Deutscher Bundestag **Drucksache 21/4527**

21. Wahlperiode 04.03.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 21/2512, 21/3056 –

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

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Stella Merendino, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke
– Drucksache 21/2707 –

Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die bestehenden Regelungen der Krankenhausreform führen nach Auffassung der Bundesregierung in der praktischen Anwendung zu unvorhergesehenen bürokratischen Hürden und bieten den Ländern sowie den Krankenhausträgern noch keine ausreichende Planungssicherheit. Es bestehe zudem die Gefahr, dass die flächendeckende stationäre Versorgung – insbesondere in ländlichen Regionen – ohne eine Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten und eine Präzisierung der Finanzierungsgrundlagen gefährdet sein könnte.

Zu Buchstabe b

Das geltende pauschalisierende Abrechnungssystem (DRG-System) führt nach Ansicht der Antragsteller zu einem medizinisch fehlorientierten Kostendruck und gefährdet durch eine unzureichende Refinanzierung der Personalkosten die flächendeckende Krankenhausstruktur.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetzentwurf soll die Umsetzung der Krankenhausreform praxistauglicher gestaltet werden, indem administrative Abläufe vereinfacht und rechtliche Unklarheiten beseitigt werden. Ziel der Bundesregierung ist es, durch eine rechtssichere Ausgestaltung der Transformationsfinanzierung den strukturellen Wandel im Gesundheitswesen geordnet zu moderieren und dabei eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung dauerhaft zu gewährleisten.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke.

Zu Buchstabe b

Sämtliche Personalkosten sollten nach Auffassung der Antragsteller vollständig aus den Fallpauschalen ausgegliedert und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung ohne ökonomischen Druck sicherzustellen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2707 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

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

sonalhaushalt sind vollständig und dauerhaft im fachlich betroffenen Einzelplan gegenzufinanzieren.

Bund, Länder und Kommunen

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

Gesetzliche Krankenversicherung

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

Zu Buchstabe b

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

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

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

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

Die Landesplanungsbehörden werden dadurch entlastet, dass die für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehene Pflicht der Länder, gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft haben, gestrichen wird.

Zu Buchstabe b

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu Buchstabe b

Wurden nicht erörtert.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Antrag auf Drucksache 21/2707 abzulehnen.

Berlin, den 4. März 2026

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Tanja Machalet
Vorsitzende

Dr. Stephan Pilsinger
Berichterstatter

Martin Sichert
Berichterstatter

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Stella Merendino
Berichterstatterin

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)
– Drucksachen 21/2512, 21/3056 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform	**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform**
(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)	**(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 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 4 Wochen nicht überschreiten; im Fall der Vermittlung eines radiologischen Behandlungstermins darf die Wartezeit 3 Wochen nicht überschreiten.“
	b) In Satz 7 wird vor der Angabe „Frist“ die Angabe „jeweiligen“ eingefügt.
1. § 109 wird wie folgt geändert:	1. § 109 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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:	b) Absatz 3a Satz 4 bis 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus, mit dessen Träger der Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll, an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 *bis 4* 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.“	„Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus, mit dessen Träger der Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll, an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 **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:	2. u n v e r ä n d e r t
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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils 12 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 *wie folgt geändert*:	3. § 135d wird **durch den folgenden § 135d ersetzt**:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	**„§ 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

	(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 Krankenhausentgelt-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	gesetzes 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,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 wenig 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 Deutsche Krankenhausgesellschaft von dem Institut für das Entgeltsystem, 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,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Festlegungen für die Weiterentwicklung von Inhalt, Art und Umfang der im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden Informationen und
	3. Regelungen zur Integration der auf Grund 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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.“
aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.	**entfällt**
bb) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 8 Nummer 2“ durch die Angabe „Satz 6 Nummer 2“ ersetzt.	**entfällt**
b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	**entfällt**
„(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,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 Satz 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurde.	
Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses, der	
1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,	
2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und	
3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; die Zuordnung ist zu begründen. Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet. Eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 tritt an die Stelle einer Zuordnung nach Satz 2 Nummer 4, sofern diese bereits erfolgt ist. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Krankenhäuser sind im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 oder eine Änderung dieser Zuordnung mit; die Mitteilung über eine Zuordnung nach Satz 3 oder eine Änderung dieser Zuordnung hat auch die Begründung der Zuordnung zu umfassen. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt auf Vorschlag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, in welchen Fällen bei der Zuordnung zu einer Versorgungsstufe eine Leistungsgruppe nicht zu berücksichtigen ist, weil der Standort eines Krankenhauses im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in der Leistungsgruppe erbracht hat.“	
4. § 135e wird durch den folgenden § 135e ersetzt:	4. § 135e wird durch den folgenden § 135e ersetzt:
„§ 135e	„§ 135e
Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung
(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates	(1) u n v e r ä n d e r t
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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	(2) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließt. Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der *Berufsorganisationen* der Pflegeberufe andererseits. Ehrenamtlich Tätige, die von den *Berufsorganisationen* der Pflegeberufe in den Ausschuss nach Satz 1 entsandt werden, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des 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 be-	(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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
rücksichtigt 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.	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,	(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,	1. u n v e r ä n d e r t
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,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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,	3. u n v e r ä n d e r t
4. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden, wobei der genannte Zeitraum an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss,	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,	5. u n v e r ä n d e r t
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	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,	a) u n v e r ä n d e r t
b) mindestens ein Facharzt jederzeit *in Rufbereitschaft* verfügbar sein muss,	b) **im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten wie Schicht- oder Bereitschaftsdiensten außerhalb des Regeldienstes** mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein muss,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) außerhalb der in Buchstabe b genannten Dienste mindestens ein Facharzt in Rufbereitschaft jederzeit verfügbar sein muss,
c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können,	**d)** unverändert
d) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b *und c* festgelegten Kriterien gelten entsprechend und	**e)** 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
e) der zeitliche Umfang an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss und	**f)** unverändert
7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und	7. unverändert
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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Fachkrankenhäuser, die von *der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4* Satz *3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden,* können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen *„Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“* in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung *erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.* Krankenhausstandorte*, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperation und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen.“*	**Abweichend** von Satz **1 Nummer 7** können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den **folgenden** Anforderungsbereichen in Kooperationen und Verbünden 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 Satz 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:	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.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz *4* Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	b) Absatz **2** Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„*Die Rechtsverordnung* nach Satz 1 *ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026* zu *erlassen*.“	**„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 *den* folgenden *Absatz* 7 ersetzt:	6. § 136a Absatz 7 wird durch **die** folgenden **Absätze** 7 **und 8** ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„*(7)* Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum 30. Juni 2025 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend.“	„**(7)** 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:	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“
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	**b)** u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung 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 Kranken-	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
hausentgeltgesetzes genannten Daten in der jeweils aktuellen Fassung aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss für eine Beschlussfassung geeignet und notwendig ist und der Gemeinsame Bundesausschuss die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 7 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 7. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Auswertungen nach Satz 7. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswertungen nach Satz 7 in die Entscheidung einzubeziehen.“	
b) In Absatz 6 wird die Angabe „nach den Absätzen 3 bis 5“ durch die Angabe „nach den Absätzen 1 und 3 bis 5“ ersetzt.	**c)** u n v e r ä n d e r t
	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:	8. u n v e r ä n d e r t
„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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(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:	9. u n v e r ä n d e r t
„(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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(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 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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:	10. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
11. § 275a wird wie folgt geändert:	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“
a) Absatz 1 *Satz 8* wird *gestrichen.*	**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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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.“
b) Absatz 2 Satz 7 und 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	**c)** u n v e r ä n d e r t
„Prüfungen, die nach Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Zuweisung oder nach Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 31. Juli 2026 abzuschließen.“	
c) Absatz 4 *Satz 4* wird durch den folgenden *Satz* ersetzt:	**d)** Absatz 4 wird durch den folgenden **Absatz 4** ersetzt:
„*Stellt* der Medizinische Dienst *fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die* in Satz *2* Nummer 1 *und 2* genannten *Stellen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie den Verband der Privaten Krankenversicherung hierüber.“*	**„(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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.“
d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	**e)** unverändert
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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen	
1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,	
2. dem Verband der Privaten Krankenversicherung und	
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.	
Hebt der Medizinische Dienst den in Satz 2 genannten Bescheid oder die in Satz 3 genannte Bescheinigung auf, so informiert er unverzüglich die in Satz 4 genannten Stellen auf elektronischem Wege hierüber.“	
e) Absatz 7 *Satz 3* wird durch den folgenden *Satz* ersetzt:	**f)** Absatz 7 wird durch den folgenden **Absatz 7** ersetzt:
„Krankenhäuser*, denen nach* Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, *die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beantragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“*	„**(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**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
	2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.
	Krankenhäuser können 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 Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Kode zugrunde liegt, vorgenommen haben.
	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.“
f) *In* Absatz 8 Satz 1 wird *die Angabe „§ 136 Absatz 2 und 5“* durch *die Angabe „§ 136a Absatz 2 und 5“* ersetzt.	**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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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:	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	„Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über
1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1*,* 3 *und 4*, § 275b und § 275c,	1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 **und** 3 **bis 5**, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz *3* genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berichte regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Der Medizinische Dienst Bund kann in den Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8 festlegen, dass von den Berichtspflichten der Medizinischen Dienste nach den Sätzen 1 und 2 abzusehen ist, wenn ihm die entsprechenden Daten in der Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1 zugänglich sind.“	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:	13. § 283 wird wie folgt geändert:
a) *Nach* Absatz 2 *Satz 2* wird *der folgende Satz eingefügt*:	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.“
„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:	b) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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:	c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:	aa) Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:
„2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz *3* genannten Mitteilungen und Informationen und die in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen und“.	„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:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Der Medizinische Dienst Bund darf personen- und einrichtungsbezogene Daten in der Datenbank verarbeiten, soweit dies erforderlich ist, um die ihm nach § 275a Absatz 2 Satz 5 und Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen; die Erforderlichkeit der Verarbeitung personen- und einrichtungsbezogener Daten zu diesem Zweck ist jeweils in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu begründen. Im Übrigen erfolgt die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank ohne Personenbezug.“	
	13a. § 299 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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:	14. § 427 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Die Angabe „31. Dezember 2028“ wird durch die Angabe „31. Juli 2027“ ersetzt.	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:	bb) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„1. die Auswirkungen der Einteilung der von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 und die Weiterentwicklung dieser Einteilung, *insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind; dabei sind insbesondere die Auswirkungen der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht erfüllen, auf die Leistungserbringung dieser Krankenhäuser sowie der Umfang und die Gründe der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht erfüllen, zu berücksichtigen,“.*	„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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) Nach Nummer 4 *Buchstabe d* wird die folgende Nummer 5 eingefügt:	dd) Nach Nummer 4 wird die folgende Nummer 5 eingefügt:
„5. die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 135d Absatz *4* Satz 3, insbesondere über die Begründungen für die Zuordnung, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 135d Absatz *4* Satz *7* zu übermitteln sind.“	„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:	b) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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.	15. u n v e r ä n d e r t
	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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 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:	1. § 2a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass	„(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	1. u n v e r ä n d e r t
2. abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind.	2. u n v e r ä n d e r t
Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.“	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:	2. § 6a wird durch den folgenden § 6a ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„§ 6a	„§ 6a
Zuweisung von Leistungsgruppen	Zuweisung von Leistungsgruppen
(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1, 2 oder 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung nach Satz 1 einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für eine Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und 3 eine Fallzahl für diese Leistungsgruppe (Planfallzahl) vorgeben; bei der Zuweisung einer Leistungsgruppe, deren Leistungen erstmals an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbracht werden, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort eine Planfallzahl für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für diese Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 vorzugeben. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden, nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welchem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Als einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten	(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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden, oder	1. u n v e r ä n d e r t
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. u n v e r ä n d e r t
(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.	(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.**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(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.	(3) u n v e r ä n d e r t
(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 *bis 4* des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und	(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 **und 3** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und
1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist,	1. u n v e r ä n d e r t
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	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz *2* unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in den in Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Fällen zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz *4* hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei einer Entscheidung über die Erklärung des in *Satz* 1 genannten Einvernehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen jeweils gemeinsam und einheitlich.	**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,	(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes herausgenommen wird,	1. u n v e r ä n d e r t
2. wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder	2. u n v e r ä n d e r t
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.	3. u n v e r ä n d e r t
Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden	Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden
1. in einem in Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 genannten Fall,	1. u n v e r ä n d e r t
2. wenn die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen ist und die in Absatz 4 Satz *2* genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz *3* genannten Fall der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	3. u n v e r ä n d e r t
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.	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:	(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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,	3. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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	4. u n v e r ä n d e r t
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.	5. u n v e r ä n d e r t
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:	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	1. u n v e r ä n d e r t
2. bis zum 31. Dezember 2026 für eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2027.	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.	**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 *dem Institut für Qualitätssicherung* und *Transparenz im Gesundheitswesen und* der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz jeweils unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:	(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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe,	2. u n v e r ä n d e r t
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	3. u n v e r ä n d e r t
4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“	4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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.	3. u n v e r ä n d e r t
	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 12a Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:	4. u n v e r ä n d e r t
„(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:	5. § 12b wird durch den folgenden § 12b ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 12b	„§ 12b
Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten Rechtsänderungen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Transformationsfonds in Höhe von 29 Milliarden Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2029 jährlich einen Betrag von 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jährlich einen Betrag von 2,5 Milliarden Euro, im Jahr 2026 bis zum *1. April* und in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils bis zum 15. Januar zur Verfügung. Aus dem Transformationsfonds können an zugelassenen Krankenhäusern gefördert werden:	(1) 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	1. u n v e r ä n d e r t
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,	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern, einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch, soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,	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,	4. u n v e r ä n d e r t
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch, soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,	5. u n v e r ä n d e r t
6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch, soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,	6. u n v e r ä n d e r t
7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten oder	7. u n v e r ä n d e r t
8. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten *nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g*, soweit *diese* auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder 5 *beruhen*.	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.	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(2) Das Fördervolumen eines Kalenderjahres entspricht dem vom Bund nach Absatz 1 Satz 2 in diesem Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Betrag abzüglich der in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen des *Bundesamtes* 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.	(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
(3) Ein Land kann für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 Satz 2 beantragen, wenn	(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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,	2. u n v e r ä n d e r t
3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu dem folgenden Anteil trägt und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils *aus eigenen Haushaltsmitteln* aufbringt:	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 für *ein in den Jahren* 2026 bis 2029 zu *förderndes Vorhaben zu* einem Anteil von mindestens 30 Prozent und	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 *für ein in den Jahren* 2030 *bis 2035* zu *förderndes Vorhaben zu* einem Anteil von mindestens 50 Prozent,	b) bei einer Antragstellung **ab dem 1. Januar** 2030 zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent,
4. das jeweilige Land	4. das jeweilige Land
a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 *Haushaltsmittel* für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel *zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile an den Kosten der aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr* entspricht und	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung *Haushaltsmittel* für die *Investitionskostenförderung* der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel *zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile an den Kosten der aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr* entspricht,	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 **Investitionsförderung** 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	5. u n v e r ä n d e r t
6. das jeweilige Land nachweist, dass für nach Absatz 1 Satz 3 zu fördernde Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, die zu beantragenden Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden und eine zweckwidrige Verwendung oder eine doppelte Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist; hierüber hat das Land dem Bundesamt für Soziale Sicherung *jährlich in einer gesonderten Mitteilung* zu berichten.	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 *Haushaltsmittel* in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 3 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 5 oder 7 durchgeführt werden kann. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(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.	(3a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(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	(4) u n v e r ä n d e r t
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	(5) u n v e r ä n d e r t
1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 3 gefördert werden können,	
2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	6. u n v e r ä n d e r t
„§ 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 *Absatz 4c* wird wie folgt geändert:	7. § 17b wird wie folgt geändert:
a) *In Satz 1* wird *die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.*	a) **Absatz 4c** wird **wie folgt geändert:**
	aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.
b) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	**bb)** u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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:	8. § 37 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(1) „Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind die folgenden Krankenhausfälle:	„**(1)** 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,	1. u n v e r ä n d e r t
2. die Krankenhausfälle von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen,	2. u n v e r ä n d e r t
3. die Krankenhausfälle von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, und	3. die Krankenhausfälle von Krankenhäusern der **Träger der** gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. die Krankenhausfälle, in denen Leistungen erbracht werden, die *im jeweils folgenden* Kalenderjahr voraussichtlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.	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 krankenhausindividuellen Entgelten für besondere Einrichtungen vergütet werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das nach Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach den nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 jeweils anstelle der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet *werden*, die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2024 übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet *werden*, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung	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 maßgeblichen 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 Vorhalte-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.“	volumens 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) *In* Absatz 2 *Satz 3 Nummer 2* wird *die Angabe „ist,“ durch die Angabe „ist, oder“ ersetzt.*	b) Absatz 2 wird **wie folgt geändert:**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 Mindestvorhaltezahl 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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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 Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt ist.“
c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„*(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.“	„**(3)** Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2028 und das Kalenderjahr 2029. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2027 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2028 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2029 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2028 und das Kalenderjahr 2029 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.“
d) *Absatz* 5 *wird* durch die folgenden Absätze *5 und 6* ersetzt:	d) **Die Absätze 4 und** 5 **werden** durch die folgenden Absätze **4 bis 7** ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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:	**(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	1. u n v e r ä n d e r t
2. bis zum 28. Februar 2027 für das Kalenderjahr 2027, wenn die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 erfolgt.	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	verzüglich 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 *2030* keine Anwendung und	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 *auf Grundlage der Übermittlung* nach § *6a* Absatz *6* Satz *1* 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.“	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:	9. § 38 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) unverändert
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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

