

06.03.26**G****Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages**

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 63. Sitzung am 6. März 2026 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 21/4527 – den von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)****- Drucksachen 21/2512, 21/3056 -**

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 27.03.26

Erster Durchgang: Drs. 554/25

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformatanpassungsgesetz – 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:

0. § 75 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten; im Fall der Vermittlung eines radiologischen Behandlungstermins darf die Wartezeit drei Wochen nicht überschreiten.“

b) In Satz 7 wird vor der Angabe „Frist“ die Angabe „jeweiligen“ eingefügt.

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 Verbänden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 und 3 dieses Buches 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 4 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.
- 2a. In § 115e Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024“ durch die Angabe „30. Juli 2023, 30. Juli 2024 und zum 30. Juli 2027“ ersetzt.
- 2b. § 115f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 9 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „15. September“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „15. September“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind.“
 - d) Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“
3. § 135d wird durch den folgenden § 135d ersetzt:

„§ 135d

Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss ist berechtigt und verpflichtet, in einem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet die in Absatz 3 genannten Informationen und Bewertungen dieser Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form und bürokratiearm zu veröffentlichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss aktualisiert das Transparenzverzeichnis fortlaufend auf Grundlage aktueller Daten und Bewertungen nach Absatz 3 und untersucht die Nutzung des Transparenzverzeichnisses durch die Öffentlichkeit. Er benennt eine Stelle, die die technische Umsetzung der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses durchführt. Die Veröffentlichung von Informationen im Transparenzverzeichnis erfolgt ohne Personenbezug. Die nach Satz 3 benannte Stelle stellt die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Bewertungen in maschinenlesbarer Form sowie über eine technische Schnittstelle öffentlich entgeltfrei zur Verfügung.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt eine Stelle, die für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses die erforderlichen stets aktuellsten Daten fortlaufend aufbereitet und für das Transparenzverzeichnis geeignete Bewertungen dieser Daten im Bundesvergleich vornimmt. Die nach § 299 Absatz 3 Satz 1 bestimmte unabhängige Stelle übermittelt der nach Satz 1 beauftragten Stelle für diesen Zweck die Daten für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Bei der Aufbereitung und Bewertung wählt die beauftragte Stelle aus den Daten, die sie von der nach § 299 Absatz 3 Satz 1 bestimmten unabhängigen Stelle für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält, die für das Transparenzverzeichnis geeigneten patientenrelevanten Ergebnisse aus und führt diese mit den nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste zusammen. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle kann auf Grundlage der nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen und auf Grundlage dieser Auswertungen und Bewertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen sowie zur Darstellung patientenrelevanter Prozesse entwickeln. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt die nach den Sätzen 1 bis 4 aufbereiteten aktuellsten Daten und vorgenommenen Bewertungen dieser Daten jeweils ohne Personenbezug unverzüglich an die nach Absatz 1 Satz 3 benannte Stelle. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle hat bei der Übermittlung gegenüber der nach Absatz 1 Satz 3 benannten Stelle die Richtigkeit und Sachlichkeit der übermittelten Daten zu erklären. Satz 6 gilt nicht für die nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und die nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelte Liste. Jede inhaltliche Veränderung der Auswahl und der Bewertung der für die Veröffentlichung und Aktualisierung von Informationen im Transparenzverzeichnis erforderlichen Daten durch die nach Satz 1 beauftragte Stelle bedarf der Zustimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss kann die von ihm nach Satz 1 beauftragte Stelle bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 unabhängige Sachverständige einbeziehen, ohne dabei einen Zugriff auf personenbezogene Daten zu gewähren.

(3) Im Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 Satz 1 sind folgende Informationen zu einzelnen Standorten von Krankenhäusern im Sinne des Satzes 2 sowie Bewertungen dieser Informationen zu veröffentlichen:

1. die Fallzahl der erbrachten Leistungen differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen sowie die Fallzahl der für Patienten besonders relevanten erbrachten Leistungen, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Einvernehmen mit der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle bestimmt,
2. die nach Absatz 4 zugeordnete Versorgungsstufe,
3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, auch in zusammengefasster Form,
5. das Vorliegen aussagekräftiger Qualitätssiegel und Zertifikate über die stationäre Versorgung, die ein Krankenhausträger oder ein Herausgeber eines Zertifikats für ein Krankenhaus gegenüber der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle nachgewiesen hat,
6. die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 beschlossenen Mindestmengen sowie der Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2,
7. die Stufe der Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern,

8. die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschließlich der nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen und die für einen Krankenhausstandort in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen einschließlich der in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend, und
9. die Ausweisung in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.

Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst die Fallzahl der erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 auch die Krankenhausfälle, in denen sie nicht Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Auch für diese Leistungen haben die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Angaben nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b, d, e, f und i des Krankenhausentgeltgesetzes ohne die Postleitzahl, den Wohnort und Stadtteil im Fall von Stadtstaaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln und diese gesondert auszuweisen. Aufgrund des besonderen Auftrages und des besonderen Zuschnitts der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen beinhaltet die Veröffentlichung der Versorgungsstufe nach Satz 1 Nummer 2 im Transparenzverzeichnis die Angabe, dass es sich um ein Krankenhaus eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung handelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle unverzüglich je Standort eines Krankenhauses die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2.

(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, oder
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 Satz 3 oder in Absatz 4a Satz 3 oder 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level 1i“ oder „Level 1F“ zugeordnet wurde.

Standorte von Krankenhäusern, 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 tritt an die Stelle einer Zuordnung nach Satz 2 Nummer 4, sofern diese bereits erfolgt ist. Die in Satz 3 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 eine Änderung dieser Zuordnung mit. 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 wenige Behandlungsfälle in der Leistungsgruppe erbracht hat.

(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Ländern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. September 2029 eine bundeseinheitliche Definition eines Fachkrankenhauses mit den Kriterien, die ein Standort eines solches Fachkrankenhauses erfüllen muss, damit er der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet werden kann. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vereinbarungspartei bis zum 31. Dezember 2029 fest. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen, wenn die nach Satz 1 vereinbarten oder nach Satz 2 festgelegten Kriterien an dem jeweiligen Standort erfüllt sind. Bis zum Zustandekommen der Vereinbarung nach Satz 1 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abweichend von Satz 3 den Standort eines Krankenhauses der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen, wenn er

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.

