stationären Versorgung in Krankenhäusern, wie etwa Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe oder Neurologie. Dabei kann es sich um vollständige Fachabteilungen bzw. leistungsgruppenbezogene Organisationseinheiten oder auch um einzelne Teilbereiche handeln, die im Rahmen eines Zusammenschlusses gebündelt oder neu strukturiert werden. Der Begriff „medizinischer Fachbereich“ bezieht sich damit auch auf nicht-rechtsfähige funktionale Einheiten innerhalb von Krankenhäusern, die selbst keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen. Ziel ist es, auch Zusammenschlüsse oder Neuordnungen solcher fachlicher Leistungseinheiten im stationären Bereich ohne Zusammenschlusskontrolle durch das Bundeskartellamt zu ermöglichen, auch wenn nicht das gesamte Krankenhaus im Sinne des § 37 zusammengeschlossen wird. Explizit nicht umfasst sind ambulante Versorgungseinheiten wie zum Beispiel medizinische Versorgungszentren (MVZ), die bereits nicht unter den Krankenhausbegriff des § 107 Absatz 1 SGB V fallen.

Diese Begriffsbestimmung dient somit dazu, sicherzustellen, dass Zusammenschlüsse auf Ebene einzelner medizinischer Fachbereiche ebenfalls von der Zusammenschlusskontrolle durch das Bundeskartellamt ausgenommen sind – unabhängig von der rechtlichen Ausgestaltung des Fachbereichs oder der Trägerstruktur der jeweiligen Krankenhäuser. Dies trägt den Zielen des KHVG Rechnung, indem es eine flexible und sachgerechte Strukturierung und Zusammenlegung stationärer Versorgungsangebote und Leistungseinheiten innerhalb von Krankenhäusern ermöglicht.

Diese Änderungen sind erforderlich geworden, da zum Teil die Auffassung vertreten wurde, das in § 187 Absatz 10 Satz 1 Nummer 1 vorgesehene Erfordernis einer standortübergreifenden Konzentration von mehreren Krankenhäusern im Sinne des KHG oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser zwingt zur Schließung mindestens eines bestehenden Fachgebiets oder eines Krankenhausstandortes (so etwa Bach, in: NZKart 2025, 64, 65 ff.; Kersting/Meyer-Lindemann/Podszun/Neuhaus GWB § 187 Rn. 31). Bei der Gesetzeskonzeption im Rahmen des KHVG war eine derartige einschränkende Gesetzesauslegung jedoch nicht beabsichtigt (vgl. auch die Gesetzesbegründung zur 10. GWB, Novelle, BT-Drs. 19/23492, mit welcher der Begriff der „standortübergreifenden Konzentration“ eingeführt wurde).

Der Verweis auf § 37 umfasst alle Zusammenschlusstatbestände des § 37 Absatz 1. Das bisherige Erfordernis, wonach der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden muss, wurde in den Absatz 5 dieser Vorschrift verschoben.

Das bisherige Kriterium, wonach dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde „keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen“ dürfen, wurde gestrichen. Diese Prüfung ist für die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sachfremd und kann besser durch die für die Anwendung der übrigen Wettbewerbsvorschriften (hier insbesondere zum Kartellverbot und zur Missbrauchskontrolle) zuständigen Kartellbehörden (Bundeskartellamt und Landeskartellbehörden) erfolgen. Über das Erfordernis für die Landesbehörden, sich mit dem Bundeskartellamt vor Erlass der Erforderlichkeitsbestätigung ins Benehmen zu setzen (jetzt Absatz 2 Satz 2), können wettbewerbsrechtliche Bedenken jedoch auch weiterhin Eingang in die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden finden. Den Kartellbehörden bleibt unabhängig von der Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Einleitung eines Verfahrens gegen die Zusammenschlussparteien nach den §§ 1 und 19 ff. unbenommen. Die entsprechende Kompetenz wird durch die neue Regelung in § 186a nicht berührt.