	„(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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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.“
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	**c)** u n v e r ä n d e r t
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:	10. u n v e r ä n d e r t
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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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:	11. § 40 wird wie folgt geändert:
a) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:	a) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung 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 Indikations-	„(1) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bereichen 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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(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:	**(3)** 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	1. u n v e r ä n d e r t
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;	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der nach dem ersten Halbsatz geltende Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Veröffentlichung der Liste gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von weniger als 15 Prozent festlegt, trifft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erneut eine Auswahl nach Satz 2, aktualisiert die im ersten Halbsatz genannte Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt *dem Institut für Qualitätssicherung* und *Transparenz im Gesundheitswesen und* der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die nach Satz 3 veröffentlichte Liste.“	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:	b) unverändert
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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	**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:	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:	1. u n v e r ä n d e r t
„§ 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“.	
2. Nach § 1 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:	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:	„**(4)** Für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, gelten die Regelungen dieses Gesetzes mit folgenden Maßgaben:
1. bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 *finden* keine Anwendung*:*	1. bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 **findet** keine Anwendung
a) § 3 Nummer 3b,	a) u n v e r ä n d e r t
b) § 6b,	b) u n v e r ä n d e r t
c) § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und	c) u n v e r ä n d e r t
d) § 8 Absatz 4 Satz 4,	d) u n v e r ä n d e r t
2. abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 1 umfasst das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 bis 2030 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,	2. u n v e r ä n d e r t
3. abweichend von § 4 Absatz 2a Satz 1 ist letztmalig für das Jahr 2030 ein Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden,	3. u n v e r ä n d e r t
4. abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 3 werden Mindererlöse ab dem Jahr 2031 nicht ausgeglichen,	4. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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,	5. u n v e r ä n d e r t
6. abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 3 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch in den Jahren 2028 bis 2030 auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation *und*	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. *“*	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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. u n v e r ä n d e r t
„§ 3	
Grundlagen	
Die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden vergütet durch	
1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,	
1a. ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a,	
2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Absatz 3 für krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	4. § 4 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 und 2027 jeweils einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Es umfasst nicht das Erlösvolumen nach § 4a, nicht die 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.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:	c) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung 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 Teilbe-	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
träge 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,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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:	5. § 5 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2b wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
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:	b) u n v e r ä n d e r t
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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) In Absatz 3j Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 3k wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
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:	e) u n v e r ä n d e r t
„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.	f) u n v e r ä n d e r t
	g) Nach Absatz 3m wird der folgende Absatz 3n eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(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 Krankenhausträger 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. In § 6 Absatz 1 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.
	5b. § 6 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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 den folgenden Satz 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.“
	5c. 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:	6. § 6b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„*(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 Krankenhausfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, wenn	„**(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 Krankenhausfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, wenn
1. das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder	1. u n v e r ä n d e r t
2. für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde.	2. u n v e r ä n d e r t
Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid *gemäß* § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhausstandorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkts der Summe der in dem Bescheid *gemäß* § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhausstandorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.“	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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
b) *In* Absatz 2 *Satz 1* wird *die Angabe „; § 6a* Absatz *4 Satz* 2 *und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend“ gestrichen.*	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 Mindestvorhaltezahl 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) *In* Absatz 5 *Satz 1* wird *die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.*	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:	d) Absatz 6 Satz 1 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2028 und 2029 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2028 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2029 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2027 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das nach Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid *gemäß* § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge.“	„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 krankenhausindividuelle 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:	7. u n v e r ä n d e r t
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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„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:	8. § 8 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung 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 berechtigte 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 Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat. Ab dem 1. Januar 2028 dürfen für Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste genannt sind, für einem nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich zugeordnete Fälle Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht berechnet werden; für die Zuordnung von Fällen zu diesen Indikationsbereichen haben die Krankenhäuser ausschließlich nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhaus-	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
finanzierungsgesetzes zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“	
	b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen.
b) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.	**c)** u n v e r ä n d e r t
9. § 9 wird wie folgt geändert:	9. § 9 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1a Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„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:	b) Absatz 1b Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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.“	„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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
	„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:	10. § 10 wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 10	
Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“.	
b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:	b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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 *Orientierungswerts* erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. *Für die Zeit ab dem Jahr 2018 sind die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.*“	„(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 *Absatz 4* wird wie folgt geändert:	11. § 11 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:	**aa)** u n v e r ä n d e r t
„Der Krankenhausträger übermittelt die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 und 6 in maschinenlesbarer Form an den Verband der Privaten Krankenversicherung.“	
b) Nach dem neuen Satz 11 wird der folgende Satz eingefügt:	**bb)** u n v e r ä n d e r t
„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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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. *Nach* § 14 *Absatz 1a* wird *der folgende Absatz 1b eingefügt*:	12. § 14 wird **wie folgt geändert**:
	a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:
„*(1b)* Die zuständige Landesbehörde *informiert* den *Verband der Privaten Krankenversicherung* über *ihre Entscheidung über* die *in den Absätzen 1 und 1a genannte Genehmigung.“*	„**(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 krankenhausindividuell 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 krankenhausindividuellen 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. über die Genehmigung des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a oder der krankenhausindividuell 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 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.“
	12b. § 15 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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.“
	b) 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 erstmalig 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:	13. § 21 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Buchstabe d wird durch den folgenden Buchstaben d ersetzt:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„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:	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„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:	b) u n v e r ä n d e r t
„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.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 3d *Satz 3* wird durch den folgenden *Satz* ersetzt:	d) Absatz 3d wird durch den folgenden **Absatz 3d** ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für *Qualitätssicherung und Transparenz* im *Gesundheitswesen* und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle unverzüglich die Auswertungen nach Satz 1 und die Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; die Übermittlung umfasst auch die in § 135d Absatz 4 Satz *7* des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitteilungen.“	„**(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.	e) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung der Krankenhaustransformations-fonds-Verordnung	**Änderung der Krankenhaustransformations-fonds-Verordnung**
Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113) wird wie folgt geändert:	Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113) wird wie folgt geändert:
1. *In* § 2 Absatz 1 *Satz 1* wird *die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.*	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 Landeskrankenhausgesetze sowie Förderprogramme“ durch die Angabe „Förderungen aufgrund des Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes, der Landeskrankenhausgesetze oder aufgrund von Förderprogrammen“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:	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.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	b) u n v e r ä n d e r t
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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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.“
c) Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	**d)** u n v e r ä n d e r t
„Förderfähig sind wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung und zum Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen insbesondere an Hochschulkliniken.“	
d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Leistungsgruppen.“ durch die Angabe „Leistungsgruppen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.“ ersetzt.	**e)** u n v e r ä n d e r t
	f) Absatz 8 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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.“
e) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „Notfallstrukturen.“ durch die Angabe „Notfallstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.“ ersetzt.	**g)** unverändert
3. § 4 wird wie folgt geändert:	3. § 4 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:	a) unverändert

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(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:	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.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:	bb) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
„5. ein Nachweis, dass das Land den nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erforderlichen Anteil an den förderfähigen Kosten trägt, und die Bestätigung, dass die in § 12b Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beträge nicht auf den vom Land nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu tragenden Anteil an den förderfähigen Kosten angerechnet wurden,“.	
cc) *In* Nummer 6 wird *die Angabe „12b Absatz 3 Satz 4“* durch die *Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 3“* ersetzt.	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:	dd) u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„7. in dem Fall, dass das zu fördernde Vorhaben eine Hochschulklinik betrifft, eine Erklärung darüber, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbezogener 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.	ee) u n v e r ä n d e r t
ff) In Nummer 10 wird nach der Angabe „herbeigeführt“ die Angabe „oder angestrebt“ eingefügt.	ff) u n v e r ä n d e r t
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.	c) u n v e r ä n d e r t
d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	aa) Nummer 3 wird durch folgende Nummer 3 ersetzt:
	„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.“
aa) In Nummer 4 wird nach der Angabe „bei den zu bildenden“ die Angabe „oder den auszubauenden“ eingefügt.	**bb)** u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 6 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 5“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 oder Nummer 5“ ersetzt.	**cc)** u n v e r ä n d e r t
e) Absatz 6 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:	e) u n v e r ä n d e r t
„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.“	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
4. § 5 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.	4. u n v e r ä n d e r t
5. § 6 wird wie folgt geändert:	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:	a) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung *sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen* Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“	„Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“
b) Absatz 3 Satz 2 wird *durch den folgenden Satz ersetzt:*	b) Absatz 3 Satz 2 wird **gestrichen.**
„Ist an dem geförderten Vorhaben eine Hochschulklinik beteiligt, übermitteln die Länder dem Bundesamt für Soziale Sicherung über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal zu den in Satz 1 genannten Zeitpunkten aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die ausgezahlten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden.“	**entfällt**
c) Absatz 4 *Satz 3* wird *gestrichen.*	c) Absatz 4 wird **wie folgt geändert:**
	aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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:	6. u n v e r ä n d e r t
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:	7. u n v e r ä n d e r t
„(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.“	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	**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:	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:	1. u n v e r ä n d e r t
„§ 186a Fusionskontrolle im Krankenhausbereich“.	
2. Nach § 186 wird der folgende § 186a eingefügt:	2. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(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.	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Im Fall eines Zusammenschlusses nach Satz 1 Nummer 2 bleibt der Teil des Zusammenschlusses, auf den sich die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erstreckt, bei der Prüfung des Geltungsbereiches der Zusammenschlusskontrolle nach § 35 außer Betracht. Dieser Teil des Zusammenschlusses gilt nicht als Teil des nach § 39 anmeldepflichtigen Zusammenschlussvorhabens. Die in § 40 Absatz 1 Satz 1 genannte Frist beginnt nicht, bevor die Zusammenschlussbeteiligten dem Bundeskartellamt die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über den Antrag nach Absatz 1 Satz 1 vorlegen oder nachweisen, dass die Erforderlichkeitsbestätigung beantragt und der in Absatz 2 Satz 4 genannte oder nach Absatz 2 Satz 5 verlängerte Zeitraum abgelaufen ist.	
(4) Die Monopolkommission nimmt gegenüber dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie nach dessen Aufforderung Stellung zu den Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie berichtet auf Grundlage dieser Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und der Monopolkommission zwecks Abgabe der Stellungnahme nach Satz 1 oder Erstellung des Berichts nach Satz 2 gilt § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die ausgewählten Krankenhäuser von einem Zusammenschluss nach Absatz 1 Satz 1 betroffen sein müssen. Für die Abgabe der Stellungnahme nach Satz 1 oder die Erstellung des Berichts nach Satz 2 und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Vorschrift auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden.	
(5) Diese Vorschrift ist nur anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden.“	
3. § 187 wird wie folgt geändert:	3. § 187 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 9 Satz 1 *Nummer 3* wird *durch die folgende Nummer 3 ersetzt*:	a) Absatz 9 Satz 1 wird **wie folgt geändert**:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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“.	„3. u n v e r ä n d e r t
b) Absatz 10 wird gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung der Bundespflegesatzverordnung	**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:	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. In § 6 Absatz 1 wird die Angabe „oder in einer Verordnung nach § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen.
	0c. § 6 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) Nach Absatz 1 Satz 1 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) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Satz 2 bis 10“ durch die Angabe „Satz 2 bis 11“ ersetzt.
	0d. 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:	1. § 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:
„5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren,“.	„5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; **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:	2. unverändert
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.“	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(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. *Nach* § 14 Absatz 1 *Satz 2* wird *der folgende Satz eingefügt*:	3. § 14 Absatz 1 wird **durch den folgenden Absatz 1 ersetzt**:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung.“	„**(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 Erstattungsbetrags 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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„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	**Artikel 7**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel *4* des Gesetzes vom *30. Mai 2024* (BGBl. *2024* I Nr. *173*) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	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:
Nach § 53d Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:	**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.“	„**(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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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	**Artikel 8**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Anhang zu Artikel 1 Nummer 15	**Anhang zu Artikel 1 Nummer 15 u n v e r ä n d e r t**
Anlage 1	**Anlage 1**
(zu § 135e)	(zu § 135e)
Leistungsgruppen und Qualitätskriterien	**Leistungsgruppen und Qualitätskriterien**