Die Zuordnung nach Satz 4 ist zu begründen und bis zum 31. Dezember 2030 zu befristen. Eine Zuordnung nach den Sätzen 3 oder 4 tritt an die Stelle Zuordnung nach Absatz 4 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 den Sätzen 3 oder 4 oder eine Änderung dieser Zuordnung mit; die Mitteilung über eine Zuordnung nach Satz 4 oder Änderung dieser Zuordnung hat auch die Begründung der Zuordnung oder ihrer Änderung zu umfassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen die Auswirkung der in Satz 4 genannten Zuordnungen auf die Versorgungssituation der Patienten und auf die Qualität sowie auf die Vergütung von Krankenhausleistungen und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2029 einen Bericht über das Ergebnis ihrer Prüfung vor. Die für den nach Satz 9 vorzulegenden Bericht erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Krankenhäusern, den Krankenkassen und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung in anonymisierter Form zu übermitteln.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zur Weiterentwicklung des Transparenzverzeichnisses insbesondere

1. einheitliche Anforderungen für die Auswahl und Aufbereitung der zur Veröffentlichung erforderlichen Daten und die Kriterien für deren Bewertung,
2. Festlegungen für die Weiterentwicklung von Inhalt, Art und Umfang der im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden Informationen und
3. Regelungen zur Integration der aufgrund der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 6 zu veröffentlichenden einrichtungsbezogenen risikoadjustierten Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in das Transparenzverzeichnis.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Anpassung von Inhalt, Umfang und Datenformat der strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu beschließen, um die Informationen der strukturierten Qualitätsberichte mit den Informationen im Transparenzverzeichnis zusammenzuführen und die Berichtspflichten der Krankenhäuser zu reduzieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft außerdem gemeinsam mit den jeweiligen Herausgebern eine einvernehmliche Zusammenführung des Transparenzverzeichnisses mit weiteren bestehenden Krankenhausvergleichsportalen und kann die für eine Zusammenführung erforderlichen Regelungen in der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie treffen. Die Richtlinie nach

Satz 1 hat sicherzustellen, dass die inhaltlichen Anforderungen der Absätze 1 bis 4 sowie der Sätze 1 und 2 an das Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 Satz 1 als Mindestanforderungen aufrechterhalten bleiben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Richtlinie nach Satz 1 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen. Bis zum Inkrafttreten der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie nimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Rechte und Pflichten der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle in Bezug auf das Transparenzverzeichnis wahr.

(6) Die nach Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle ist berechtigt und verpflichtet, dem Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zweck der Weiterentwicklung des Transparenzverzeichnisses die Daten der Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1 und diesbezügliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen, soweit ihr der Medizinische Dienst Bund Zugang nach § 283 Absatz 5 Satz 8 zu den erforderlichen Daten gewährt.“

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 einzuteilen 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 maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des

§ 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches andererseits. Ehrenamtlich Tätige, die von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches in den Ausschuss nach Satz 1 entsandt werden, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches; 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 das erforderliche Personal, sofern die Indikationsstellung und die Befundung teleradiologisch erbracht werden, nur telemedizinisch erreichbar und nicht vor Ort sein und 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) im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten wie Schicht- oder Bereitschaftsdiensten außerhalb des Regeldienstes mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein muss,
 - c) außerhalb der in Buchstabe b genannten Dienste mindestens ein Facharzt in Rufbereitschaft jederzeit verfügbar sein muss,
 - d) 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,
 - e) 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 bis d festgelegten Kriterien gelten entsprechend und
 - f) 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 Verbänden 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.

Abweichend von Satz 1 Nummer 7 können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den folgenden Anforderungsbereichen in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung durch folgende Krankenhausstandorte erfüllt werden:

1. in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ durch Standorte mit einer Zuordnung zur Versorgungsstufe „Level F“ durch die zuständige Landesbehörde nach § 135d Absatz 4a Satz 3 oder Satz 4 oder
2. in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ durch Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird.

Abweichend von Satz 1 Nummer 7 kann in begründeten Fällen ein Krankenhausstandort 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. Eine Kooperationsvereinbarung muss auch bei einer Abweichung von Satz 1 Nummer 7 schriftlich vorliegen. Eine Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 Nummer 7 oder den Sätzen 2 bis 4 hat Angaben zu den Parteien der Kooperationsvereinbarung und deren Eignung, zu Ort, Inhalt und Dauer der Kooperation sowie zur zeitlichen Verfügbarkeit von sachlicher und personeller Ausstattung zu enthalten.“

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 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 veröffentlichten Bewertungen der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle zu berücksichtigen.“

c) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026 zu erlassen; ihr Inkrafttreten ist frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung vorzusehen.“

6. § 136a Absatz 7 wird durch die folgenden Absätze 7 und 8 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.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern bei der Erkennung und Behandlung von Patienten mit Mangelernährung fest. In der Richtlinie bestimmt er insbesondere die Anforderungen für eine systematische Erkennung betroffener Patienten bei der Aufnahme in eine stationäre Behandlung, die Anforderungen an das für die Erkennung und Behandlung der Mangelernährung vorzuhaltende Personal sowie die Vorgaben für eine wirksame Planung und Durchführung der Behandlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen erstmals bis zum 31. Dezember 2027 zu treffen. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend.“

7. § 136c wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erbringung onkochirurgischer Leistungen und zu Vorgaben bei Zuschlägen im Krankenhaus“

b) 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 jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen 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 onkochirurgischen 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.“

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

7a. § 137 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.
b) In Absatz 3 Satz 1 und 6 wird jeweils die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 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.“

8a. § 220 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht; als Beiträge gelten auch Zusatzbeiträge nach § 242. Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig. Abweichend von Satz 2 ist die Aufnahme von Darlehen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten für Eigeneinrichtungen nach § 140 sowie zur Finanzierung der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigeneinrichtungen nach § 140 zulässig. Eine Darlehensaufnahme nach Satz 3 bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.“

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 dieses Buches 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.“

9a. § 221a Absatz 3 und 4 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Unterschreiten die Aufwendungen der Krankenkassen nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung abzüglich der entsprechenden Aufwendungen der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Summe der nach Absatz 1 geleisteten ergänzenden Bundeszuschüsse abzüglich der Summe der an die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Absatz 2 gezahlten Beträge, wird der Differenzbetrag dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2028 zugeführt. Zur Ermittlung des nach Satz 1 dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2028 zuzuführenden Differenzbetrages übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum Ablauf des 30. Juni 2028 an das Bundesamt für Soziale Sicherung

zung die Summe der Aufwendungen, die die Krankenkassen für die von den Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung berechneten Zuschläge bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 geleistet haben, abzüglich der von der landwirtschaftlichen Krankenkasse für diese Zuschläge bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 geleisteten Aufwendungen.