Ein Antrag ist nur zulässig und erforderlich, wenn der Geltungsbereich der Zusammenschlusskontrolle eröffnet ist, das heißt, wenn der Zusammenschluss die Umsatz- oder Transaktionswertschwellen in § 35 erfüllt. Der Antrag ist bei der oder den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Länder, in denen sich die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser oder medizinischen Fachbereiche befinden, zu stellen. Der Antrag ist gerichtet auf die Bestätigung, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Zusammenschluss der beteiligten Krankenhäuser oder einzelnen medizinischen Fachbereiche der Krankenhäuser zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält. Dies kann etwa mit Blick auf die Ziele des KHVVG begründet werden.

Nach Absatz 1 Satz 2 erstreckt sich die Entscheidungskompetenz der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde im Rahmen dieses Verfahrens nur auf Märkte, auf denen die vom Zusammenschluss betroffenen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder medizinische Fachbereiche Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V erbringen. § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V definiert Krankenhausleistungen und umfasst auch ambulante Leistungen, die originär dem Krankenhaus zugeordnet werden. Ambulante ärztliche Leistungen, die Krankenhäuser im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen, sowie Leistungen, die von Krankenhäusern getragene MVZ erbringen, sind davon nicht erfasst. Sollten durch den Zusammenschluss noch weitere Märkte, insbesondere für ambulante ärztliche Leistungen betroffen sein, sind diese nicht Gegenstand der Erforderlichkeitsbestätigung durch die Landesbehörden und nicht von der befreienden Wirkung der Erforderlichkeitsbestätigung mit umfasst. Dies ist insbesondere relevant mit Blick auf Verfahren vor dem Bundeskartellamt nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.

Absatz 1 Satz 3 regelt, dass im Fall der Zuständigkeit mehrerer für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, diese nur einvernehmlich mit einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Bestätigung oder Ablehnung entscheiden können. Kann das Einvernehmen nicht hergestellt werden, gilt nach Ablauf der Dreimonatsfrist in Absatz 2 Satz 4 der Antrag als abgelehnt. Das Einvernehmenserfordernis gilt auch für die Verlängerung der Frist in Absatz 2 Satz 5. Mit Blick auf die Ziele der Verwaltungsdigitalisierung wird in § 186a Absatz 1 Satz 3 explizit auch die Möglichkeit eröffnet, dass die zuständigen Landesbehörden die Bestätigung elektronisch erlassen.

Nach Absatz 2 Satz 1 sind Anträge auf Erteilen der Erforderlichkeitsbestätigung sowie die Entscheidung über diese unverzüglich durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten bekanntzumachen. Damit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die wettbewerblichen Aspekte eines Zusammenschlusses besser nachvollziehen und gegebenenfalls berücksichtigen kann, setzen sie sich vor einer Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 2 Satz 2 mit dem Bundeskartellamt ins Benehmen. Dadurch können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei ihrer Entscheidung die Erkennt-

nisse nutzen, über die das Bundeskartellamt bereits verfügt. Das Bundeskartellamt muss für diesen Zweck keine eigenen Ermittlungen anstellen oder zusätzliche Informationen einholen. Mit Blick auf etwaige Betroffenheit von Dritten darf über den Antrag nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Satz 4 regelt eine Ablehnungsfiktion, wenn der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten ab Antragstellung beschieden wird. Diese Fiktion dient der Verfahrensklarheit und der Vermeidung von Parallelverfahren. Somit wird spätestens nach drei Monaten das Verfahren vor der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde förmlich beendet und ermöglicht den Zusammenschlussparteien einen Antrag beim Bundeskartellamt nach Absatz 3 zu stellen. Die Frist nach Satz 4 kann durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde mit Zustimmung aller Zusammenschlussbeteiligten verlängert werden. Sind mehrere Behörden zuständig, entscheiden diese über die Fristverlängerung einvernehmlich. Sofern der Zusammenschluss nur Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V erbringen und eine fristgemäße Erforderlichkeitsbestätigung durch die Landesbehörde erfolgt, ist das Verfahren an dieser Stelle abgeschlossen und der Zusammenschluss darf mangels Anmeldepflicht nach § 39 vollzogen werden.

Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 schließt sich auf Antrag der Zusammenschlussparteien ein Verfahren vor dem Bundeskartellamt an, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den zuvor gestellten Antrag gemäß Absatz 1 Satz 1 abgelehnt hat oder die Ablehnungsfiktion gemäß Absatz 2 Satz 3 greift. Dasselbe gilt nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 in sogenannten „Mischfällen“, in denen die Erforderlichkeitsbestätigung erteilt wurde, das Zusammenschlussvorhaben aber nicht ausschließlich Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder medizinische Fachbereiche von Krankenhäusern Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V erbringen. Diese Mischfälle sollen – nach Vorliegen einer Erforderlichkeitsbestätigung – nur mit Blick auf die weiteren Märkte zum Beispiel für ambulante ärztliche Leistungen oder MVZ weiterhin einer Kontrolle durch das Bundeskartellamt unterliegen. Für die Bestimmung, ob für die Teile des Zusammenschlusses, die keine Krankenhausmärkte betreffen, eine Anmeldepflicht nach § 39 besteht, bleibt der Teil des Zusammenschlusses, auf den sich die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erstreckt, bei der Prüfung des Geltungsbereiches nach § 35 außer Betracht. Im Rahmen eines Mischfalles kann also der bereits durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für erforderlich gehaltene Teil des Zusammenschlusses den übrigen Teil nicht über die Schwellen des § 35 heben. Folglich gilt dieser „bestätigte“ Teil im Verfahren vor dem Bundeskartellamt nicht als Teil des nach § 39 anmeldepflichtigen Zusammenschlussvorhabens und ist damit auch von der Zusammenschlusskontrolle ausgenommen (Absatz 3 Satz 3). Entsprechend greift für diesen Teil auch kein Vollzugsverbot nach § 41 Absatz 1 und es erfolgt keine materielle Prüfung durch das Bundeskartellamt nach § 36 Absatz 1. Die Anwendung von § 36 Absatz 2 bleibt hiervon unberührt.

In Satz 4 wird geregelt, dass die Monatsfrist des § 40 Absatz 1 nicht beginnt, bevor die Zusammenschlussbeteiligten dem Bundeskartellamt die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über den Antrag nach Absatz 1 vorlegen oder nachweisen, dass die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 beantragt und die Frist nach Absatz 2 Satz 4 abgelaufen ist. Durch diese Regelung sollen Parallelverfahren vermieden werden. Zudem soll insbesondere für Vorhaben, die nur zum Teil Gegenstand der Ausnahme nach Absatz 1 Satz 1 sind, vermieden werden, dass durch Fristablauf beim Bundeskartellamt ein Eintritt in das Hauptprüfverfahren für einen Zusammenschluss oder Teile dessen nicht mehr möglich ist.

Wird entgegen dieser Vorschrift nicht zunächst der Antrag nach Absatz 1 Satz 1 bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gestellt, sondern direkt beim Bundeskartellamt angemeldet, hat das Bundeskartellamt die Zusammenschlussparteien auf das vorrangige Verfahren bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu verweisen.

Um mit Blick auf Mischfälle Verzögerungen aufgrund der nacheinander erfolgenden Prüfungen der einzelnen Teile des Vorhabens zunächst hinsichtlich der Krankenhäuser und anschließend hinsichtlich der übrigen Bereiche vor dem Bundeskartellamt zu vermeiden und den gesamten Zusammenschluss möglichst zeitgleich vollziehen zu können, empfiehlt es sich für Unternehmen, zu erwägen, ob eine getrennte Anmeldung des Vorhabens möglich und sinnvoll ist, das heißt, eine Anmeldung des Teils des Vorhabens der ausschließlich Krankenhausmärkte betrifft, bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und darüber hinausgehende Teile direkt beim Bundeskartellamt.