Entwurf

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			ten					
2	*Komplexe Endokrinologie und Diabetologie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin* *Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:* *LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin*			*FA aus dem Gebiet Innere Medizin* *FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie* *Alternative:* *FA Kinder- und Jugendmedizin* *FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: 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 sein* *Alternative: Drei FA mindes-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							tens 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 Inten-*	*LG Palliativmedizin*	*Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT jederzeit*	*FA Innere Medizin und Gastroenterologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft:*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			sivmedizin				*jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein*	
5	*Komplexe Nephrologie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*		*Doppler- oder Duplex-Sonographie*	*FA Innere Medizin und Nephrologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							Gebiet Innere Medizin sein	
6	*Komplexe Pneumologie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*	*LG Palliativmedizin*	*Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie*	*FA Innere Medizin und Pneumologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein*	
7	*Komplexe Rheumatologie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Chirurgie*		*Sonographiegerät, Osteodensitometrie*	*FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			gie					
9	*Leukämie und Lymphome*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex*	*LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation*	*CT jederzeit oder MRT jederzeit*	*FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	*Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*	
		Auswahlkriterium	*LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation*			*FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie*		
10	*EPU/Ablation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitäts-*	*LG Interventionelle Kardiologie LG Kardi-*	*CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokar-*	*FA Innere Medizin und Kardiologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereit-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			anforderung Komplex	*ale Devices* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Herzchirurgie oder* *LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder* *LG Minimalinvasive Herzklappenintervention*	*diographie (TEE)*		*schaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Kardiale Devices* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bauchaortenaneurysma oder* *LG Carotis operativ/interventionell oder* *LG Komplexe periphere arterielle Gefäße* *Mindestens*		*Kardio-MRT*			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
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*	
		Auswahlkrite-	*LG EPU/Ablation*		*Kardio-MRT*			*Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
		rium	*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*					*Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17oder 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*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex*	*LG EPU/Ablation* *LG Interventionelle Kardiologie* *Mindestens eine der folgen-*	*CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE*	*FA Innere Medizin und Kardiologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
13	*Minimalinvasive Herzklappenintervention*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie* *Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche*	*LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation*	*Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP*	*FA Herzchirurgie* *FA Innere Medizin und Kardiologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Chirurgie*					
14	*Allgemeine Chirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin*	*LG Allgemeine Innere Medizin*	*Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation, CT jederzeit mindestens in Kooperation,*	*FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie*	*Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereit-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
					Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle		*schaft: jederzeit* *Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden*	
		Auswahlkriterium	*LG Geriatrie*					
15	*Kinder- und Jugendchirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* *LG Intensivmedizin*		*CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie*	*FA Kinder- und Jugendchirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
16	*nicht belegt*							

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
17	*Plastische und Rekonstruktive Chirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin*			*FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein*	
18	*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*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
								vom 19. Dezember 2024 (BAnz AT 25.02.2025 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				*FA Innere Medizin und Angiologie*		
19	*Carotis operativ/interventionell*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex* *LG Komplexe periphere arterielle Gefäße*	*LG Neurochirurgie* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG EPU/Ablation oder* *LG Interventionelle Kardiologie oder* *LG Kardiale Devices oder* *LG Minimalinvasive Herzklappenintervention* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Allgemeine*	*Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Substraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik*	*FA Gefäßchirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
				Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)				
		Auswahlkriterium	*LG Neurochirurgie* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)*		*Hybrid-OP*	*FA Innere Medizin und Angiologie*		
20	*Komplexe perip-*	*Mindest-vo-*	*LG Allgemeine Chirurgie*	*LG Komplexe*	*Röntgen jederzeit, Teleradiologi-*	*FA Gefäßchirurgie*	*Drei FA, min-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
	here arterielle Gefäße	*raussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*	*Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention*	*scher Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik*	*FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie*	*destens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie*	
		Auswahlkriterium	*LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinva-*			*FA Innere Medizin und Angiologie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			sive Herzklappenintervention *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Allgemeine Neurologie oder* *LG Stroke Unit oder* *LG Neuro-Frührehа (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*	
		Auswahlkriterium	*LG Herztransplantation* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bauchaortenaneurysma oder* *LG Carotis operativ/interventionell oder* *LG Komplexe periphere arterielle Ge-*		*Hybrid-OP* *Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)*			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			fäße					
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. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde*
23	*Endoprothetik Hüfte*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin*		*Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich*	*FA Orthopädie und Unfallchirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese*		*CT jederzeit, MRT*	*ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
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*	
		Auswahlkriterium	*LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese*		*CT jederzeit, MRT*	*ZW Spezielle 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*	
		Auswahlkriterium	*LG Geriatrie*		*CT jederzeit, MRT*			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
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*	
		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, Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Ko-*	*FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie*	*Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie*	*Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
					operation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle			*(BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist.* *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*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
				LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)				
28	*Wirbelsäuleneingriffe*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin*		*Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich*	*FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium		*LG Neurochirurgie*	*CT jederzeit, MRT*	*ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie*		
29	*Thoraxchirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine 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:*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

		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*		*FA Radiologie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
				LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				
30	*Bariatrische Chirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*	*LG Komplexe Gastroenterologie*	*CT jederzeit oder MRT jederzeit*	*FA Viszeralchirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		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 Komplexe Gastroenterologie*	*Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund*	*FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereit-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		*möglich*		*schaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie*	
		Auswahlkriterium	*LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie*		*Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit*			
32	*Ösophaguseingriffe*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex*		*Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit*	*FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie*	*Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindes-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							tens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	*LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin*	*LG Thoraxchirurgie*	*Diagnostische Angiographie*			
33	*Pankreaseingriffe*	*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*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	*LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin*		*Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie*			
34	*Tiefe Rektumeingriffe*	*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 Spezielle Viszeralchirurgie*	
		Auswahlkriterium	*LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin*		*Interventionelle Endoskopie jederzeit*	*ZW Proktologie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			LG Urologie					
35	*Augenheilkunde*	*Mindestvoraussetzung*		*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin*	*Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie*	*FA Augenheilkunde*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Innere Medizin* *LG MKG* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Allgemeine Neurologie oder* *LG Stroke Unit oder* *LG Neuro-Frührehа (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*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Frauenheilkunde* *LG Neurochirurgie* *LG Urologie*	*LG HNO* *LG MKG* *LG Thoraxchirurgie*		*FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie* *ZW Allergologie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
37	*MKG*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin*		*B-Bild-Sonographie, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät*	*FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik 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*	
		Auswahlkriterium	*LG Komplexe Nephrologie*	*LG Allgemeine Frauenheilkunde*	*CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie*	*FA Urologie mit ZW Andrologie*		
39	*Allgemeine Frauenheil-*	*Mindestvoraus-*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allge-*			*FA Frauenheilkunde und Geburts-*	*Drei FA, mindes-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
	ten	*voraussetzung*	*rurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*	*meine Kinder- und Jugendmedizin*		*kunde und Geburtshilfe*	*mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie*			*FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin*	*FA anwesend: jederzeit*	
43	*Perinataler Schwerpunkt*	*Mindestvoraussetzung*						*Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 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.*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
								Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
44	*Perinatalzentrum Level 1*	*Mindestvoraussetzung*						*Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde*
		Auswahlkriterium				*FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie*		
45	*Perinatalzentrum Level 2*	*Mindestvoraussetzung*						*Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der An-*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
								lage 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 vom28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
46	*Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin*	*Mindestvoraussetzung*		*LG Intensivmedizin*		*FA Kinder- und Jugendmedizin*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum*			*FA Kinder- und Jugendchirurgie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG 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 Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr*	*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 G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde*
		Auswahl-	*LG Allgemeine Chi-*	*LG Kinder-*	*Telemedizinische Behand-*	*FA Transfusions-*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
		kriterium	*rurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation*	*und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome*	*lung*	*medizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*		
49	*Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex*	*LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin*	*CT jederzeit oder MRT jederzeit*	*FA Kinder- und Jugendmedizin*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	*Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
								13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin*	*LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation*	*Telemedizinische Behandlung*	*FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie*		
50	*HNO*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*		*Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)*	*FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin*	*LG MKG*	*MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien*	*ZW Allergologie*		
51	*Cochleaim-*	*Mindestvo-*	*LG Allgemeine Chirurgie*		*ERA*	*FA für Hals-Nasen-Oh-*	*Drei FA, min-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
	plantate	*Voraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin*			*renheilkunde*	*destens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		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*	
		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 Knieendopro-*	*LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin*	*MRT jederzeit*	*FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			these					
53	*Allgemeine Neurologie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin*		*CT oder MRT (Teleradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik*	*FA Neurologie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Geriatrie* *LG Neurochirurgie* *Mindestens einer der folgenden LG:* *LG EPU/Ablation oder* *LG Interventionelle Kardiologie oder* *LG Kardiale Devices oder* *LG Minimalinvasive Herzklappenintervention*	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Augenheilkunde* *LG HNO*		*ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin*		
54	*Stroke Unit*	*Mindestvoraussetz-*	*LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Allge-*	*LG Neurochirurgie*	*CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Telera-*	*FA Neurologie*	*Drei FA, mindestens*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
		zung	*meine Neurologie LG Intensivmedizin*	*Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße*	*diologie 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*		*Rufbereitschaft: jederzeit*	
		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*		*Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA*	*FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
55	*Neuro-Frührehab (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), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex*	*FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie*					
56	*Geriatrie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin*	*LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine*	*CT*	*ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon min-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
				Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frührehabilitation (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*			*destens zwei mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie*	
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin*					

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			Mindestens eine der folgenden LG: *LG Allgemeine Neurologie oder* *LG Stroke Unit oder* *LG Neuro-Frührehа (NNF, Phase B)* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Endoprothetik Hüfte oder* *LG Endoprothetik Knie oder* *LG Revision Hüftendoprothese oder* *LG Revision Kniendoprothese oder* *LG Wirbelsäuleneingriffe*					
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 Pallia-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							tivmedizin	
		Auswahlkriterium	*LG Intensivmedizin* *LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome* *LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Stammzelltransplantation oder* *LG Leukämie und Lymphome* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Allgemeine Neurologie oder* *LG Stroke Unit oder* *LG Neuro-Frührehа (NNF, Phase B)*	*LG Geriatrie*		*FA Kinder- und Jugendmedizin*		
58	*Darmtransplantation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin,*		*Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT*	*FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jeder-*	*Transplantationsbeauftragter* *Interdisziplinäre Transplantkonferenz*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			Qualitätsanforderung Hochkomplex *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bariatrische Chirurgie oder* *LG Lebereingriffe oder* *LG Ösophaguseingriffe oder* *LG Pankreaseingriffe oder* *LG Tiefe Rektumeingriffe*				*zeit* *Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin*	
		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,* *Qualitätsanforde-*		*Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter),* *Herz-Lungen-Maschine,* *Röntgen,* *CT jederzeit,* *Teleradiologischer Befund möglich,*	*FA Herzchirurgie* *FA Innere Medizin und Kardiologie* *ZW Transplantationsmedizin*	*Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit* *Davon*	*Transplantationsbeauftragter* *Interdisziplinäre Transplantkonferenz*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			rung 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*		*MRT*		*mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin*	
		Auswahlkriterium	*LG Thoraxchirurgie*		*ECMO*	*FA Thoraxchirurgie* *FA Innere Medizin und Pneumologie* *FA Kinder- und Jugendmedizin* *jeweils mit ZW Transplantationsmedizin*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
60	*Lebertransplantation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex* *LG Komplexe Gastroenterologie* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bariatrische Chirurgie oder* *LG Lebereingriffe oder* *LG Ösophaguseingriffe oder* *LG Pankreaseingriffe oder* *LG Tiefe Rektumeingriffe*		*Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT*	*FA Viszeralchirurgie* *FA Innere Medizin und Gastroenterologie* *ZW Transplantationsmedizin*	*Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit* *Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie* *Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin*	*Transplantationsbeauftragter* *Interdisziplinäre Transplantkonferenz*
		Auswahlkriterium	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin* *Mindestens eine der folgenden LG:*			*FA Allgemeinchirurgie* *FA Gefäßchirurgie* *FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			*mit ZW Transplantationsmedizin*		
61	*Lungentransplantation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie*		*Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT*	*FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin*	*Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindes-*	*Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
							tens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium			*ECMO*	*FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin*		
62	*Nierentransplantation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie* *LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Intensivmedizin,* *Qualitätsanforderung Hochkomplex* *Mindestens zwei der folgenden LG:* *LG Komplexe Nephrologie oder* *LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bariatrische Chirurgie oder* *LG Leibeingriffe oder* *LG Öso-*	*LG Komplexe Nephrologie* *LG Urologie* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bariatrische Chirurgie oder* *LG Leibeingriffe oder* *LG Ösophageingriffe oder* *LG Pankreas-*	*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*	*Transplantationsbeauftragter* *Interdisziplinäre Transplantkonferenz*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
			phaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	*eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe*			*mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin*	
		Auswahlkriterium	*LG Urologie* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe* *Mindestens eine der folgenden LG:* *LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße*			*FA Allgemeinchirurgie* *FA Gefäßchirurgie* *FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin*		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
63	*Pankreastransplantation*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe*		*Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT*	*FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin*	*Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin*	*Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz*
		Auswahlkriterium	*Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße*			*FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin*		
64	*Inten-*	*Min-*			*Notfall-Labor*	*FA aus ei-*	*Drei*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
	sivmedizin	*destvoraussetzung*			*am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik*	*nem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie*	*intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie*	
		Qualitätsanforderung Komplex			*Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation:* *a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit,* *b) Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr,* *c) Ultraschall-Verfahren täglich acht*	*FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin*	*Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensiv-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
					Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, *Abdomen,* *TTE,* *TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr,* *Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik*		*medizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)*	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			*Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation:* *a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit* *b) Flexible Bronchoskopie jederzeit* *c) Ultraschall-Verfahren jederzeit:* *Abdomen,* *TTE,*	*ZW Intensivmedizin*	*Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivsta-*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	*Leistungsgruppe (LG)*		*Anforderungsbereiche*					
			Erbringung verwandter LG		*Sachliche Ausstattung*	*Personelle Ausstattung*		*Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen*
			Standort	*Kooperation*		*Qualifikation*	*Verfügbarkeit*	
					TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik		*tion (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)*	
65	*Nicht belegt*							

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Leistungsgruppen-Nummer	**Leistungsgruppe (LG)**		**Anforderungsbereiche**					
			Erbringung verwandter LG		**Sachliche Ausstattung**	**Personelle Ausstattung**		**Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen**
			Standort	**Kooperation**		**Qualifikation**	**Verfügbarkeit**	
1	**Allgemeine Innere Medizin**	**Mindestvoraussetzung**	**LG Intensivmedizin**	**LG Allgemeine Chirurgie**	**Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, Computertomographie**	**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 Pflegeper-**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					(CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit			sonaluntergrenzenverordnung 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	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medi-	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							Medizin sein	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, 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
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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstand-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	ort 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	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							ZW Orthopädische Rheumatologie, der dritte FA kann FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie 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-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			
		Auswahl-kriterium	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	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegeper-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	sonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder	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 er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention				mittelt 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		Kardio-MRT			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Minimalinvasive Herzklappenintervention					
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
		Auswahl-kriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17oder Erfüllung der Vo-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			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					raussetzungen 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	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herz-	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			malinvasive Herzklappenintervention					
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie 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 Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jeder-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstand-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							zeit Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden	ort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Kran-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								kenhausstandort 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	Mindestvoraussetz-	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntma-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		zung	Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße				Rufbereitschaft: jederzeit	chung 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 in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interven-	Mindest-voraus-	LG Allgemeine Chirurgie LG Allge-	LG Neurochirurgie	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindes-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenver-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	tionell	setzung	meine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frührehabilitation (NNF, Phase B)	möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik		tens Rufbereitschaft: jederzeit	ordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		
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	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 Ge-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegeper-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention			fäßchirurgie	sonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder			FA Innere Medizin und Angiologie		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			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
		Auswahl-kriterium	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			
22	Herzchirurgie – Kinder	Mindestvoraus-						Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	und Jugendliche	setzung						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. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) 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 er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								mittelt wurden
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
		Auswahl-kriterium	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 er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								mittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle 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
		Auswahl-kriterium	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 min-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							destens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	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 Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist. Erfüllung der durch die gesetzliche Unfallversicherungsträger nach § 34 Ab-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								satz 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“. Erfüllung der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20 **Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	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 pflegesensiti-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								ven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium		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 Rufbereit-	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							schaft: jederzeit	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