(4) Unterschreiten die Aufwendungen der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung die Summe der nach Absatz 2 an die landwirtschaftliche Krankenkasse gezahlten Beträge, wird der Differenzbetrag von der landwirtschaftlichen Krankenkasse bis spätestens zum Ablauf des 15. Juli 2028 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geleistet und im Jahr 2028 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugeführt. Zur Ermittlung des nach Satz 1 von der landwirtschaftlichen Krankenkasse an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu leistenden und im Jahr 2028 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuzuführenden Differenzbetrages übermittelt die landwirtschaftliche Krankenkasse bis zum Ablauf des 30. Juni 2028 an das Bundesamt für Soziale Sicherung die Summe der Aufwendungen, die sie für die von den Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung berechneten Zuschläge bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 geleistet hat.“

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) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 275a

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen, Qualitätsanforderungen und Vorgaben bei Zuschlägen im Krankenhaus“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung

1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,
2. von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einzelne Kodes festgelegt werden,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136b einschließlich der Prüfung der Richtigkeit der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation,
4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen und
5. der nach § 136c Absatz 3 bis 5 beschlossenen Vorgaben.“

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei Prüfungen zur Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 genannten Qualitätskriterien, Qualitätsanforderungen und Vorgaben sind abweichend von Satz 4 Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde.“

c) 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.“

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

„(4) Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an

1. die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde,
2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
3. die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle und
4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.

Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliches Qualitätskriterium für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,
2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

Der Medizinische Dienst informiert die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle unverzüglich über eine ihm nach Satz 2 Nummer 3 mitgeteilte Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die in Satz 2 Nummer 1 und 2 genannten Stellen, die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung hierüber.“

e) 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.“

f) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 7 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn

1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. der der Leistung zugrunde liegende Code des in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 7 Leistungen abrechnen, die sie ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbringen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Code zugrunde liegt, vorgenommen haben.

Mit der Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 gilt ein Antrag nach Absatz 6 Satz 1 auf die Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale als gestellt. Der Medizinische Dienst hat den in Absatz 6 Satz 2 genannten Bescheid bei einer Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 spätestens bis zum 30. Juni des auf die Anzeige folgenden Kalenderjahres und bei einer Anzeige nach Satz 2 Nummer 1 spätestens sechs Monate nach dem Tag dieser Anzeige zu erteilen. Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer nach Satz 3 beantragten Prüfung zu der Erfüllung der in

Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale 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.“

g) Absatz 8 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Qualitätsanforderungen und Vorgaben sind nur durchzuführen, wenn sie aufgrund begründeter Anhaltspunkte, als Stichprobenprüfungen oder, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben, aufgrund eines konkreten Anlasses erforderlich sind und wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde.“

h) In Absatz 10 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5“ ersetzt.

i) In Absatz 11 wird die Angabe „Absatz 7 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt.

11a. In § 276 Absatz 4a Satz 1 bis 3 wird jeweils die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5“ ersetzt.

11b. In § 277 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 bis 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 und 3 bis 5, § 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 5 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 abzusehen ist, wenn ihm die entsprechenden Daten in der Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1 zugänglich sind.“

12a. In § 280 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5“ ersetzt.

13. § 283 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach 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.“

bb) Nach dem bisherigen Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Medizinische Dienst Bund gibt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 Gelegenheit zur Stellungnahme.“

- 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 5 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 personenbezogener 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.“

- 13a. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 5 können die Richtlinien und Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 vorsehen, dass bei einer Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 die Pseudonymisierung durch die in Satz 1 genannten Leistungserbringer erfolgen kann, wenn aus methodischen Gründen eine Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle nicht erforderlich ist.“

- b) Absatz 3 Satz 5 wird gestrichen.

- c) In Absatz 5 und 6 wird jeweils die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.

- d) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle ist befugt und berechtigt, folgende personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und der Krankenhäuser zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 zu verarbeiten:

1. Daten, die die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle von der nach Absatz 3 Satz 1 bestimmten unabhängigen Stelle für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält,
2. Auswertungen und Daten, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden,
3. die Daten aus den in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten strukturierten Qualitätsberichten der zugelassenen Krankenhäuser,
4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information übermittelt werden oder in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zugänglich sind, und

5. Daten, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle im Wege der in § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Übermittlung übermittelt werden.

Abweichend von Absatz 3 Satz 3 darf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 die in Satz 1 genannten Daten zusammenführen und verarbeiten. Die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bestimmten Datenannahmestellen sind verpflichtet, der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis mitzuteilen, wie die in Satz 1 Nummer 1 genannten Daten, soweit sie den Zeitraum ab dem 1. Januar 2022 betreffen, einzelnen Standorten der Krankenhäuser zuzuordnen sind.“

14. § 427 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „zum 31. Dezember 2028“ wird durch die Angabe „zum 31. Juli 2027, zum 31. Dezember 2028“ 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, einschließlich

a) der Auswirkungen der Berücksichtigung von Fachärzten nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d und

b) 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 die Angabe „Leistungsgeschehens.“ durch die Angabe „Leistungsgeschehens 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 4a Satz 3 oder Satz 4, insbesondere über die Begründungen für die Zuordnung, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 135d Absatz 4a Satz 8 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 1a

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 349) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 29 des Sozialgerichtsgesetzes wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird die Angabe „betreffen,“ durch die Angabe „betreffen.“ ersetzt.
 - bb) Nummer 5 wird gestrichen.
 - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird die Angabe „Sozialgesetzbuch.“ durch die Angabe „Sozialgesetzbuch),“ ersetzt.
 - bb) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

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 der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und 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. Die Schiedsstelle hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde anzuhören und eine von ihr im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen.“
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; Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg 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. Die Sätze 2 und 3 finden keine Anwendung, wenn eine Leistungsgruppe bis zum 31. Dezember 2030 einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort in einem Land, das bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen hat, nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wird.