Die Erhebung der Gebühren beim Bundeskartellamt erfolgt auch in Fällen des Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 gemäß § 62. Mit Blick auf durch Ausstellung einer Erforderlichkeitsbestätigung freigestellte Zusammenschlüsse konkreter Krankenhäuser entsteht mangels Erhebung zusätzlicher Daten und materieller Prüfung weder personeller und sachlicher Aufwand im Sinne des § 62 Absatz 2, der sich gebührenerhöhend auswirken könnte, noch ist dieser Teil des Zusammenschlusses für die wirtschaftliche Bedeutung heranzuziehen.

Absatz 4 regelt die bereits in der mit dem KHVVG eingeführten Regelung in § 187 Absatz 10 enthaltenen Bestimmungen zum Bericht an die gesetzgebenden Körperschaften bzw. Evaluierung und Rolle der Monopolkommission. Die Frist zur Evaluierung wird von sechs auf fünf Jahre verkürzt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Vorschrift bis Ende 2030 befristet ist und die Evaluierung trotz erneutem Inkrafttreten aufgrund der Änderungen mit diesem Zeitpunkt zusammenfallen sollte. Bericht des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie soll sich unverändert auf eine Stellungnahme der Monopolkommission stützen, inwieweit die Regelung zur Konsolidierung der Krankenhauslandschaft und Verbesserung der Krankenhausversorgung beigetragen hat. Die weiteren Vorgaben in Absatz 4, die auch bereits in § 187 Absatz 10 enthalten waren, sind erforderlich, um die für die Evaluierung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und die Stellungnahme der Monopolkommission relevanten Daten erheben und verarbeiten zu können. Zu den in Absatz 4 Satz 3 genannten Krankenhäusern, die von einem Zusammenschluss im Sinne des Absatz 1 Satz 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.

In Absatz 5 wird nun an anderer Stelle geregelt, dass diese Vorschrift nur auf Zusammenschlüsse anzuwenden ist, die bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden. Für Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden, gilt erneut die bereits in § 187 Absatz 9 vorgesehene Ausnahmemöglichkeit.

Zu Nummer 2 (§ 187)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung des § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3. Die dort geregelte Freistellung von der Fusionskontrolle gilt unter anderem für Krankenhauszusammenschlüsse, soweit die Voraussetzungen für eine Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 KHG festgestellt wurden. Diese Voraussetzungen sowie das Verfahren der Antragstellung werden durch die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung näher ausgestaltet. Die Angabe „Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ wird daher durch die Angabe „Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ ersetzt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen § 186a.

Zu Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**Zu Nummer 1 (§ 9)**

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise und um unmittelbare und zwingende redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 9 Absatz 1b KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der Normklarheit sowie der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordern es, die Änderungen im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln. Aus demselben Grund wird darüber hinaus ebenso wie in § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG eine abgelaufene Frist gestrichen.

Zu Nummer 2 (§ 11)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Änderung in § 11 Absatz 4 Satz 7 KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordert es, die Änderung im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln. Aus diesem Grunde wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 KHG die Verpflichtung vorgesehen, sowohl die Budgetvereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 als auch eine Vereinbarung nach Satz 5 über einen Abschlag für den Fall, dass der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt, an den Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Änderung in § 11 Absatz 4 Satz 11 KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordert es, die Änderung im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung der Erhebung des Abschlags für den Fall, dass die psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtung der Verpflichtung zur umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt, informiert.

Zu Nummer 3 (§ 14)

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Änderung in § 14 Absatz 1b KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordert es, die Änderung im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass auch im Anwendungsbereich der BPfIV die zuständige Landesbehörde den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung der in Satz 1 genannten Tatbestände informiert.

Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Regelung soll die Digitalisierung in den von den jeweiligen Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 umfassten Aufgabenbereichen verstärkt genutzt und gefördert werden. Eine einheitliche Abbildung der Prozesse der in den Richtlinien enthaltenen Regelungen ist

sowohl hinsichtlich der Ablauforganisation etwa bei Begutachtungen und Prüfungen als auch bei digitalen Prozessen zugunsten einer größeren Effizienz und Vergleichbarkeit wünschenswert.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Die Regelung sieht ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) gem. § 6 Abs. 1 NKR-G

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (NKR-Nr. 7662, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Regelungsentwurf mit folgendem Ergebnis geprüft:

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	keine Auswirkungen
Wirtschaft	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -3 Mio. Euro
davon aus Bürokratiekosten:	rund -3 Mio. Euro
Verwaltung	
Bund	keine Auswirkungen
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -28 000 Euro
„One in, one out“-Regel	Im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „ Out “ von 3 Mio. Euro dar.