		Auswahl-kriterium	**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 fol-**		**FA Radiologie**		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				genden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	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 Kom-		Mindestens			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		wahl-kriterium	plexe Gastroenterologie		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
		Auswahl-kriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medi-		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologi-	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchi-	Fünf FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pfle-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		zung	zin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		scher Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	rurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	bereitschaft: jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	gepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedi-		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA In-	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft:	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			zin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	nere Medizin und Gastroenterologie	jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	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 Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medi-	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologi-	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchi-	Drei FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pfle-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			zin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex		scher Befund möglich	rurgie	bereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	gepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie		
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, 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
		Auswahl-krite-	LG Allgemeine Innere Medizin		Optische Kohärenztomographie (OCT)			

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
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
		Auswahl-kriterium	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 Inten-	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop, Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft:	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			sivmedizin				jederzeit	Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	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-kriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Öso-			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Re-		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			phaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			produktionsmedizin		
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
		Auswahl-kriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophageingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
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 Allge-	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedi-		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft:	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			meine Innere Medizin LG Intensivmedizin	zin			jederzeit	Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) 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**
44	**Perinatalzentrum Level 1**	**Mindestvoraussetzung**						**Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								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 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-kriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								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 vom28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) 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 er-**

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								mittelt 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
		Auswahl-kriterium	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-	Mindest-	LG Allgemeine	LG Kin-	CT jederzeit oder MRT je-	FA Kinder- und	Drei FA,	Erfüllung der Anforderun-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	voraussetzung	Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	der Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	derzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	Jugendmedizin	mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	gen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 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 Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								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 – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativme-	CT jederzeit oder MRT jederzeit	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 für die stationäre Versor-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				dizin				gung 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
		Auswahl-kriterien	LG Allgemeine Chirurgie LG Allge-	LG Kinder- und Ju-	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		rium	meine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin	gendchirurgie LG Stammzelltransplantation		mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		
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
		Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaim-	Mindest-	LG Allgemeine Chi-		ERA	FA für Hals-Na-	Drei FA,	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	plantate	voraussetzung	rurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin			sen-Ohrenheilkunde	mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahl-kriterium	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
		Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin	MRT jederzeit	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese					
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		CT oder MRT (Teleradiologie möglich), Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG), Evozierte Potentiale, Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	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 einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiolo-	LG Geriatrie LG Neurochirurgie	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO		ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			gie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit	FA Neurologie	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 LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
55	Neuro-Frührehabilitation (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), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative 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 er-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								mittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatrie	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 Re-	CT	ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedi-	Drei FA, mindestens Rufbereit-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonalun-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			zin	schaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	tergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	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	Mindestvoraus-set-	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medi-		Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine,	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiolo-	Sechs FA, mindestens Ruf-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pfle-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		zung	zin 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		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	gie ZW Transplantationsmedizin	bereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	gepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahl-kriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
						mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	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 Allgemeine Chi-			FA Allgemeinchi-		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		-kriterium	rurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			rurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA	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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG:	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische	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 Viszeral-	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonalunter-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			chirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	grenzenverordnung ermittelt wurden
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße					

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
63	Pankreastransplantation	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 Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	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-kriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Gefäße					
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	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					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		zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a) Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b) Flexible	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jeder-	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Bronchoskopie jederzeit c) Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr		zeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
65	Nicht belegt							

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Dr. Stephan Pilsinger, Martin Sichert, Dr. Christos Pantazis, Dr. Armin Grau und Stella Merendino

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 21/2512, 21/3056** in seiner 39. Sitzung am 12. November 2025 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn an den Haushaltsausschuss zur Mitberatung überwiesen, der darüber hinaus auch gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt wurde.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 21/2707** in seiner 39. Sitzung am 12. November 2025 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Auffassung der Bundesregierung sei die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeleitete Reform zwar der richtige Weg zu mehr Qualität und Effizienz, bedürfe jedoch in der praktischen Umsetzung einer punktuellen Nachsteuerung. Der Gesetzentwurf diene dazu, die Rechts- und Planungssicherheit für die Bundesländer und Krankenhausträger während der laufenden Umstrukturierungsphase zu erhöhen. Ein zentrales Problem sei die derzeitige bürokratische Überlastung. So solle unter anderem die Pflicht zur Vorlage von Wirtschaftsprüfer-Testaten bei Förderanträgen gestrichen werden, um Verfahren zu beschleunigen und Kosten in Millionenhöhe einzusparen.

Ein weiterer Kernpunkt der Reform betreffe die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen. Nach Auffassung der Bundesregierung müsse den Landesbehörden mehr Flexibilität bei der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen eingeräumt werden, damit Krankenhäuser auch dann Leistungsgruppen zugewiesen bekommen könnten, wenn sie starre Erreichbarkeitsvorgaben nicht punktgenau erfüllten. Dies solle im Einvernehmen mit den Krankenkassen geschehen, um eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte zu wahren. Zudem solle die Finanzierung der Transformationskosten in Höhe von insgesamt 29 Milliarden Euro für den Zeitraum 2026 bis 2035 rechtssicher ausgestaltet werden. Ziel sei es, den strukturellen Wandel finanziell so abzusichern, dass die Versorgungsqualität steige, ohne die Liquidität der Häuser zu gefährden. Schließlich diene der Gesetzentwurf dazu, Qualitätskriterien künftig flexibler per Rechtsverordnung an den medizinischen Fortschritt anzupassen, wobei eine Absenkung des Qualitätsniveaus ausdrücklich ausgeschlossen bleibe.

Der **Nationale Normenkontrollrat (NKR)** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRG) den Gesetzentwurf geprüft und eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nachvollziehbar und methodengerecht ist. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt daher im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände.

Der **Bundesrat** hat in seiner 1059. Sitzung am 21. November 2025 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen Drucksache 21/3056 (Seite 1 ff.). Dazu hat die **Bundesregierung** in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 21/3056 (Seite 39 ff.) Stellung genommen.

Dem Ausschuss lag zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 eine Petition vor. Diese wurde in die Beratungen einbezogen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller sind der Auffassung, dass das System der Fallpauschalen (DRG-System) gescheitert sei und die stationäre Versorgung in eine ökonomische Krise gestürzt habe. Die fallbezogene Vergütung zwinge Kliniken zu einem wettbewerblichen Agieren, was medizinisch unnötige Behandlungen begünstige und zeitintensive Zuwendung finanziell bestrafe. Da Personalkosten den größten Ausgabenblock darstellten, seien sie unter dem aktuellen Kostendruck zur primären Sparschraube geworden, was zu einer chronischen Überlastung der Beschäftigten und Risiken für die Patientensicherheit geführt habe.

Zentrales Ziel sei daher die vollständige Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus dem DRG-System. Analog zum bestehenden Pflegebudget müssten alle Berufsgruppen – von der Diagnostik bis zur Technik – nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert werden. Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, die real anfallenden Personalkosten eins zu eins zu erstatten, um finanzielle Anreize für Personaleinsparungen zu eliminieren. Nur durch diese Abkehr von der Profitlogik könne die flächendeckende Krankenhausstruktur dauerhaft erhalten werden. Langfristig sei nach Auffassung der Antragsteller die gänzliche Abschaffung der Fallpauschalen zugunsten einer rein bedarfsorientierten Finanzierung der öffentlichen Daseinsvorsorge unumgänglich.

III. Stellungnahme des mitberatenden Ausschusses

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 31. Sitzung am 4. März 2026 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der Haushaltsausschuss wird aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorlegen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 21/571 in seiner 9. Sitzung am 17. Dezember 2025 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellung zu dem Ergebnis gekommen, dass der Gesetzentwurf in Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie stehe und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich sei (Ausschussdrucksache 21(26)12-7).

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 20. Sitzung am 3. Dezember 2025 die Beratungen zu beiden Vorlagen (Buchstaben a und b) aufgenommen und beschlossen eine gemeinsame öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 sowie zum Antrag auf Drucksache 21/2707 durchzuführen.

In seiner 22. Sitzung am 17. Dezember 2025 hat er seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 fortgesetzt und Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf den Ausschussdrucksachen 21(14)51 und 21(14)52 sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)50 beraten.

Die öffentliche Anhörung zu den beiden Vorlagen sowie zu den Änderungsanträgen fand in der 23. Sitzung am 17. Dezember 2025 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V. (AKG), AOK-Bundesverband, Arbeiter-Samariter-Bund e.V. (ASB), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), BKK Dachverband e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK),Bündnis Klinikrettung, Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutsche

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI), Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO), Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Pflegerat (DPR), Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK), GKV-Spitzenverband, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), EbM -Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V., IKK e.V. - Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (KKVD), Malteser Hilfsdienst e.V., Marburger Bund, Medizinischer Dienst Bund, Sozialverband VdK Deutschland e.V., Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Verband der forschenden Pharma-Unternehmen e.V. (vfa), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Verband kommunaler Gesundheitseinrichtungen e.V., Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e.V., Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Als namentlich benannte Sachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Florian Hoffmann (Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg), Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke), Prof. Dr. Matthias Pirlich (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)). Auf das Wortprotokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen veröffentlichen Stellungnahmen 21(14)49(1-33) wird verwiesen.

Der Ausschuss hat in seiner 32. Sitzung am 4. März 2026 seine Beratungen zu beiden Vorlagen (Buchstaben a und b) fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 21/2512, 21/3056 in geänderter Fassung.

Zudem empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 21/2707.

Änderungsanträge

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD haben als Ergebnis der öffentlichen Anhörungen die Änderungsanträge auf den Ausschussdrucksachen 21(14)51 und 21(14)52 durch die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)68 ersetzt.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)68 wurden auf Antrag der Fraktion Die Linke einzeln abgestimmt und das Ergebnis lautet wie folgt:

ADrs 21(14)68	**CDU/CSU**	**AfD**	**SPD**	**BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN**	**Die Linke**
ÄA 1	+	+	+	-	o
ÄA 2	+	-	+	-	o
ÄA 3	+	+	+	-	o
ÄA 4	+	+	+	-	o
ÄA 5	+	+	+	-	+
ÄA 6	+	-	+	-	o

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ADrs 21(14)68	CDU/CSU	AfD	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Die Linke
ÄA 7	+	+	+	-	+
ÄA 8	+	+	+	-	+
ÄA 9	+	+	+	-	o
ÄA 10	+	+	+	-	+
ÄA 11	+	o	+	-	o
ÄA 12	+	o	+	-	-
ÄA 13	+	-	+	-	o
ÄA 14	+	-	+	+	+
ÄA 15	+	-	+	-	+
ÄA 16	+	o	+	-	o
ÄA 17	+	+	+	-	o
ÄA 18	+	-	+	-	-
ÄA 19	+	o	+	-	o
ÄA 20	+	o	+	-	+
ÄA 21	+	+	+	-	+
ÄA 22	+	o	+	-	o
ÄA 23	+	-	+	-	-
ÄA 24	+	-	+	-	+
ÄA 25	+	-	+	-	o
ÄA 26	+	-	+	-	o
ÄA 27	+	+	+	-	+
ÄA 28	+	-	+	-	-
ÄA 29	+	+	+	-	+
ÄA 30	+	+	+	-	o
ÄA 31	+	+	+	-	+
ÄA 32	+	o	+	-	+
ÄA 33	+	+	+	-	o
ÄA 34	+	o	+	-	+
ÄA 35	+	-	+	-	+
ÄA 36	+	-	+	-	o
ÄA 37	+	+	+	-	o
ÄA 38	+	-	+	-	+
ÄA 39	+	-	+	+	+
ÄA 40	+	+	+	-	+
ÄA 41	+	+	+	-	+

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ADrs 21(14)68	CDU/CSU	AfD	SPD	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Die Linke
ÄA 42	+	+	+	-	o
ÄA 43	+	+	+	-	-
ÄA 44	+	o	+	-	o
ÄA 45	+	-	+	-	-
ÄA 46	+	+	+	-	o

ÄA Änderungsantrag, + Zustimmung, - Ablehnung, o Enthaltung

Ferner hat die Fraktion der AfD auf Ausschussdrucksache 21(14)69 vier Änderungsanträge mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

(Stärkung kleiner Kliniken)

In Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) wird Nr.4 (§ 135e Absatz 4 SGB V) wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt: "Ausnahmen von Qualitätskriterien gelten für Kliniken mit unter 200 Betten dauerhaft, wenn lokale Bedarfe nachgewiesen werden."

b) Ein neuer Satz 3 wird hinzugefügt: "Der Gemeinsame Bundesausschuss darf keine zusätzlichen bürokratischen Hürden auferlegen."

Begründung:

Ausnahmen müssen flexibler sein, um kleine Kliniken zu schützen. Dies reduziert außerdem Bürokratie.

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

(Ausnahmen für Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen)

In Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) wird Nr. 5 wie folgt ergänzt:

c) § 136 Absatz 4 SGB V Satz 1 wird gestrichen und durch den folgenden Satz ersetzt: "Kliniken in strukturschwachen Regionen (z. B. Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern/km2), sind dauerhaft von Mindestfallzahlen und Qualitätskriterien ausgenommen, sofern sie eine Versorgungslücke nachweisen."

Begründung:

Zentralistische Vorgaben gefährden die ländliche Versorgung. Der Antrag schützt regionale Strukturen.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

(Evaluierung)

In Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) wird unter 16. ein neuer § 300a SGB V eingefügt:

"§ 300a Evaluierung des Gesetzes

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine unabhängige Evaluierung der Auswirkungen dieses Gesetzes zwei Jahre nach Inkrafttreten. Die Evaluierung umfasst die Erreichung der Ziele zur Verbesserung der Versorgungsqualität, der Finanzierung und der regionalen Versorgungssicherheit.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(2) Bei Nichterreichung der Ziele ist das Gesetz automatisch aufzuheben, es sei denn, der Bundestag beschließt eine Fortsetzung mit Mehrheit."

Begründung:

Die Reform ist experimentell und birgt Risiken für die dezentrale Versorgung. Eine Evaluierungsklausel sichert Kontrolle und verhindert bürokratische Überregulierung. Dies erhöht die Transparenz.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – (KHG)

(Dezentrale Mittelverteilung)

In Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG) wird unter 5. (§ 12b KHG) wie folgt geändert:

Ein neuer Absatz 1a wird eingefügt: "(1a) Die Mittelverteilung erfolgt nach regionalen Bedarfen, priorisiert für ländliche Kliniken, ohne zentrale Vorgaben."

Begründung:

Die zentrale Vergabe ignoriert regionale Unterschiede.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 21(14)69 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke gegen die Stimmen der Fraktion der AfD abgelehnt.