(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 Verbänden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 und 3 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 zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Abweichend von Satz 1 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in den in Satz 1 genannten Fällen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zuweisen, wenn die Zuweisung spätestens zum 31. Dezember 2026 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 erfolgt. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen und kann in den in Satz 1 genannten Fällen nach Ablauf der Frist um höchstens drei Jahre im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen verlängert werden. 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 3 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 5 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei einer Entscheidung über die Erklärung des in den Sätzen 1 und 3 genannten Einvernehmens und des in Satz 2 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen jeweils gemeinsam und einheitlich. Das Einvernehmen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist innerhalb von vier Wochen nach Vorlage der vollständigen entscheidungserheblichen Unterlagen herzustellen oder zu versagen. Kommt innerhalb dieser Frist eine Einigung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nicht zustande, gilt § 211a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(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 3 genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz 4 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 infolge 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.

Abweichend von Satz 1 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen, wenn sie infolge einer gerichtlichen Entscheidung einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe zugewiesen hat. In der Mitteilung sind der Krankenhausstandort, die zugewiesene Leistungsgruppe sowie das Datum, ab dem die Zuweisung gilt, anzugeben. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.

(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle 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.

(8) Bei gerichtlichen Entscheidungen über die Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 sind die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung besonders zu berücksichtigen. In Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist zu berücksichtigen, dass eine Vergütung von Leistungen außerhalb des leistungsgruppenbezogenen Vergütungssystems gesetzlich nicht vorgesehen ist.“

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.

- 3a. § 6c Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde. Die Bestimmung nach Satz 1 gilt für den gesamten Krankenhausstandort. Sie ist ausgeschlossen, wenn sich dieser Krankenhausstandort in räumlicher Nähe zu einem anderen Krankenhausstandort desselben Krankenhausträgers befindet und der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter beträgt. Die Bestimmung wird zum 1. Januar eines von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bestimmten künftigen Kalenderjahres wirksam.“

- 3b. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3a und 7 Satz 6“ durch die Angabe „Absatz 3a und 7“ ersetzt.
- b) In Satz 6 wird die Angabe „Abs. 7 und 7a“ durch die Angabe „Absatz 7a“ 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 Bundesamtes 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 ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zweiten auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 folgenden Woche] 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 diesen 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 nach bundeseinheitlichen Vorgaben, 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 Krankenhausverbänden 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 für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, soweit die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder 5 beruht.

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, zuzüglich der nach § 221a Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeführten Mittel und 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 aufbringt:
 - a) bei einer Antragstellung bis zum 31. Dezember 2029 auf Zuteilung von Fördermitteln bis zu der Höhe, die das jeweilige Land für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 nach Absatz 2 Satz 2 beantragen kann, zu einem Anteil von mindestens 30 Prozent und
 - b) bei einer Antragstellung ab dem 1. Januar 2030 zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent,
4. das jeweilige Land
 - a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 zusätzlich zu den nach Nummer 3 zu tragenden Anteilen Mittel 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 entspricht und
 - b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung zusätzlich zu den nach Nummer 3 zu tragenden Anteilen Mittel 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 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 bei der Antragstellung und bei Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel zu berichten.

Für die Berechnungen der durchschnittlichen Höhe der Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 sind die Beträge der in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, ist die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend dem vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswert 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 genannten Mittel 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 Bundesamtes 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 wurden,
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 dass für diese 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.“

- 6a. § 17a Absatz 4b Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommt eine in Satz 1 genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“

7. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.

bb) 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 es hat diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.“

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet“ gestrichen.

bb) Satz 6 wird gestrichen.

- c) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“

7a. § 17d Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

„(6) Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“

7b. § 26 wird gestrichen.

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 wurden oder die in dem jeweiligen Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, aufgrund einer nach § 11 Absatz 7 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes erfolgten Mitteilung 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 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, und
4. die Krankenhausfälle, in denen Leistungen erbracht werden, die in dem jeweiligen Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, voraussichtlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, und
5. die Krankenhausfälle, die in dem jeweiligen Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, aufgrund einer nach § 11 Absatz 7 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes erfolgten Mitteilung mit in § 6 Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten krankenhausesindividuellen Entgelten für besondere Einrichtungen 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 und in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, zusätzlich nach den Leistungsgruppen, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppe entspricht und die in diesem Land keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen worden sind. 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 Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, oder, wenn in dem jeweiligen Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maß-

geblichen Leistungsgruppe entspricht, auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, von denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle durch die Krankenhäuser auf Basis einer für dieses Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz 3c Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zertifizierten Datenverarbeitungslösung dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind. 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 wurden, 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 wurden, 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) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen wurde und der in dem jeweiligen Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, nicht nach § 17b Absatz 1 Satz 10 als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen ist, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde.“

bb) In Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „ist“ durch die Angabe „ist, oder“ ersetzt.

cc) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Wenn in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppe entspricht, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auch für diejenigen Krankenhausstandorte, von denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle durch die Krankenhäuser auf Basis einer für dieses Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz 3c Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zertifizierten Datenverarbeitungslösung dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind, ihren jeweiligen Anteil am Vorhaltevolumen dieses Landes für diese Leistungsgruppe nach den Sätzen 2 bis 8; die Ermittlung ist auch durchzuführen, wenn die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt ist.“

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) Die Absätze 4 und 5 werden durch die folgenden Absätze 4 bis 7 ersetzt:

„(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Wenn eine Mitteilung nach § 6a Absatz 6 Satz 3 erfolgt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land abzusenken. Der Umfang der in Satz 3 genannten Absenkung entspricht dem nach Absatz 6 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe.

(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) Wenn eine Mitteilung nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 erfolgt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jede nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 mitgeteilte Leistungsgruppe des betroffenen Krankenhausstandorts ein Vorhaltevolumen nach den folgenden Sätzen zu ermitteln. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die für die letzte Ermittlung der Vorhaltevolumina nach Absatz 1 verwendeten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen, in denen das Krankenhaus am betroffenen Krankenhausstandort Leistungen aus der nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 mitgeteilten Leistungsgruppe erbracht hat und die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet wurden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen. Die in Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz genannten Krankenhausfälle sind bei der Ermittlung nicht zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert die nach Satz 2 den Krankenhausfällen zugeordneten Vorhaltebewertungsrelationen für jede mitgeteilte Leistungsgruppe, teilt die Summe durch 365 und multipliziert den Quotienten mit der Zahl der Kalendertage, die zwischen dem nach § 6a Absatz 6 Satz 4 mitgeteilten Datum, ab dem die Zuweisung gilt, und dem Ende des Kalenderjahres liegen, in dem die Mitteilung erfolgt ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum Ende des zweiten auf die in § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 genannte Mitteilung folgenden Monats für das Kalenderjahr, in dem gemäß dieser Mitteilung der Zeitpunkt liegt, ab dem die Zuweisung gilt, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seinen Krankenhausstandort die Höhe des nach den Sätzen 2 bis 4 ermittelten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe fest. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für den Krankenhausträger, für dessen Krankenhausstandort eine in § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 genannte Mitteilung erfolgt ist, unverzüglich nach dem Erlass eines Bescheides das nach den Sätzen 2 bis 4 ermittelte Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung des Vorhaltevolumens nach den Sätzen 2 bis 4 in dem nach Absatz 1 Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.