Evaluierung	Für den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel ist bereits eine laufende Überprüfung sowie eine umfassende Evaluierung gesetzlich vorgesehen. Mit dem vorliegenden Entwurf wird der Zeitpunkt für die erste Evaluierung der Leistungsgruppeneinteilung um ein Jahr vorgezogen. Zudem wird die bestehende Evaluierungspflicht um die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungstufe „Level F“ (Fachkrankenhäuser) erweitert. Darüber hinaus wird die Frist zur bereits geplanten Evaluierung der Fusionskontrollausnahme auf das Jahr 2030 vorverlegt.
Nutzen des Vorhabens	Das Ressort hat den Nutzen des Vorhabens im Vorblatt des Regelungsentwurfs wie folgt beschrieben: Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Bevölkerung
Digitaltauglichkeit (Digitalcheck)	Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu einen Digitalcheck mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt.
<u>Regelungsfolgen</u> Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nachvollziehbar und methodengerecht. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt hiergegen im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände. Der NKR hebt positiv hervor, dass das Ressort die Rückmeldungen der Länder und Verbände bei der Erarbeitung des Regelungsentwurfs berücksichtigt.	

II. Regelungsvorhaben

Das Regelungsvorhaben soll Anpassungen an der in der letzten Legislaturperiode mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG, NKR-Nr. 7076) verabschiedeten Krankenhausreform vornehmen, um deren praktische Umsetzung zu erleichtern.

Eine wesentliche Änderung betrifft die Finanzierung der Krankenhausreform. Bisher ist vorgesehen, dass die dafür erforderlichen Finanzmittel in Höhe von 25 Mrd. Euro innerhalb von zehn Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen an den Transformationsfonds fließen. Zukünftig sollen die Krankenkassen von diesen Kosten (methodengerecht dargestellt als Haushaltsausga-

ben) entlastet und stattdessen das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes belastet werden. Um die Länder gezielt zu entlasten, stellt der Bund hiervon abweichend einen Betrag von insgesamt 29 Mrd. Euro für den Transformationsfonds zur Verfügung.

Darüber hinaus werden u. a. Fristen- und Ausnahmeregelungen angepasst.

Für Anträge von Krankenhäusern auf Finanzierungen aus dem Transformationsfonds soll das Testat eines Wirtschaftsprüfers oder einer Wirtschaftsprüferin entbehrlich und damit die Beantragung von Fördermitteln vereinfacht werden. Die Länder sollen zukünftig bei Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds nicht mehr nachweisen müssen, dass sie das Insolvenzrisiko der betroffenen Krankenhäuser geprüft haben.

III. Bewertung

III.1. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger ändert sich der Erfüllungsaufwand nicht.

Wirtschaft

Die Wirtschaft wird um Kosten in Höhe von rund 3 Mio. Euro pro Jahr entlastet. Diese Entlastung ergibt sich daraus, dass zukünftig für Anträge auf Fördermittel aus dem Transformationsfonds kein Wirtschaftsprüfertestat mehr erforderlich ist (400 Anträge von Krankenhäusern jährlich, Kosten des bisher erforderlichen Testats rund 7 500 Euro). Dabei handelt es sich um Bürokratiekosten, die eingespart werden.

Verwaltung

Die Verwaltung der Länder spart durch die entfallende Pflicht, bei Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds nachweisen zu müssen, dass sie das Insolvenzrisiko betroffener Krankenhäuser geprüft hat, jährlich rund 28 000 Euro (Aufwand pro Antrag 60 Minuten, 400 Anträge jährlich, Lohnkosten von 69,30 Euro pro Stunde).

5. September 2025

Lutz Goebel
Vorsitzender

Andrea Wicklein
Berichterstatterin für das
Bundesministerium für Gesundheit