Ferner hat die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 21(14)50 15 Änderungsanträge mit folgendem Inhalt vorgelegt:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 NEU (§ 12 SGB V)

(Wirtschaftlichkeitsgebot)

Vor der Nummer 1 wird eine neue Nummer 1 eingefügt:

‚1. In § 12 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind Aspekte der Nachhaltigkeit, einschließlich der Energieeffizienz einzubeziehen und langfristige Betrachtungen anzustellen.“‘

Begründung:

Der Anteil des Gesundheitswesens an den klimaschädlichen Emissionen in Deutschland beläuft sich auf ca. sechs Prozent. Daher muss es mittel- bis langfristig auch das Ziel sein, die Krankenhäuser in Deutschland dabei zu unterstützen, energetische Maßnahmen vornehmen zu können. Es ist von zentraler Bedeutung, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht nur kurzfristige Kosten, sondern auch langfristige Aspekte der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen. Bislang sind Klimaschutzinvestitionen nicht als notwendige Investitionen in der Krankenhausgesetzgebung verankert. Klimaschutzmaßnahmen (z.B. Maßnahmen zur Wärmedämmung) sind aktuell durch die Länder häufig nicht isoliert als Investition förderfähig, sondern meist nur im Zuge einer zusammenhängenden Baumaßnahme (z.B. Umbau oder Erweiterungsbau).

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 NEU (§ 95 SGB V)

(Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Nach der neuen Nummer 1 wird eine neue Nummer 2 eingefügt:

‚2. In § 95 Absatz 1a SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.“‘

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung:

Durch den Erwerb eines Krankenhauses erhalten Investoren die Möglichkeit, die Gründungsberechtigung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu erlangen. Bei MVZ, die von Investoren betrieben werden (iMVZ), ist häufig kein langfristiges Engagement zu erwarten; das Hauptziel besteht vielmehr in einer gewinnbringenden Veräußerung innerhalb weniger Jahre. Der damit verbundene Renditedruck aufgrund kurzer Investitionshorizonte sowie der häufige Eigentümerwechsel können jedoch den langfristigen Erfolg einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung gefährden. In einigen Fachbereichen, wie etwa der Augenheilkunde, zeigt sich zudem eine Fokussierung auf besonders lukrative Eingriffe oder Behandlungen, wobei die breitere fachliche Versorgung vernachlässigt wird.

Insbesondere die Praxis, spezialisierte Fachkrankenhäuser zu erwerben und diese als „Gründungsplattform" für eine Vielzahl von MVZ ohne Bezug zum regionalen und fachlichen Versorgungsauftrag zu nutzen, stößt seitens der Ärzteschaft auf scharfe Kritik (www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/ProgrammePositionen/BAEKPosition_Investorenbetriebene_MVZ_2023_04_19.pdf). Diese Entwicklung wird als problematisch angesehen, da sie auf eine Regelungslücke zurückzuführen ist, die der Gesetzgeber bei der ursprünglichen Begrenzung der Gründungsberechtigungen nicht ausreichend berücksichtigt hat. Ein zu starker Fokus auf Gewinnmaximierung und mangelnde Transparenz bergen die Gefahr, dass die Sicherstellung einer langfristig hohen Versorgungsqualität zugunsten kurzfristiger Renditeerwartungen in den Hintergrund tritt.

Um den regionalen und fachlichen Bezug des MVZ zum Krankenhaus zu gewährleisten, soll die Gründung von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser gemäß einer Ergänzung in § 95 Absatz 1a SGB V auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf MVZ, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen, beschränkt werden. Dies schließt nicht die vollständige Gleichwertigkeit mit einer Krankenhausabteilung ein, sondern erlaubt auch sinnvolle Erweiterungen des fachlichen Angebots. Darüber hinaus soll der Zulassungsausschuss in begründeten Einzelfällen von diesen Vorgaben abweichen können, wenn dies aus Versorgungsgründen im Einzelfall erforderlich ist, wobei dies in Absprache mit dem Landesausschuss erfolgen soll.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 3 NEU (§ 115f SGB V)

(Verbindliche Kopplung des Ambulantisierungs-/Hybrid-DRG-Pfads an Leistungsgruppen)

1. In Artikel 1 wird eine neue Nummer 3 wird eingefügt:

‚3. In § 115f wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Für Leistungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach Absatz 1 als sektorenübergreifend geeignet bestimmt, gilt ab dem 1. Januar 2027:

1. *Die stationäre Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist nur zulässig, wenn das Krankenhaus für die betreffende Leistungsgruppe nach § 6a KHG endgültig zugewiesen ist und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V erfüllt.*
2. *Anderenfalls erfolgt die Abrechnung ausschließlich nach Hybrid-DRG oder ambulant nach Maßgabe dieses Buches.*

Der Gemeinsame Bundesausschuss erweitert die Liste nach Absatz 1 jährlich."'

2. Die bisherigen Nummern 1 bis 15 werden zu den Nummer 4 bis 18.

Begründung:

Ambulantisierung ist ein zentraler Effizienz- und Qualitätshebel. Ohne verbindliche Koppelung an Leistungsgruppen besteht das Risiko, dass Fehlanreize zur stationären Mengenausweitung fortbestehen. Die Regelung liegt vollständig in der Bundeskompetenz für Abrechnung und Leistungsrecht.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 1 Nummer 3 ALT (§ 135d SGB V)

(Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung –

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bundes-Klinikatlas, Definition Fachkrankenhäuser)

Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

1. Ein neue Buchstabe a wird eingefügt:

‚a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Der Bundes-Klinikatlas weist für jedes Krankenhaus verpflichtend die Zahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente je Leistungsgruppe und je Fachabteilung aus.“

bb) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Soweit Ergebnisqualitätsdaten nach § 136a, § 137a oder § 137i SGB V vorliegen, sind diese im Bundes-Klinikatlas leistungsgruppen- und fachabteilungsspezifisch darzustellen.“‘

2. Der Buchstabe b durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

‚b) Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Bundes-Klinikatlas ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Benehmen mit dem IQTIG weitere Parameter der Datenerhebung, Meldung und Ausweisung nach den Absätzen 1 und 1a festlegen.“‘

3. Der bisherige Buchstabe a wird zu Buchstabe c.

Begründung:

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hatte bisher geregelt, dass Fachkliniken mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen abzüglich von Fällen in den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ erbracht haben müssen. Die geplante Überarbeitung der Definition von Fachkrankenhäusern birgt große Risiken. Damit wird von klaren bundeseinheitlichen Qualitätsstandards abgewichen. Wenn jedes Land nach eigener Auslegung Kliniken zu Fachkrankenhäusern erklären kann, droht ein Flickenteppich mit zweifelhaften Qualitätsstandards zulasten der Patientinnen und Patienten. Klar definierte Anforderungen sind entscheidend, um ein hohes Niveau an Versorgungsqualität und Sicherheit für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Nur durch verbindliche Vorgaben lässt sich eine gleichwertige medizinische Versorgung im gesamten Bundesgebiet sicherstellen. Deshalb wird mit diesem Änderungsantrag die ursprüngliche Definition mit bundeseinheitlichen Vorgaben beibehalten.

Transparenz über personelle Ausstattung und Ergebnisqualität ist Voraussetzung für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl, für die Steuerungsfähigkeit der Reform und für wirtschaftliche Effekte durch gezielte Konzentration. Die verpflichtende Ausweisung ärztlicher Kapazitäten je Leistungsgruppe/ Fachabteilung schließt eine zentrale Informationslücke. Die fachabteilungs- und leistungsgruppenspezifische Ergebnisdarstellung stärkt Outcome-Orientierung. Die zusätzliche G-BA-Befugnis sichert wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Parameter im Rahmen der Bundeskompetenz für Qualitätssicherung und Transparenz.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e SGB V)

(Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung)

Artikel 1 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

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

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

1. *von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,*
2. *für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien einschließlich verpflichtender Indikatoren der Ergebnisqualität, 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,*
3. *Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen,*
4. *Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.*

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung hat für spezialisierte Leistungsgruppen sowie für Leistungsgruppen mit hohem Risiko- und Komplexitätsprofil Ergebnisindikatoren vorzusehen; der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), jährlich mindestens fünf weitere Ergebnisindikatorensets in die Qualitätskriterien zu integrieren. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2026 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten nach Absatz 1 und zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließt. Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Ehrenamtlich Tätige, die von den Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Ausschuss nach Satz 1 entsandt werden, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch; die Ansprüche richten sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen; § 140f Absatz 2 Satz 1, 2 und 4, Absatz 5, 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

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, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können, wobei die genannte Erbringung verwandter Leistungsgruppen durch Kooperation von Fachkliniken mit weiteren Kliniken bei den Leistungsgruppen Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin nicht möglich ist,*
5. *dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden, wobei der genannte Zeitraum an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss,*
6. *dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist,*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

7. *dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei*

   a) *die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 38,5 Wochenstunden entspricht,*

   b) *mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,*

   c) *Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,*

8. *dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und*

   a) *die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder*

   b) *dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.*

Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen. Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.“‘

Begründung:

Zu Absatz 1

Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung soll weiterhin neben der Festlegung von Leistungsgruppen, in die die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen eingeteilt werden sollen, und von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen (Leistungsgruppen-Rechtsverordnung) auch die Qualitätskriterien inklusive detaillierter Vorgaben für die Zulässigkeit von Kooperationen umfassen.

Die bereits abgelaufene Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sowie die Frist zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung werden aktualisiert. Aufgrund der Bedeutsamkeit für die Wirksamkeit der Krankenhausreform soll die Rechtsverordnung bis zum 15. März 2026 erlassen werden und weiterhin bis zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können.

Zur Umsetzung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretung ist auch für den nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss die Gewährung von Reisekosten, Verdienstausfall und Aufwandsentschädigung, die organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Leistung einer Koordinierungspauschale erforderlich, wie sie auch für die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich gesetzlich geregelt ist. Die entsprechende Anwendung gilt mit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses richten. Die in der Geschäftsordnung des Ausschusses geregelte Begrenzung der entsandten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter auf vier wird gesetzlich nachvollzogen. Die in der Vergangenheit liegende Frist zum Erlass der Geschäftsordnung des Leistungsgruppenausschusses wird gestrichen. Die Geschäftsordnung ist bereits zum 30. Mai 2025 in Kraft getreten.

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

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

Zu Absatz 4

Zu Nummer 4

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

Zu Nummer 7

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

Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie wird normiert, dass die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungs- bzw. Berücksichtigungsmöglichkeit einzuhalten sind. Das heißt, eine Fachärztin oder ein Facharzt, die oder der in einer dieser Leistungsgruppen vorzuhalten ist, kann nicht in weiteren Leistungsgruppen angerechnet werden. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie müssen demnach jeweils mindestens drei Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte am Standort tätig sein, die nicht bei anderen Leistungsgruppen berücksichtigt werden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Regelung, dass an Stelle eines Facharztes auch ein Belegarzt vorgehalten werden kann, wird gestrichen, weil die Regelung nicht sicherstellt, dass ein Belegarzt nicht in verschiedenen Krankenhäusern nominell zur Vorhaltung genutzt werden kann. Die im KHAG vorgesehene Folgeänderung zu der geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ wird ebenfalls abgelehnt.

Zu Nummer 8

Darüber hinaus ist die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen. Demnach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Die im KHAG vorgesehen Regelung, wonach die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden auch dann ermöglicht wird, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners entsprechend § 2a KHG nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt, lehnen wir ab, weshalb Nummer 8 c neu entfällt.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 136c SGB V)

(Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung - Onkochirurgische Mindestfälle)

Artikel 1 Nummer 7 wird gestrichen.

Begründung:

Die im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) vorgesehene Änderung des § 136c SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig niedrigere Mindestfallzahlen im Bereich onkochirurgischer Leistungen festlegen kann, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig erscheint. Niedrige Mindestfallzahlen können angesichts von geringerer Erfahrung mit niedrigerer Behandlungsqualität einhergehen. Gerade bei onkologischen Eingriffen, die oft komplex sind, muss die Qualität der Behandlung höchste Priorität haben. In der Regel sind Krebsoperationen elektive, geplante Eingriffe, bei denen Patientinnen und Patienten in aller Regel gerne bereit sind, auch weitere Fahrwege in Kauf zu nehmen, um optimal behandelt zu werden. Das Argument der flächendeckenden Versorgung hat also gerade in diesem Leistungsspektrum nur eine eingeschränkte Bedeutung.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 1 Nummer 7 NEU (§ 136b SGB V)

(Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus - Mindestmengen)

In Artikel 1 wird eine neue Nummer 7 wie folgt eingefügt:

‚7. In § 136b Absatz 3 wird nach Satz 1 der folgende Satz ergänzt:

„Ab 2027 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jedes Jahr mindestens vier neue Mindestmengen beschließen.“‘

Begründung:

Durch den G-BA festgelegte Mindestmengen sind wichtig, weil sie bei ausgewählten planbaren, komplexen Leistungen sicherstellen, dass Eingriffe dort stattfinden, wo Teams genügend Routine und Erfahrung haben. Hintergrund ist der wissenschaftlich belegte Zusammenhang, dass bei bestimmten Leistungen die Ergebnisqualität mit der Behandlungshäufigkeit steigt („volume–outcome“). Mindestmengen wirken damit als Qualitätssicherungsinstrument: Sie fördern Spezialisierung, reduzieren vermeidbare Komplikationen und erhöhen die Patientensicherheit, indem sie riskante „Gelegenheitsversorgung“ bei hochkomplexen Eingriffen begrenzen. Zugleich sind

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mindestmengen nicht blindes Zentralisieren: Der G-BA berücksichtigt bei der Festlegung auch die Folgen für die Versorgungsstruktur, etwa Auswirkungen auf Standorte und Erreichbarkeit/Fahrtwege. Mit diesem Änderungsantrag wird der Gemeinsame Bundesausschuss gesetzlich beauftragt, jedes Jahr bis zu 5 neue Mindestmengen für ausgewählte planbare Leistungen im Krankenhaus zu beschließen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Änderungsantrag Nr. 8

Zu Anhang zu Artikel 1 Nummer 14 (Anlage 1 zu § 135e SGB V) und Artikel 3 Nummer 13 (§21 Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

(Leistungsgruppen und Qualitätskriterien)

1. Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 14 in Anlage 1 zu § 135e SGB V werden die folgenden Zeilen ergänzt:

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

							mindestens ein FA Innere Medizin) *sowie* *mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder ein FA Hygiene und* *Umweltmedizin*	*Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisierte vertrags-ärztliche Leistungserbringer, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt)* *Konsiliarische Erreichbarkeit, täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste:* *• Augenheilkunde* *• Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)* *• Gynäkologie* *• Dermatologie* *• Neurologie* *Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesaus-*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

								schusses (G-BA) über Regelungen *zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist*
16	*Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Kinder- und Jugendchirurgie*		*CT jederzeit,* *MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie*	*FA Kinder- und Jugendchirurgie* *Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden:* *FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie*	*Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft:* *Jederzeit* *Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden:* *mindestens zwei FA mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie*	*Kinderradiologie in Kooperation* *Kinderschutzstrukturen* *Kinderanästhesiologische Kompetenz* *Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

47	*Spezielle Kinder- und Jugendmedizin*	*Mindestvoraussetzung*	*Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin* *Zusätzlich außer in Fachkrankenhäusern, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:* *LG Perinatalzentrum Level 2* *LG Intensivmedizin*			*FA Kinder- und Jugendmedizin* *FA Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens einer ZW oder einem SP:* *ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie* *ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie* *ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie* *ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie* *ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie* *SP Kinder- und Jugend-Kardiologie* *SP Kinder- und*	*Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: Jederzeit* *Davon drei FA mit ZW oder SP:* *ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie* *ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie* *ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie* *ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie* *ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie* *SP Kinder- und Jugend-Kardiologie* *SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie*	

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

						Jugend-Neuropädiatrie		
		Auswahlkriterium	*LG Kinder- und Jugendchirurgie* *LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* *Mindestens eine der* *folgenden LG:* *LG Perinataler Schwerpunkt oder* *LG Perinatalzentrum Level 1 oder* *LG Perinatalzentrum Level 2*					
65	*Notfallmedizin*	*Mindestvoraussetzung*	*LG Intensivmedizin* *LG Allgemeine Innere Medizin* *LG Allgemeine*		*Ultraschall,* *Videolaryngoskopie,* *Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasi-ven Beatmung oder* *Transportbeatmung,*	*FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung* *FA in einem Gebiet*	*Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindes-*	*Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäss den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

			Chirurgie		*Sauerstofftherapie,* *Blutgasanalyse,* *Röntgen, CT jederzeit,* *Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)*	*der unmittelbaren* *Patientenversorgung jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin*	*tens Rufbereitschaft: jederzeit* *davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin* *Davon bis zum* *31.12.2028 maximal zwei FA in der Zu-satz-Weiterbildungs-phase zur ZW Klinische Akut- und* *Notfallmedizin*	*System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäss § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2)* *geändert worden ist*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte

2. Bei den Leistungsgruppen 1, 2, 4-7, 10-17, 21-26, 28, 39-46, 48, 49, 53-56, 64 wird in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ der folgende Satz eingefügt:

1. „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“

3. Artikel 3 Nummer 13 Buchstabe c wird wie folgt ersetzt:

2. ‚c) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird ergänzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sorgt dafür, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entweder über das Alter oder über einen Fachabteilungsschlüssel als Fälle in den Leistungsgruppen 16 und 47 abgebildet werden.“‘

Begründung:

Zu 1.:

Mit dem Änderungsantrag sollen die Leistungsgruppen 3 Infektiologie, 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und 65 Notfallmedizin der bisher geltende Anlage 1 beibehalten werden.