(7) 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 2029 keine Anwendung in Bezug auf die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe 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 für die zugewiesenen Leistungsgruppen und für die Leistungsgruppen, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppe entspricht und die keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen worden sind, 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.“

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) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt für das Kalenderjahr 2027 zur Förderung der Wahrnehmung von in § 6b Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 62,5 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Hierzu ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den Sätzen 3 und 6. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis

zum 30. November 2026 für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das Kalenderjahr 2027 die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2025 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 Kalenderjahr 2027 zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Der auf ein Land nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des für das jeweilige Land nach Satz 3 ermittelten Vorhaltevolumens an der Summe aller nach Satz 3 für die Länder ermittelten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 auf ein Land aufgeteilten Betrag rechnerisch auf die in dem jeweiligen Land zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Kalenderjahr 2027 die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Krankenhaus, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2027 zuzuordnen. Der auf ein Krankenhaus nach Satz 5 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach Satz 6 für das jeweilige Krankenhaus ermittelten Vorhaltevolumens an der Summe aller für Krankenhäuser nach Satz 6 ermittelten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem auf das jeweilige Land nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach Satz 5 aufgeteilten Beträge bis zum 10. Dezember 2026 barrierefrei auf seiner Internetseite.“

c) 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 Krankenhäuser 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 Kodes aus dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel, die diesen Leistungen zugrunde liegen, und der Kodes 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 Kodes 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 der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle 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 findet 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 vereinbarenden 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,
 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,
 8. zusätzlich zu den in § 7 Absatz 1 Satz 1 genannten Entgelten ist für diejenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Betrag nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden, die dem für diese Aufteilung maßgeblichen Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugeordnet wurden, die Differenz zwischen der in § 17b Absatz 4b Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten erhöhten Vorhaltebewertungsrelation und der nicht erhöhten Vorhaltebewertungsrelation multipliziert mit dem für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert abzurechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen und
 9. zusätzlich zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen nach § 4 Absatz 3 ist, sofern die Summe aller auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten Erlöse des Krankenhauses für seine Krankenhausstandorte von der nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgestellten Höhe des für den jeweiligen Krankenhausstandort für die Leistungsgruppe nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Betrags abweicht, die Differenz vollständig auszugleichen; zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr hat der jeweilige Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der Summe aller auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten Erlöse des Krankenhauses für seine Krankenhausstandorte vorzulegen; die Summe kann in der in § 4 Absatz 3 Satz 8 genannten Aufstellung ausgewiesen werden; 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.“
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 Erlösolumen 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 krankenhausesindividuell 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 Erlösolumen nach § 4a, nicht die krankenhausindividuell 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.“

- d) In Absatz 6 wird die Angabe „oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde,“ gestrichen.

- e) Absatz 9 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Unabhängig von den in Satz 1 genannten Voraussetzungen werden die folgenden Maßnahmen finanziell gefördert:

1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
 - a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2025,
 - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und

- c) Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2023 bis 2025,
 - 2. in den Jahren 2016 bis 2028 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie jeweils durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro in den Jahren 2016 bis 2022, ab dem Jahr 2023 bis einschließlich des Jahres 2028 in Höhe von jährlich 40 000 Euro,
 - 3. in den Jahren 2016 bis 2028 begonnene Zusatzweiterbildungen Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte jeweils durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro und
 - 4. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder durch Fachärztinnen und Fachärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag in den Jahren 2016 bis 2028.“
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.

g) Nach Absatz 3m wird der folgende Absatz 3n eingefügt:

„(3n) Die Krankenhäuser, für die für das Kalenderjahr 2027 ein Betrag nach § 38 Absatz 1a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlicht wurde, erheben zur Abrechnung dieses Betrags gegenüber Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder gegenüber deren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des Zuschlags ist durch den jeweiligen Krankenträger zu ermitteln, indem der für das Kalenderjahr 2027 nach § 38 Absatz 1a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im Kalenderjahr 2027 geteilt wird. Weicht die im Kalenderjahr 2027 abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus für das Kalenderjahr 2027 nach § 38 Absatz 1a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Wird für ein Krankenhaus kein Betrag nach § 38 Absatz 1a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlicht, darf es für das Kalenderjahr 2027 auch dann keinen Zuschlag erheben, wenn ihm Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das Kalenderjahr 2027 zugewiesen wurden.“

5a. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3“ durch die Angabe „nach einer Entscheidung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Beinhaltet eine Leistung die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff, für das nach § 130b Absatz 3a oder 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Erstattungsbetrag gilt, so darf für eine solche Leistung für Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden, das höher ist als der für das jeweilige Arzneimittel geltende Erstattungsbetrag.“

b) Absatz 2 Satz 11 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Beinhaltet eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff, für das nach § 130b Absatz 3a oder 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Erstattungsbetrag gilt, so darf für eine solche Untersuchungs- und Behandlungsmethode für Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden, das höher ist als der für das jeweilige Arzneimittel geltende Erstattungsbetrag. Wurde für eine in Satz 11 genannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode für einen Vereinbarungszeitraum bis einschließlich des Jahres 2026 ein Entgelt vereinbart, ist das Entgelt mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags nach § 130b Absatz 3a oder Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Höhe des Erstattungsbetrags neu zu vereinbaren.“

5b. Nach § 6a Absatz 2 Satz 11 wird der folgende Satz eingefügt:

„Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

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 Krankenhausesfälle, 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 nach § 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 jeweiligen Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 5 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) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahle zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 30. September 2027 und anschließend jeweils spätestens zum 30. September eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhausstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.“

- c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 4 wird die Angabe „den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Angabe „den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ 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 jeweiligen Bescheid nach § 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.“

- 6a. § 6c Absatz 7 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Wird ein Krankenhausstandort erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausesindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar

des Kalenderjahres, in dem die Bestimmung nach § 6c Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wirksam wird, abrechnen.“

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 Ausnahmetatbestand 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 einen 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 5 Satz 2 wird die Angabe „oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen.
- c) 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; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen.“

bb) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung. Abweichend von den Sätzen 1 und 5 entscheidet die Schiedsstelle bis zum 15. November eines Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei, sofern die Vertragsparteien bis dahin keine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 getroffen haben.“

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; hiervon abweichend entspricht der Veränderungswert für das Jahr 2026 dem nach Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“

11. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

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

bb) 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.“

b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 2 bis 9“ durch die Angabe „Absatz 4 Satz 2 bis 10“ ersetzt.

c) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 7 eingefügt:

„(7) Die Vertragsparteien haben dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. September eines Jahres schriftlich oder elektronisch mitzuteilen, wenn ein Krankenhaus oder Teile eines Krankenhauses

1. bisher nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen war oder waren und in dem jeweils folgenden Kalenderjahr in das Vergütungssystem einbezogen wird oder werden oder
2. in dem jeweils folgenden Kalenderjahr nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen wird oder werden.“

11a. § 13 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 7 ersetzt:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2029 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von acht Wochen ab dem 1. August dieses Jahres. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. Juli des jeweiligen Jahres den fehlenden vollständigen Abschluss einer Vereinbarung nach § 11, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Sie können bis zum Ablauf des 31. Juli des jeweiligen Jahres gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie bis zum Ablauf des 30. September des Jahres die Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Haben die Vertragsparteien eine in Satz 3 genannte Anzeige vorgenommen, haben sie bis zum Ablauf des 30. September des jeweiligen Jahres der Schiedsstelle mitzuteilen, ob sie die Vereinbarung abgeschlossen haben. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 4 mitteilen, dass sie die Vereinbarung nicht abgeschlossen haben, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 innerhalb von acht Wochen ab dem 1. Oktober des jeweiligen Jahres.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder mehrere Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2023 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2027 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2027. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2027 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder mehrerer der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(5) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder mehrere der Vereinbarungszeiträume 2024 bis 2026 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2028 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2028. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2028 den fehlenden vollständigen Abschluss

einer oder mehrerer der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(6) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder für die beiden Vereinbarungszeiträume 2027 und 2028 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2029 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2029. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2029 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder der beiden in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(7) Wenn in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannte Daten, Unterlagen und Auskünfte den jeweils anderen Vertragsparteien nicht oder nicht innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen übermittelt, vorgelegt oder erteilt wurden, so kann die Schiedsstelle in den Schiedsverfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 6 solche Daten, Unterlagen und Auskünfte unberücksichtigt lassen oder das Gericht im Fall von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle in diesen Schiedsverfahren entscheiden, solche Daten, Unterlagen und Auskünfte nicht zuzulassen, sofern die Berücksichtigung oder die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von einer der Vertragsparteien zu vertretenden Gründen beruht.“

12. § 14 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a, der krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge und des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Gesamtvolumens und der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die folgenden Genehmigungen innerhalb der folgenden Fristen:

1. über die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags und
2. über die Genehmigung des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a oder der krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge innerhalb von acht Wochen nach Eingang des jeweiligen Antrags.

Sofern die zuständige Landesbehörde über eine in Satz 3 Nummer 2 genannte Genehmigung nicht innerhalb von acht Wochen nach Eingang des jeweiligen Antrags entscheidet, gilt die jeweilige Genehmigung als erteilt, soweit landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist.“

b) Nach 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.“

12a. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Werden die Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 so spät vereinbart oder durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist, sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen oder Zusatzentgelte weiter abzurechnen.“

- b) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„In einem Vereinbarungszeitraum ab dem Jahr 2027 ist ab dem Zeitpunkt, zu dem ein Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff nach § 130b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart oder nach § 130b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt wurde, für Leistungen oder für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die die Gabe dieses Arzneimittels beinhalten und für die ein Entgelt nach § 6 Absatz 1 oder 2 zu vereinbaren ist, ein Entgelt in Höhe des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags zu erheben, sofern für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum kein Entgelt vereinbart oder festgesetzt wurde, das niedriger als der jeweils vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag ist.“

- c) Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Sätze 1 und 2 sind auch auf die folgenden Entgelte anwendbar:

1. Entgelte, die erstmals nach § 6 Absatz 2 vereinbart werden,
2. Entgelte, für die nach § 6 Absatz 2 Satz 12 für einen Vereinbarungszeitraum eine abweichende unterjährige Höhe vereinbart wurde, und
3. Entgelte, die nach Absatz 2 Satz 5 erst ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder der Festsetzung des Erstattungsbetrags und nicht ab dem Zeitpunkt von dessen Geltung in der Höhe des Erstattungsbetrags erhoben werden.“

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 wird durch den folgenden Absatz 3d ersetzt:

„(3d) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die an die von ihm geführte Datenstelle nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellsten Fassung, beginnend mit den Daten für das Kalenderjahr 2022, und die nach Absatz 7 Satz 1 und nach § 137i Absatz 4 Satz 1 bis 3, 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Daten standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen aus, soweit dies nach Abstimmung mit der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geeignet und notwendig ist und die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 1 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 1. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle 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 6 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. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
- b) In Satz 3 wird die Angabe „die Landeskrankenhausesetze sowie Förderprogramme“ durch die Angabe „Förderungen aufgrund des Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes, der Landeskrankenhausesetze oder aufgrund von Förderprogrammen“ 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 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Netzwerkstrukturen“ die Angabe „nach bundeseinheitlichen Vorgaben“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit legt bis zum 30. September 2026 als bundeseinheitliche Vorgaben verbindliche Mindestanforderungen an telemedizinische Netzwerkstrukturen und Interoperabilitätsstandards fest. Die bundeseinheitlichen Vorgaben sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann zu den Bestätigungen nach § 4 Absatz 4 Nummer 3 Anforderungen festlegen und sich dafür der Unterstützung Dritter bedienen. Werden Anforderungen nach Satz 7 festgelegt, veröffentlicht das Bundesamt für Soziale Sicherung diese auf seiner Internetseite.“
- d) 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.“
- e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Leistungsgruppen.“ durch die Angabe „Leistungsgruppen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.“ ersetzt.
- f) Absatz 8 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Förderfähig sind Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in staatlich anerkannten Einrichtungen an einem Krankenhaus, das Träger oder Mitträger der jeweiligen Ausbildungsstätte ist, für die Berufe Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Diätassistent, Diätassistentin, Hebamme, Physiotherapeut, Physiotherapeutin, Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik, medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik, medizinischer Technologe für Radiologie, medizinische Technologin für Radiologie, Logopäde, Logopädin, Orthoptist, Orthoptistin, medizinischer Technologe für Funktionsdiagnostik, medizinische Technologin für Funktionsdiagnostik, Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent, Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent und im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegeassistentin, Pflegeassistent, Pflegefachassistentin, Pflegefachassistent.“
- g) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „Notfallstrukturen.“ durch die Angabe „Notfallstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.“ ersetzt.
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) Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. die Erklärung, dass sich das jeweilige Land zu der nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erforderlichen Bereitstellung von Mitteln für die Investitionskostenförderung nach § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verpflichtet, und der Nachweis, dass das Land Mittel zur Investitionskostenförderung nach § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe bereitgestellt hat, sowie die Bestätigung, dass die in § 12b Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beträge nicht auf die bereitzustellenden oder bereitgestellten Mittel angerechnet werden oder wurden.“