LG 3: Die Infektiologie bildet einen eigenständigen, interdisziplinär ausgerichteten Versorgungsbereich und ist für die stationäre Versorgung insbesondere bei komplexen Infektionskrankheiten von zentraler Relevanz. Dies gilt ebenso für den Umgang mit Infektionen durch multiresistente Erreger sowie für die fachgerechte Implementierung und Durchführung von Antibiotic-Stewardship-Programmen nach aktuellen Leitlinien. Eine separate Abbildung als Leistungsgruppe stellt sicher, dass qualitätsgesicherte Voraussetzungen korrekt zugeordnet werden können – vor allem mit Blick auf personelle Ressourcen, technische Ausstattung und spezifische konsiliarische sowie infektiologisch-fachärztliche Anforderungen. Würde die Infektiologie aus der Leistungsgruppensystematik gestrichen, drohte eine Abwertung ihrer Versorgungsleistungen. Dies widerspräche zudem den Zielsetzungen des § 135e Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach Qualitätskriterien dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und eine leitlinienbasierte, sichere Versorgung gewährleisten sollen.

*LG 16 und 47: Die Leistungsgruppen werden in den kommenden Jahren eine entscheidende Rolle bei der Krankenhausplanung und -finanzierung spielen. Die Kinder- und Jugendmedizin muss dabei ebenso differenziert betrachtet werden wie die Erwachsenenmedizin. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat acht pädiatrische Leistungsgruppen definiert, von denen im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) nun zwei, nämlich die LG 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, wieder gestrichen werden sollen. Begründet wird diese Streichung damit, dass nach dem Leistungsgruppen-Grouper des InEK diesen Leistungsgruppen keine Fälle zugeordnet wurden. Die Nicht-Berücksichtigung dieser Leistungsgruppen hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Wenn sie nicht definiert sind, werden Spezialgebiete wie u.a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie in der Landeskrankenhausplanung keine Rolle spielen können. Die Streichung der Leistungsgruppen könnte außerdem dazu führen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Ärzt*innen behandelt werden, die in dem geforderten Gebiet weniger spezialisierte Kenntnisse haben, weil sie aus einem anderen Fachgebiet kommen oder vornehmlich Erwachsene behandeln.*

LG 65: Die strukturellen Qualitätsvorgaben, die über die Leistungsgruppe verbindlich festgelegt werden, sind eine zentrale Voraussetzung für eine sichere und hochwertige Notfallversorgung. Ohne diese Verankerung besteht die Gefahr, dass die Notfallmedizin qualitativ geschwächt wird und Patientensicherheit beeinträchtigt werden kann. Zudem ist davon auszugehen, dass zahlreiche Kliniken wegen der derzeit unzureichenden Finanzierung erforderliche Strukturmaßnahmen nicht eigenständig vorantreiben. Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin steht damit im Gegensatz zu den gesundheitspolitischen Erfordernissen und gefährdet die Versorgungsqualität und -sicherheit für Millionen Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu 2.:

Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ führt die Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in vielen Leistungsgruppen nur zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste, wenn der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt. Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft. Diese werden ohnehin erhoben. Der Aspekt der Bürokratiereduzierung greift daher nicht. Die Begründung, die Vorgaben seien gemäß PpUGV verbindlich und somit einzuhalten, bedeutet nicht, dass sie real auch erfüllt werden.

Fachabteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung und zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und somit auch des Patientenschutzes. Trotz erheblicher Zunahme des Pflegepersonals wurden Patientinnen und Patienten in fast jeder sechsten von den PpUG erfassten Schicht (in 2023 im Schnitt über alle erfassten Bereiche = 15,2 Prozent) nicht mit der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften versorgt. Dass es sich hier nicht um einen zu vernachlässigenden Aspekt handelt, macht deutlich, dass ab 2024 etwa 93,5 Prozent aller Krankenhaus-Belegungstage von den Regelungen der PpUGV erfasst werden.

Ohne Kontrolle und damit Sanktionen läuft die grundsätzliche Vorgabe daher ins Leere.

Zu 3.:

Mit Bezug auf die Begründung zu a) muss der Leistungsgruppen-Grouper entsprechend angepasst werden, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch in den entsprechenden Leistungsgruppen abgebildet werden.

Ferner ergeben sich durch Beibehaltung der entsprechenden Leistungsgruppen eine Reihe von Folgeänderungen, die es zu berücksichtigen gilt.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Zuweisung von Leistungsgruppen)

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Begründung:

Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) sieht vor, die PKW-Erreichbarkeitsvorgaben bei der Zuweisung der Leistungsgruppen zu streichen. Diese waren ein zentrales, im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) implementiertes Steuerungsinstrument, um sicherzustellen, dass alle Menschen – ob in Stadt oder Land – schnell und zuverlässig medizinische Hilfe erhalten. Ohne klare bundeseinheitliche Erreichbarkeitsvorgaben droht ein Flickenteppich bei den Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität. Statt-dessen soll nun die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (vgl. Begründung, S. 113). In einigen Regionen könnte dies dazu führen, dass zwar größere Ballungszentren ausreichend versorgt bleiben, jedoch ländliche oder strukturschwache Gebiete weiter benachteiligt werden. Um eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, sind bundeseinheitliche Vorgaben zur Erreichbarkeit weiterhin unerlässlich, da nur so ein gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleistet werden kann.

Änderungsantrag Nr. 10

Zu Artikel 2 Nummer 4 NEU (§ 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Fördertatbestände)

1. In Artikel 2 wird eine neue Nummer 4 mit dem folgenden Inhalt eingefügt:

‚In § 9 Abs. 1 KHG wird bei den förderfähigen Maßnahmen eine neue Nummer 3 eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„3. Maßnahmen zur energetischen Sanierung und Klimaanpassungsmaßnahmen.“‘

2. Die Nummern 4 bis 11 werden zu den Nummern 5 bis 12.

Begründung:

Energetische Sanierungen und Klimaanpassungsmaßnahmen haben das Potenzial, langfristig Kosten zu senken, insbesondere durch Einsparungen bei den Energiekosten und eine erhöhte Resilienz gegenüber extremen Wetterereignissen. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, die Klimaziele zu erreichen und die Umwelt zu schonen. Krankenhäuser stehen aufgrund ihres hohen Energieverbrauchs unter besonderem Druck. Daher ist die Förderung von Investitionskosten zur energetischen Sanierung und Maßnahmen zur Klimaanpassung von großer Bedeutung.

Änderungsantrag Nr. 11

Zu Artikel 2 Nummer 7 ALT (§ 17b Abs. 4c, Abs. 6a neu Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung,
Automatische Vorhalte-Sanktionen bei wiederholten Qualitätsverstößen)

Artikel 2 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe b wird neu eingefügt:

‚b) Folgender Satz 2 wird neu ergänzt:

„Dabei macht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus insbesondere Empfehlungen dafür, wie die Vorhaltekostenanteile in jeder Leistungsgruppe sachgerecht kalkuliert werden können und die Vorhaltefinanzierung in Richtung einer bevölkerungsbezogenen Vorhaltefinanzierung auf Grundlage von Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekten und Ambulantisierung weiterentwickelt werden kann.“‘

2. Der bisherige Buchstabe b wird zu Buchstabe c.

3. Buchstabe d wird neu eingefügt:

‚d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a ergänzt:

„(6a) Bei wiederholter Nichterfüllung von Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nach § 135e SGB V oder bei wiederholter Unterschreitung von Pflegepersonaluntergrenzen nach den §§ 136a, 137i SGB V gelten folgende Rechtsfolgen:

1. Bei dreimaliger Nichterfüllung innerhalb von zwölf Monaten sind Vorhaltevergütungen für die betroffene Leistungsgruppe für die Dauer von vier Quartalen um 10 Prozent zu mindern.

2. Bei mehr als dreimaliger Nichterfüllung innerhalb von zwölf Monaten ruht die Abrechenbarkeit der betroffenen Leistungsgruppe bis zur nachgewiesenen Wiedererfüllung; der Nachweis erfolgt durch den Medizinischen Dienst.

Das IQTIG veröffentlicht jährlich einen Bericht über die Anwendung der Rechtsfolgen.“‘

Begründung:

Zu 1:

Das InEK hat eine Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung vorzunehmen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorzulegen. Eine Kalkulation der tatsächlichen Vorhaltekosten wird nicht vorgesehen. Die Vorhaltekostenanteile in den unterschiedlichen Leistungsgruppen sind jedoch sehr unterschiedlich. Um auf der Kostenseite eine stärkere Differenzierung zwischen den Leistungsgruppen erreichen zu können, soll geprüft werden, inwiefern perspektivisch die Vorhaltekosten in jeder Leistungsgruppe sachgerecht und spezifisch kalkuliert werden können. Darüber hinaus könnte eine Berücksichtigung der Kriterien Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung dazu führen, dass sich die Vorhaltefinanzierung sukzessive fallzahlunabhängiger ausgestaltet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu 3.:

Qualitätskriterien müssen durchsetzbar und mit wirksamen Folgen verbunden sein. Automatische, bundesweit einheitliche Sanktionen schaffen Verbindlichkeit, verbessern Patientensicherheit und verhindern, dass Reformwirkung durch lokale Ausnahmen oder Vollzugsdefizite unterlaufen wird.

Änderungsantrag Nr. 12

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 1 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

(Anwendungsbereich)

1. Artikel 3 Nummer 2 wird gestrichen.

2. Die Nummern 3 bis 13 werden zu den Nummern 2 bis 12.

Begründung:

*Die im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) in Artikel 3 Nummer 2 vorgesehene Ergänzung des § 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sieht eine Verschiebung der vollen Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung um ein Jahr (2030 statt 2029) vor. Durch die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgenommene Einführung einer Vorhaltevergütung verlieren die DRG-Fallpauschalen ihre dominierende Bedeutung in der Vergütung von Krankenhausleistungen. Den größten Teil macht künftig eine weitgehend fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung aus. Damit können erforderliche Strukturen vorgehalten werden. Statt möglichst viele Patient*innen in kurzer Zeit durch die Kliniken zu schleusen, bekommen die Krankenhäuser nun mehr Geld für ihre eigentliche Aufgabe: ausreichend Kapazitäten für die Versorgung der Menschen bereitzuhalten, Die Verschiebung der budgetwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung auf 2030 verschärft die Unsicherheit der Krankenhäuser. Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit. Die kurzfristige Verteilung von vier Milliarden Euro Sofortmitteln ersetzt keine echte Reform. Nur eine solide Vorhaltefinanzierung vermindert den Fehlanreiz immer mehr Patientinnen und Patienten stationär zu behandeln. Die Verschiebung der Vorhaltevergütung verzögert das Wirksamwerden der Reform und spitzt damit die wirtschaftliche Situation der Kliniken weiter zu, statt sie zu verbessern.*

Außerdem hat die Verschiebung der Vorhaltevergütung weitere Implikationen. So geht damit einher, dass gewisse Sonderzahlungen für 2027 ersatzlos gestrichen werden sollen. Das betrifft vor allem die Zuschläge für die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin, die ursprünglich für das Kalenderjahr 2027 vorgesehen war, laut KHAG nun aber auf 2028 verschoben werden sollen. Durch die ersatzlose Streichung der Förderbeiträge im Jahr 2027 fehlen den Kliniken 363 Millionen Euro.

Änderungsantrag Nr. 13

Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 4 Absatz 5a neu Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

(Definition von Doppelzuweisungen)

In Artikel 3 Nummer 4 wird ein neuer Buchstabe d ergänzt:

‚d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a ergänzt:

„(5a) Für Leistungen einer spezialisierten Leistungsgruppe im Sinne der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V gilt:

1. *Doppelzuweisung liegt vor, wenn zwei oder mehr Krankenhäuser in derselben spezialisierten Leistungsgruppe endgültig zugewiesen sind und ihre Standorte in einer Pkw-Fahrzeit von höchstens 30 Minuten voneinander liegen und je Standort für die Versorgung von weniger als 200.000 meldepflichtigen Einwohnern verantwortlich sind, gemessen nach einem bundeseinheitlichen, vom InEK festgelegten Routing-Standard. Für einzelne Leistungsgruppen der spezialisierten Versorgung soll der Leistungsgruppenausschuss bis zum 31.12.2026 Empfehlungen zu einer höheren Zahl meldepflichtiger Einwohner nach Satz 1 machen.*
2. *Eine Doppelzuweisung liegt nicht vor, wenn die Standorte näher als 30 Minuten liegen und das Einzugsgebiet je Standort mehr als 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfasst. Das Einzugsgebiet be-*

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

stimmt sich nach dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten bevölkerungsgewichteten 30-Minuten-Erreichbarkeitsraum.