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) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. bei Vorhaben nach § 3 Absatz 3 die Bestätigung, dass die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen, und die Bestätigung eines am Vorhaben nicht beteiligten, unabhängigen Dritten, dass die bundeseinheitlichen Vorgaben nach § 3 Absatz 3 Satz 1 eingehalten werden.“

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

cc) 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:
- a0) Nach Absatz 1 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:
- „Die Länder stellen sicher, dass die Förderung aus dem Sondervermögen des Bundes Infrastruktur und Klimaneutralität bei der Durchführung und am Standort der Vorhaben in geeigneter und öffentlichkeitswirksamer Weise kenntlich gemacht wird; maßgeblich sind die Vorgaben der zwischen Bund und Ländern nach § 9 des Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes geschlossenen Verwaltungsvereinbarung.“
- a) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Prüfungsmerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“
- b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
- „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 mit dem in Satz 1 genannten Verwendungsnachweis aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die ausgezahlten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden.“
- bb) Der neue Satz 4 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. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 186 die folgende Angabe eingefügt:
- „§ 186a Fusionskontrolle im Krankenhausbereich“.

2. 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 Geltungsbereichs 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.“

3. § 187 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 9 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird nach der Angabe „Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Angabe „oder der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung“ eingefügt.

bb) 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 Krankenhaustransformationsfonds-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:

0a. § 3 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag; davon abweichend ist Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2027 der um 1,14 Prozent zu erhöhende vereinbarte oder festgesetzte Gesamtbetrag für das Jahr 2026.“

0b. § 6 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Für Leistungen, die mit den nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte, sofern die Leistungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 von der Anwendung der auf Bundesebene bewerteten Entgelte ausgenommen sind. Beinhaltet eine Leistung die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff, für das nach § 130b Absatz 3a oder 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Erstattungsbetrag gilt, so darf für eine solche Leistung für Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden, das höher ist als der für das jeweilige Arzneimittel geltende Erstattungsbetrag.“

b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2 bis 10“ durch die Angabe „Satz 2 bis 11“ ersetzt.

0c. In § 8 Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „oder in einer Rechtsverordnung nach § 17d Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt“ gestrichen.

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 be-

rücksichtigen 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; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert,“.

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 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.“

2a. § 13 Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 7 ersetzt:

„(3) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2029 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von acht Wochen ab dem 1. August dieses Jahres. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. Juli des jeweiligen Jahres den fehlenden vollständigen Abschluss einer Vereinbarung nach § 11, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Sie können bis zum Ablauf des 31. Juli des jeweiligen Jahres gegenüber der Schiedsstelle gemeinsam schriftlich oder elektronisch anzeigen, dass sie bis zum Ablauf des 30. September des Jahres die Vereinbarung nach § 11 abschließen werden. Haben die Vertragsparteien eine in Satz 3 genannte Anzeige vorgenommen, haben sie bis zum Ablauf des 30. September des jeweiligen Jahres der Schiedsstelle mitzuteilen, ob sie die Vereinbarung abgeschlossen haben. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 4 mitteilen, dass sie die Vereinbarung nicht abgeschlossen haben, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 innerhalb von acht Wochen ab dem 1. Oktober des jeweiligen Jahres.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder mehrere der Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2023 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2027 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2027. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2027 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder mehrerer der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(5) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder mehrere der Vereinbarungszeiträume 2024 bis 2026 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2028 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2028. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2028 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder mehrerer der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(6) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder für die beiden Vereinbarungszeiträume 2027 und 2028 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2029 zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2029. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2029 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder der beiden in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung 2027 und 2028 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

(7) Wenn in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannte Daten, Unterlagen und Auskünfte den jeweils anderen Vertragsparteien nicht oder nicht innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen übermittelt, vorgelegt oder erteilt wurden, so kann die Schiedsstelle im Schiedsverfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 6 solche Daten, Unterlagen oder Auskünfte unberücksichtigt lassen oder das Gericht im Fall von Klagen gegen die Genehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle in diesen Schiedsverfahren entscheiden, solche Daten, Unterlagen oder Auskünfte nicht zuzulassen, sofern die Berücksichtigung oder die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von einer der Vertragsparteien zu vertretenden Gründen beruht.“

3. § 14 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts, des Erlösbudgets, der Erlössumme, der sonstigen Entgelte und der krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieser Verordnung sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die Genehmigung innerhalb von acht Wochen nach Eingang des jeweiligen Antrags, andernfalls gilt die Genehmigung als erteilt, soweit landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist. Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“

4. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„In einem Vereinbarungszeitraum ab dem Jahr 2027 ist ab dem Zeitpunkt, zu dem ein Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff nach § 130b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart oder nach § 130b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt wurde, für Leistungen oder für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die die Gabe dieses Arzneimittels beinhalten und für die ein Entgelt nach § 6 Absatz 1 oder 4, ein Entgelt in Höhe des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags zu erheben, sofern für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum kein Entgelt vereinbart oder festgesetzt wurde, das niedriger als der jeweils vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag ist.“

- b) Nach Absatz 2 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Mehr- oder Mindererlöse infolge der Erhebung eines Entgelts nach Absatz 1 Satz 5 in Höhe des nach § 130b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 130b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzten Erstattungsbetrags erst ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder der Festsetzung des Erstattungsbetrags und nicht ab dem Zeitpunkt seiner Geltung nach § 130b Absatz 3a oder Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

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 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. 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.“

2. Nach § 113d Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Geschäftsstelle wird aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Das Nähere über das Verfahren zur Anforderung und Auszahlung der Mittel vereinbaren das Bundesamt für Soziale Sicherung, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1.“

Artikel 7a

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 15e Absatz 5 Satz 3 und § 15f Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird jeweils die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.