3. *Liegt Doppelzuweisung nach Nummer 1 oder 2 vor und besteht kein Sicherstellungstatbestand nach § 6a Absatz 3 KHG, sind Entgelte nach diesem Gesetz sowie Vorhaltevergütungen nach § 17b KHG für das jeweils nachrangig zugewiesene Krankenhaus degressiv zu mindern. Die Minderung beträgt im ersten Jahr 5 Prozent, im zweiten Jahr 10 Prozent und im dritten Jahr 20 Prozent.*
4. *Nachrangigkeit bestimmt sich nach der Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und – bei Gleichstand – nach der höheren Ergebnisqualität nach § 135f Absatz 2 SGB V.*
5. *Abweichungen von Satz 1 Nummer 3 sind nur zulässig, wenn das Land einen Sicherstellungstatbestand nach § 6a Absatz 3 KHG unter Anwendung bundeseinheitlicher Kriterien nach § 135g Absatz 1 feststellt; die Feststellung ist auf höchstens drei Jahre zu befristen und zu veröffentlichen.“‘*

Begründung:

Die Degression setzt einen zwingenden Effizienz- und Konzentrationsanreiz dort, wo spezialisierte Leistungen ohne Versorgungsnotwendigkeit doppelt vorgehalten werden. Die 30-Minuten-Fahrzeit und das hilfsweise Einwohner-Kriterium machen die Regionaldefinition verbindlicher und verhindern politisch dehnbare Einzugsgebiete. Ausnahmen sind ausschließlich bei eng definierten Sicherstellungstatbeständen zulässig, befristet und transparent.

Änderungsantrag Nr. 14

Zu Artikel 3 Nummer 8 b (§ 8 Abs. 12 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

(Ausschluss von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer)

Artikel 3 Nummer 8 Buchstabe b wird gestrichen.

Begründung:

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) soll diese Abschaffung nun um ein Jahr verzögern. Kinder und Jugendliche können aus medizinischer Sicht häufig früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Eine Genesung zu Hause unter Aufsicht und Pflege der Eltern ist in vielen Fällen förderlich. Es sollten nicht länger Anreize dafür geschaffen werden, Kinder und Jugendliche allein aus wirtschaftlichen Gründen länger im Krankenhaus zu behalten.

Änderungsantrag Nr. 15

Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 9 Abs. Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

(Vereinbarung auf Bundesebene)

Artikel 6 wird wie folgt geändert:

1. Eine neue Nummer 1 wird mit folgendem Regelungsinhalt eingefügt:

‚1. § 8 Absatz 7 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„(7) Das Krankenhaus berechnet abweichend von Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und im Zeitraum vom 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 3,25 Prozent des Rechnungsbetrags, einschließlich der voll- und teilstationären Behandlungen in Modellvorhaben nach § 64b SGB V und weist diesen gesondert in der Rechnung aus.“‘

2. Die bisherige Nummer 1 wird durch die folgende neue Nummer 2 ersetzt:

‚2. § 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle 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 inklusive der Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vereinbaren,“‘

3. Die bisherigen Nummern 2 bis 3 werden zu den Nummern 3 bis 4.

Begründung:

Zu 1.:

Der bisherige § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung wirft Unklarheiten bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf, ob der geregelte Zuschlag auch nach Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V Anwendung findet. Modellvorhaben nach § 64b SGB V sind eine innovative, sektorenübergreifende und patientenorientierte Versorgungsform und konnten über mehrere Jahrzehnte Evidenz zur Wirksamkeit und Verbesserung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung generieren. Sie sollten bei der Anwendung gesetzlicher, vertraglicher oder finanzieller Regelungen gegenüber der Regelversorgung nicht benachteiligt werden. Dies würde Modelle im gesamten Bundesgebiet vor große Herausforderungen stellen. Die im Rahmen von Modellvorhaben erbrachten voll- und teilstationären Leitungen nach § 8 Absatz 7 Satz 1 BPflV sollten dementsprechend zuschlagsfähig sein. Auch laut einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 04.11.2015 besteht kein sachlicher Grund, Krankenhäuser, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SSGB V tätig werden, von der Soforthilfe des Bundes für Krankenhäuser zur Schließung der Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 auszunehmen. Die notwendige gesetzliche Klarstellung wird durch diese Gesetzesänderung umgesetzt.

Zu 2.:

Der Orientierungswert spiegelt die tatsächliche Kostenentwicklung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken aktuell nicht wider, da das Pflegepersonal dort anders berechnet wird. Seit 2020 werden in somatischen Kliniken die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung nicht mehr über die Fallpauschalen vergütet. Stattdessen erhalten die Krankenhäuser ein kostendeckendes Pflegebudget. Für die Bereiche der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt seit Inkrafttreten des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntG) ein eigenes Abrechnungssystem (PEPP-System). In diesem Abrechnungssystem sind die Kosten der Pflege weiterhin Bestandteil der Fallpauschale. Der Orientierungswert für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sollte sich dementsprechend auf das PEPP-System beziehen. Durch den Änderungsantrag wird sichergestellt, dass die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie Berücksichtigung findet.

Die Änderungsanträge 2, 8, 9 und 14 auf Ausschussdrucksache 21(14)50 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke abgelehnt.

Die Änderungsanträge 1, 3, 5 bis 7, 12 und 13 auf Ausschussdrucksache 21(14)50 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, AfD und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion Die Linke abgelehnt.

Die Änderungsanträge 4, 10, 11 und 15 auf Ausschussdrucksache 21(14)50 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und Die Linke abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** warb für Zustimmung zum Gesetzentwurf und betonte die Notwendigkeit, die Krankenhausreform praxistauglicher zu gestalten und handwerkliche Fehler zu korrigieren. Es seien Fristen für die Umsetzung durch Landesplanungsbehörden und Krankenhausträger zu verlängern, um einen realistischen Zeitrahmen zu gewährleisten. Zur Erhaltung gewählter Strukturen und der Versorgungsqualität in ländlichen Regionen würden begründete Ausnahmetatbestände geschaffen und bewährte Kooperationen zwischen Kliniken recht-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lich abgesichert. Der Schutz hochspezialisierter Fachkliniken müsse Priorität haben. Die Ambulantisierung werde durch prozedurale Klarstellungen bei den Hybrid-DRGs sowie technische Vereinfachungen für sektorenübergreifende Einrichtungen gefördert. Den Ländern sei durch eine Absenkung des Kofinanzierungsanteils am Transformationsfonds auf 30 Prozent mehr Flexibilität einzuräumen, zudem müsse ihnen ein Mitspracherecht bei der Bestimmung von Krankenhausstandorten gewährt werden. Eine Entlastung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 25 Milliarden Euro bis zum Jahr 2035 werde durch die Übernahme des Kofinanzierungsanteils durch den Bund erreicht. Weiterhin gelte es, stationäre Patienten mit Mangelernährung stärker in den Fokus zu rücken und die Zweckentfremdung des Pflegebudgets zu verhindern, dies gilt jedoch nicht für die Pflegedokumentation als Bestandteil der Pflege am Bett, die Bestandteil des Pflegebudgets bleibt.

Die **Fraktion der AfD** kritisierte das Ausbleiben grundlegender Lösungen und bemängelte, dass die Reform bürokratische Kontrollregime lediglich zementiere. Die Rechtsunsicherheit werde durch komplexe Vorgaben erhöht, was Personal in der Verwaltung binde und die Versorgung vor Ort schwäche. Die Verknüpfung von Leistungsgruppen mit detaillierten Qualitätsvorgaben wirke als Instrument der Zentralisierung, dem kleine, regional unverzichtbare Häuser strukturell nicht gewachsen seien. Zentrale Ziele wie eine auskömmliche Finanzierung der Daseinsvorsorge oder eine spürbare Entbürokratisierung würden mit dem Gesetz nicht erreicht. Ein Strukturabbau in der Fläche werde durch das neue Steuerungsregime stattdessen begünstigt. Der Gesetzentwurf sei daher abzulehnen. Ebenso werde der Antrag der Fraktion Die Linke abgelehnt, da dieser zu mehr Planwirtschaft und einem Rückgang des Wettbewerbs führe.

Die **Fraktion der SPD** hob die Bedeutung des Gesetzes zur Umsetzung des Koalitionsvertrages und zur langfristigen Sicherung der Behandlungsqualität hervor. Es würden zusätzliche Finanzmittel für die Länder bereitgestellt und punktuelle Ausnahmen geschaffen, um die Reform praxistauglicher zu gestalten. Durch die Übernahme der Transformationskosten durch den Bund erfolge eine massive Entlastung der Krankenkassen. Die Qualität der medizinischen Leistungen werde durch einheitliche Kriterien und mehr Transparenz für Patienten gesteigert. Die Krankenhausreform fördere die sektorenübergreifende Versorgung und stelle sicher, dass auch in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte eine qualitätsgesicherte Grundversorgung erhalten bleibt. Mithilfe der Vorhaltevergütung werde die Finanzierung von der Fallzahl entkoppelt, was den Kostendruck senke und die Attraktivität der Arbeitsplätze im Krankenhaus steigere. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bleibe als zwingendes Qualitätsmerkmal für die Zuweisung von Leistungsgruppen erhalten, da gute Pflege das Fundament der Versorgung bilde. Im Pflegebudget seien künftig ausschließlich Kosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf der Station zu berücksichtigen, während pflegefremde Aufgaben ausgeschlossen würden. Durch die Einbeziehung von Kindern und Menschen mit Behinderung in die Hybrid-DRGs werde deren Teilhabe an der Ambulantisierung sichergestellt. Die dauerhafte Transparenz werde durch die Überführung des Klinikatlas in die Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses gewährleistet. An der bisherigen Definition des Krankenhausstandorts werde festgehalten, wobei den Ländern ein Stellungnahmerecht bei Ausnahmen eingeräumt werde. Für Kooperationen zwischen Krankenhäusern würden erstmals verbindliche gesetzliche Qualitätsanforderungen festgelegt, um die Patientensicherheit zu erhöhen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** kritisierte den Gesetzentwurf und betonte, dass dieser mit den vorliegenden Änderungsanträgen eine durchgehende Verschlechterung der Krankenhausreform darstelle. Es finde an keiner Stelle eine Verbesserung der Praxistauglichkeit statt, sondern vielmehr eine schrittweise Rückabwicklung zum Nachteil der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahler. Da das deutsche Krankenhauswesen unter massivem strukturellem Druck stehe und über 60 Prozent der Kliniken Defizite schrieben, drohe ohne konsequente Steuerung eine kalte Strukturbereinigung durch Insolvenzen. Angesichts der auf über 111 Milliarden Euro gestiegenen Krankenhausausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sei ein klarer Reformkurs erforderlich, der Qualität, Spezialisierung und Planungssicherheit priorisiere. Mit den jetzt zur Abstimmung stehenden Änderungen würden jedoch zentrale Elemente verzögert oder gestrichen, indem die Vorhaltevergütung verschoben und einheitliche Erreichbarkeitsvorgaben aufgegeben würden. Besonders kritisch seien die Ausnahmeregelungen bei komplexen Krebsoperationen sowie die Streichung der Leistungsgruppen für Infektiologie und spezielle Kinder- und Jugendmedizin zu bewerten. Durch die Flexibilisierung der Kriterien werde ein Wettbewerb nach unten gefördert, wobei Mittel aus dem Transformationsfonds zur Strukturkonservierung statt zur notwendigen Modernisierung zweckentfremdet werden könnten. Da das Gesetz neue Unsicherheiten schaffe und die Teuerungsdynamik beschleunige, müsse ihm die Zustimmung versagt werden. Stattdessen werde die Fortsetzung des ursprünglichen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kurses mit verbindlichen Standards und einer beschleunigten Konzentrierung in überversorgten Regionen gefordert.

Die **Fraktion Die Linke** führte aus, dass sowohl die ursprüngliche Krankenhausreform als auch deren aktuelle Anpassung aufgrund der weiterhin wettbewerblichen Ausrichtung abgelehnt würden. Der tatsächliche Bedarf der Bevölkerung spiele demnach im Gesetzentwurf eine untergeordnete Rolle, während die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft insbesondere die zeitkritische Notfallversorgung gefährde. Zwar sei die Übernahme der Kosten für den Transformationsfonds durch den Bund positiv zu bewerten, doch könne dies die strukturellen Mängel nicht kompensieren. Das Versprechen einer echten Vorhaltefinanzierung sei nicht eingelöst worden, da das System im Kern eine Fortführung der Fallpauschalenlogik darstelle. Es werde daher gefordert, eine wirksame Vorhaltefinanzierung einzuführen, indem die Personalkosten vollständig aus den Fallpauschalen herausgerechnet würden. Da Personalkosten etwa 60 Prozent der Gesamtkosten ausmachten, sei dies der einzig gangbare Weg zu einer stabilen Finanzierung. Dieser Ansatz müsse konsequent für alle Berufsgruppen in den Kliniken, von der Pflege über die Ärzteschaft bis hin zu Reinigung, Technik und Logistik, umgesetzt werden. Nur durch eine solche Ausgliederung könne der ökonomische Druck auf das Personal gesenkt werden, weshalb ausdrücklich um Unterstützung des eigenen Antrags der Linken auf Drucksache 21/2707 gebeten werde.

Die **Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und SPD** erklärten zudem übereinstimmend: Bereits nach der geltenden Rechtslage können Vorhaben, die auch dem Strukturerhalt dienen, aus dem KHTF gefördert werden. Lediglich Vorhaben, die überwiegend dem Strukturerhalt dienen, sind gemäß § 12b Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nicht förderfähig. Ob ein Vorhaben überwiegend dem Strukturerhalt dient, beurteilen die Länder eigenverantwortlich. Eine Nachprüfung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erfolgt nicht. Dies ergibt sich ausdrücklich aus der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV), die die Fördervoraussetzungen des KHTF und das Verfahren näher konkretisiert (vgl. Begründung zu § 2 Absatz 1 KHTFV, BR-Drs. 64/25 S. 16 f.).
Auch mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) wird erneut klargestellt, dass die Länder das Vorliegen der Fördervoraussetzungen eigenverantwortlich prüfen und der Bund die Gestaltungsfreiheit der Länder insoweit respektiert (vgl. Gesetzesbegründung zu § 12b Absatz 3 KHG-E, BT-Drs. 21/2512 S. 107). Das BAS nimmt vor diesem Hintergrund lediglich eine Plausibilitätsprüfung vor. Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung prüft das BAS, ob die Anträge schlüssig und frei von inneren Widersprüchen sind. Eine vertiefte Überprüfung erfolgt nicht. Entscheidend ist die logische Nachvollziehbarkeit und dass keine offensichtlichen Unrichtigkeiten vorliegen.
Insbesondere im Rahmen von Konzentrationsvorhaben zur Erfüllung der Qualitätskriterien und der Mindestvorhaltezahlen, können auch Maßnahmen zum Erhalt bestehender Strukturen gefördert werden. Entscheidend für ein Konzentrationsvorhaben ist grundsätzlich der Abbau von Standorten bezogen auf eine bestimmte Leistungsgruppe (vgl. Begründung zu § 3 Absatz 1 KHTFV, BR-Drs. 64/25 S. 19). Die Frage, wie die Konzentrationswirkung im konkreten Einzelfall bemessen wird, obliegt der Beurteilung des jeweiligen Landes (vgl. Begründung zu § 3 Absatz 1 KHTFV, BR-Drs. 64/25 S. 19). Wenn z. B. ein Vorhaben zur Konzentration einer bestimmten Leistungsgruppe noch weitere rein strukturerhaltende Maßnahmen in Bezug auf andere Leistungsgruppen beinhaltet, können diese strukturerhaltenden Maßnahmen zur Umsetzung des Gesamtvorhabens ebenfalls aus dem KHTF gefördert werden.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs (Buchstabe a) empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 21/2512 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 0 (§ 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Regelung zielt auf eine schnelle Vermittlung radiologischer Behandlungstermine ab. Radiologische Diagnostik ist in vielen Fällen eine Grundvoraussetzung für weitere ärztliche Therapieentscheidungen und daher mög-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

lichst zeitnah durchzuführen. Vor diesem Hintergrund wird die Wartezeit der Versicherten auf vermittelte Behandlungstermine in der Radiologie auf drei Wochen verkürzt. Kann die Terminservicestelle einen Termin nicht fristgerecht vermitteln, so hat sie – insoweit unverändert - einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten.