Artikel 7b

Änderung des Implantateregistergesetzes

Das Implantateregistergesetz vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2494), das zuletzt durch Artikel 11a des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 29 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.

Artikel 7c

Änderung der Implantateregister-Betriebsverordnung

Die Implantateregister-Betriebsverordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4344), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 18. August 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 196) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 9 Absatz 4 Nummer 2 wird die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.

Artikel 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anhang zu Artikel 1 Nummer 15

Anlage 1
(zu § 135e)

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			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: jederzeit; 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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							sein Alternative: Drei FA mindestens Rufbereitschaft, jederzeit; davon mindestens zwei FA 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; jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweili-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	gen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
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 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, der dritte FA kann FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder FA für Orthopädie und Unfall-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							chirurgie sein	
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkannüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	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 und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie				FA Kinder- und Jugendmedizin mit	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		rium	gie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation				Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Ab- lation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden	
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappen-		Kardio-MRT				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			intervention					
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22, jeweils bezogen auf 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	Mindestvo-	LG Allgemeine Innere Medizin	LG EPU/Ablation	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät,	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenver-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		raussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Echokardiographie, TEE		bereitschaft: jederzeit	ordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation 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 Herzklappenintervention		Kardio-MRT			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimal-invasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA Herzchirurgie sowie drei FA für Innere Medizin und Kardiologie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, Sonographiegerät, CT jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle	FA Allgemein Chirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemein Chirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jeweils ein FA für Allgemein Chirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation,	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft:	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		setzung	LG Intensivmedizin		Sonographie		schaft: jederzeit	ten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 19. Dezember 2024 (BAnz AT 25.02.2025 B4) geändert worden ist Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie oder</p> <p>LG Kardiale Devices oder</p> <p>LG Minimalinvasive Herzklappenintervention</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder</p> <p>LG Stroke Unit oder</p> <p>LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik</p>	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie oder</p> <p>LG Kardiale</p>		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG NeuroFrühreha (NNF, Phase B)					
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiiale 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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neuro-			FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			logie 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, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma 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 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. De-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>zember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden</p>
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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Aus-	LG Endopro-		CT jederzeit,	ZW Spezielle		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		wahlkriterium	thetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		MRT	Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	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: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			
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, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum	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 Ab-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle			<p>satz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist.</p> <p>Erfüllung der durch die gesetzliche Unfallversicherungsträger nach § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (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 Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Verletzungsartenverfahren“.</p> <p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weiß-</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>buch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16, 17 und 18 bis 20</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden</p>
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie 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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweili-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								gen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium		LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	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 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		FA Radiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie	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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreas Eingriffe 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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonal-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	untergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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: jederzeit; davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			
34	Tiefe Rektum- eingriffe	Mindestvoraussetzung	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 Spe-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhaus-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							zielle Viszeralchirurgie	standort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin 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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG Augenheilkunde LG HNO				
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop, Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauen-	CT, MRT, PET oder PET-CT,	FA Urologie mit ZW Andrologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche	Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		rium		heilkunde	Roboter-assistierte Chirurgie			
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreas- eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreas-			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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 Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						<p>Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III 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) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden</p>
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						<p>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.</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>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) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden</p>
		Auswahlkriterium					FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						<p>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 20.01.2025 B4) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenver-</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								ordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	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 – Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			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. Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Mindestvoraus-	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG Kinder-Hämatologie und -Onkolo-	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereit-	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben ge-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	- Leukämie und Lymphome	setzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	gie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin			schaft: jederzeit	<p>mäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA 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</p> <p>Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden</p>
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie	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		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Palliativmedizin					
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, 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: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			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 Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin 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	CT oder MRT (Teileradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Drei FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenver-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		raussetzung	LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit		bereitschaft: jederzeit	ordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		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/Ab- lation 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-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP),	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie FA Physika-	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweili-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	lische und Rehabilitative Medizin		gen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe	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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder					

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleingriffe					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Auswahlkriterium	Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			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 (NNF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			LG Pankreas- eingriffe oder LG Tiefe Rektum- eingriffe						
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin			
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention		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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden	
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Trans-			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
						plantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatri-sche Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreas-eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			FA Allgemein-chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungen-transplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Komplexe Pneumologie</p>		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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonal-

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie				Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	untergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	<p>LG Komplexe Nephrologie LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit; davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie; davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-	LG Urologie Mindestens			FA Allgemeinchirurgie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		kriterium	eine der folgenden LG: LG Bariatri-sche Chirurgie oder LG Leberein-griffe oder LG Ösopha-guseingriffe oder LG Pankreas-eingriffe oder LG Tiefe Rek-tumeingriffe Mindestens eine der fol-genden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			gie FA Gefäßchi-rurgie FA Kinder- und Jugend-medizin jeweils mit ZW Trans-plantations-medizin		
63	Pankreas-transplan-tation	Mindest-vo-raus-set-zung	LG Allge-meine Chirurgie LG Allge-meine Innere Medizin LG Intensiv-medizin, Qua-litätsanfor-derung Hoch-komplex Mindestens eine der fol-genden LG: LG Bariatri-sche Chirurgie oder LG Leberein-griffe oder LG Ösopha-guseingriffe oder LG Pankreas-eingriffe oder LG Tiefe Rek-tumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeral-chirurgie ZW Trans-plantations-medizin	Drei FA, mindestens Ruf-bereit-schaft: je-derzeit; davon mindestens ein FA mit ZW Trans-plantati-onsmedi-zin	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonal-untergrenzenver-ordnung festgelegten Pflegepersonal-untergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonal-untergrenzenver-ordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaaortenaneurysma oder LG Carotis			FA Allge-meinchirurgie FA Gefäßchi-rurgie FA Kinder- und Jugend-medizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße				jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung					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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit, b) Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, c) Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr	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 Notfallersatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)		
		Qualitätsanforderung			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Be-	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensiv-		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		rung Hochkomplex			handlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b) Flexible Bronchoskopie jederzeit c) Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr		medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
65	Nicht belegt							