Zu Nummer 2a (§ 115e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Für eine fundierte Bewertung der mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingeführten tagesstationären Behandlung bedarf es der Betrachtung eines ausreichend langen Auswertungszeitraums. Die bisher vorgesehenen Evaluationsberichte 2023 und 2024 zeigen, dass die den Auswertungszeiträumen zugrundeliegenden Datengrundlagen eine tiefergehende Analyse nicht zulassen. Durch die erneute Evaluation mit Abgabe eines gemeinsamen Evaluationsberichts zum 30. Juli 2027 soll die Möglichkeit einer abschließenden Bewertung ermöglicht werden.

Zu Nummer 2b (§ 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Absatz 1 Satz 9

Die Frist für die jährliche Vereinbarung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) wird angepasst, um eine Harmonisierung mit Blick auf die Entwicklung des aG-DRG-Systems zu erreichen. Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass der Hybrid-DRG-Leistungskatalog und die Hybrid-DRG bis zum 15. September final vereinbart werden. Im Fall einer Festlegung nach Absatz 4 Satz 2 durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) wird hierdurch erreicht, dass eine solche Festlegung dann bis spätestens 15. Oktober final feststeht und keine Verzögerungen bei der Vereinbarung des DRG-Entgeltsystems aufgrund einer fehlenden Festlegung der Hybrid-DRG entstehen.

Zu Absatz 1a Satz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der veränderten Frist für die Vereinbarung der Hybrid-DRG.

Zu Absatz 2

Die Vorgaben zur Auswahl der Leistungen, für die eine Hybrid-DRG festgelegt wird, werden teilweise geändert. Während die verpflichtende Vorgabe von mindestens einer Million Fällen, die ab dem Jahr 2026 jährlich von dem festzulegenden Leistungskatalog erfasst sein müssen, unverändert bleibt, werden die Vorgaben für die Zeiträume ab dem Jahr 2028 angepasst. Die Vorgabe, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen Fälle und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens 2 Millionen Fälle mit der Leistungsauswahl zu erfassen, ist nunmehr mit einem „sollen“ verknüpft. Vor dem Hintergrund, dass die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung regelmäßig zu evaluieren sind und die Ergebnisse der Untersuchungen neue Erkenntnisse auch in Bezug auf die Fallzahl bringen können, ist es nicht zielführend, diese Evaluationsergebnisse unberücksichtigt zu lassen und jeglichen Spielraum bei den Fallzahlvorgaben auszuschließen. Auch wenn an der Zielvorgabe grundsätzlich festgehalten wird, ermöglicht das „sollen“ ein Abweichen hiervon, wenn die Ergebnisse der regelmäßigen Evaluationen, die die Auswirkungen der Hybrid-DRG auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen in den Blick zu nehmen haben, dies gebieten. Mit dieser Änderung wird gewährleistet, dass den in den nächsten Jahren zu Hybrid-DRG gewonnenen Erkenntnissen unmittelbar durch die Vertragsparteien bzw. den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss Rechnung getragen werden kann. Die Selbstverwaltung erhält somit einen größeren Gestaltungsspielraum, um auf Ergebnisse der Evaluation und deren Implikationen reagieren zu können.

Unabhängig von dieser Anpassung bleibt es dabei, dass auch bei den Fallzahlvorgaben ab dem Jahr 2028 auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung von Fällen mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden abgestellt wird.

Der Ausschluss von Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderung von den Hybrid-DRG wird aufgehoben. Gerade für diese beiden vulnerablen Gruppen kann eine Übernachtung außerhalb der gewohnten Umgebung besonders belastend und nur mit Begleitperson möglich sein. Daher sollte auch die Möglichkeit der Festlegung und Abrechnung von Hybrid-DRG für Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderung geschaffen werden,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

um auch für diese beiden Gruppen Anreize zur ambulanten Leistungserbringung setzen zu können. Unnötige stationäre Behandlungen können hierdurch vermieden werden.

Zu Absatz 5 Satz 2

Absatz 5 Satz 2 regelt, wem das Institut, das nach § 87 Absatz 3b Satz 1 den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt, und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Evaluationsbericht zu übermitteln haben. Dies sind wie bisher die Vertragsparteien, die der Vollständigkeit halber nun auch explizit aufgeführt sind, und das Bundesministerium für Gesundheit. Vorgesehen wird nunmehr auch, dass der Bericht dem ergEBA zur Verfügung gestellt wird, sofern er diesen verlangt. Hiermit wird dem ergEBA die Möglichkeit gegeben, auch im Vorfeld eines von ihm durchzuführenden Schiedsverfahrens Kenntnis von den Ergebnissen der Evaluation zu erhalten. Vor dem Hintergrund, dass dem ergEBA nur ein begrenzter Zeitraum zur Konfliktlösung zur Verfügung steht, kann es für ihn hilfreich sein, wenn er auch eine Möglichkeit der frühzeitigen Kenntnisnahme erhält.

Die Frist für die erstmalige Vorlage des Evaluationsberichts wird auf den 31. Dezember 2026 verschoben. Der Evaluationszeitraum wird verlängert, damit auch über die für das Jahr 2026 vereinbarte Auswahl der Leistungen Erkenntnisse gewonnen und erste Aussagen getroffen werden können. Durch die Umstellung auf einen 12-monatigen Turnus für die Vorlage des Berichts wird gewährleistet, dass gewonnene Erkenntnisse im jeweils auf das der Vorlage folgenden Jahr von den Vertragsparteien bei den Vereinbarungen zu dem Leistungskatalog und der Vergütung der Hybrid-DRG berücksichtigt werden können.

Für die erstmalige Erstellung des Evaluationsberichts haben die Institute bereits die für das Jahr 2026 vereinbarte Auswahl der Leistungen einzubeziehen. Zu diesem Zweck sind von den genannten Instituten die jeweils aktuellen vorliegenden Daten miteinzubeziehen. Dies gilt auch für die darauffolgenden Evaluationsberichte.

Zu Nummer 3 (§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Absatz 1

Mit der Änderung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, ein Transparenzverzeichnis über die Qualität der stationären Versorgung, das auf der Systematik des bisherigen Transparenzverzeichnisses aufbaut, im Internet zu veröffentlichen und fortlaufend zu aktualisieren. Dies ist geeignet, um ein objektives Angebot sicherzustellen, in dem die Information der Bevölkerung nicht interessengeleitet ist. Die Veröffentlichung erfolgt in barrierefreier, leicht verständlicher und interaktiver Form sowie bürokratiearm. Die Aktualisierung erfolgt fortlaufend auf Grundlage aktueller Daten und Auswertungen nach Absatz 3. Zusammen mit der Untersuchung, wie die Öffentlichkeit das Transparenzverzeichnis nutzt, ist so die kontinuierliche Anpassung des Angebots an die Zielgruppe möglich. Die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Bewertungen werden über eine technische Schnittstelle in maschinenlesbarer Form öffentlich und entgeltfrei zur Verfügung gestellt. Dadurch wird einem Open Data-Ansatz Rechnung getragen.

Zu Absatz 2

Künftig erhält der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufgabe, das Transparenzverzeichnis zu veröffentlichen (siehe Änderung zu Absatz 1). In diesem Zusammenhang beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Organisation („beauftragte Stelle“) mit der Auswertung und Bewertung der für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses erforderlichen Daten im Bundesvergleich. Die beauftragte Stelle muss unabhängig und neutral sein. Folglich stimmt der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Verantwortung vorgesehenen Änderungen vor Veröffentlichung zu. Damit die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Stelle alle für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis erforderlichen Daten aufbereiten und bewerten kann, wird die Übermittlung der Daten zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung geregelt.

Zu Absatz 3

Im Transparenzverzeichnis werden Informationen und Bewertungen zu den einzelnen Standorten von Krankenhäusern im Bundesvergleich veröffentlicht (siehe Änderung zu Absatz 2). Dadurch ist sichergestellt, dass anhand einer wissenschaftlich nachvollziehbaren Methodik Informationen zum einen zusammengefasst und dadurch für Laien leichter verständlich gemacht werden und zum anderen ein Vergleich dieser Informationen zum Bundesdurchschnitt erfolgen kann. Dafür kann insbesondere in Satz 1 Nummer 4 eine Informationsaggregation erfolgen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die beauftragte Stelle hat in Abwägung mit der von ihr sicherzustellenden sachlichen Richtigkeit zu gewährleisten, Fehlinterpretationen zu vermeiden. So hat etwa eine Bewertung ausschließlich auf Grundlage aktueller und belastbarer Daten zu erfolgen, eine bloße Unter- oder Überschreitung eines Referenzbereichs genügt hierzu nicht. Zudem ist eine angemessene Risikoadjustierung der Daten sicherzustellen. In Satz 1 Nummer 5 wird im Sinne des Bürokratieabbaus eine Anpassung durchgeführt, mit der der Nachweis für vorliegende aussagekräftige Qualitätssiegel und Zertifikate der Krankenhausstandorte an die nach Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle auch über die jeweiligen Zertifikateherausgeber erfolgen kann. Satz 7 Nummer 2 und Satz 8 werden gestrichen, da die Übergangsregelung ausgelaufen ist.

Zu Absatz 4

Zur Klarstellung wird festgestellt, dass die internistischen Leistungsgruppen die Leistungsgruppen Nummer 1 Allgemeine Innere Medizin, Nummer 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, Nummer 4 Komplexe Gastroenterologie, Nummer 5 Komplexe Nephrologie, Nummer 6 Komplexe Pneumologie, Nummer 7 Komplexe Rheumatologie, Nummer 8 Stammzelltransplantation, Nummer 9 Leukämie und Lymphome, Nummer 10 EPU/Ablation, Nummer 11 Interventionelle Kardiologie, Nummer 12 Kardiale Devices sowie Nummer 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention umfassen. Die chirurgischen Leitungsgruppen umfassen die Leitungsgruppen Nummer 14 Allgemeine Chirurgie, Nummer 15 Kinder- und Jugendchirurgie, Nummer 17 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Nummer 18 Bauchaortenaneurysma, Nummer 19 Carotis operativ/interventionell, Nummer 20 Komplexe periphere arterielle Gefäße, Nummer 21 Herzchirurgie, Nummer 22 Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche, Nummer 23 Endoprothetik Hüfte, Nummer 24 Endoprothetik Knie, Nummer 25 Revision Hüftendoprothese, Nummer 26 Revision Knieendoprothese, Nummer 27 Spezielle Traumatologie, Nummer 28 Wirbelsäuleneingriffe, Nummer 29 Thoraxchirurgie, Nummer 30 Bariatrische Chirurgie, Nummer 31 Lebereingriffe, Nummer 32 Ösophaguseingriffe, Nummer 33 Pankreaseingriffe sowie Nummer 34 Tiefe Rektumeingriffe.

Aufgrund der Regelung der Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ in einem eigenen Absatz 4a, ergibt sich redaktioneller Anpassungsbedarf in Absatz 4, der mit dieser Änderung umgesetzt wird.

Zu Absatz 4a

Mit der Änderung wird ein neuer Absatz 4a eingefügt, der die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ regelt. Die zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhausstandort nach Satz 4 für einen befristeten Zeitraum die Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen, wenn sich der jeweilige Standort auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat, einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist. Zugleich werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, die Zuordnungen zu evaluieren und in Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Versorgungssituation, die Qualität der Behandlungen und die Vergütung der Krankenhausleistungen zu prüfen. Für die Evaluation wird ein Zeitraum von fast zwei Jahren ab der ersten verpflichtenden Meldung von Leistungsgruppenzuweisungen nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgesehen. Auf Grundlage ihrer Evaluation haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30. September 2029 eine bundeseinheitliche Definition von Fachkrankenhäusern zu vereinbaren, die die Kriterien für die Zuordnung eines Krankenhausstandortes zu der Versorgungsstufe „Level F “ festlegt. Hierbei ist das Benehmen mit den Ländern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung herzustellen. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vereinbarungspartei bis zum 31. Dezember 2029 fest.

Ab dem Zeitpunkt des Zustandekommens der Vereinbarung kann die Versorgungsstufe „Level F“ nach Satz 1 nur noch zugeordnet werden, wenn der jeweilige Krankenhausstandort die in der Vereinbarung geregelten Kriterien erfüllt. Dies gilt auch, wenn vor dem Zustandekommen der Vereinbarung einem Krankenhausstandort die Versorgungsstufe „Level F“ nach Satz 4 befristet bis zum 31. Dezember 2030 zugeordnet war. Erfüllt dieser Krankenhausstandort die von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Kriterien nicht, kann ihm die Versorgungsstufe „Level F“ ab dem Zustandekommen der Vereinbarung nicht mehr zugeordnet werden.

Zu Absatz 5

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Absatz 5 wird dahingehend neu gefasst, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Auftrag erteilt wird, das Transparenzverzeichnis per Richtlinie weiter zu entwickeln. Die im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden Informationen nach den Absätzen 3 und 4 werden dabei auch weiterhin uneingeschränkt veröffentlicht. In der Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss einheitliche Anforderungen für die Auswahl und Aufbereitung der zur Veröffentlichung erforderlichen Daten und die Kriterien für deren Bewertung festzulegen und auch Festlegungen für die Weiterentwicklung von Inhalt, Art und Umfang der im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden Informationen zu regeln. Dadurch wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit gegeben, die Verständlichkeit des Internetangebots zielgruppenspezifisch zu verbessern. Des Weiteren hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Transparenzportal für die ambulante Versorgung nach § 136a Absatz 6 in das Transparenzverzeichnis zu integrieren, um allgemeinverständliche und vergleichende Informationen zur Qualität der medizinischen Versorgung in einem Angebot zu bündeln. Er prüft außerdem gemeinsam mit den jeweiligen Herausgebern eine Zusammenführung mit weiteren bestehenden Krankenhausvergleichsportalen, insbesondere dem Deutschen Krankenhausverzeichnis der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und kann die hierfür erforderlichen Regelungen in seiner Richtlinie treffen. Dadurch soll das Angebot perspektivisch volle Transparenz über die Qualität der stationären und vertragsärztlichen Versorgung herstellen und dabei Doppelstrukturen vermeiden, indem ein zentrales Informationsangebot für die Allgemeinbevölkerung aufgebaut wird. Die Fortführung bestehender Krankenhausvergleichsportale bleibt grundsätzlich unberührt. Die Regelungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses beschränkt sich auf die Anforderungen an das Transparenzverzeichnis; er kann keine verbindlichen Vorgaben für den Betrieb von weiteren bestehenden Krankenhausvergleichsportalen machen. Die gesetzlichen Mindestforderungen an das Transparenzverzeichnis und dessen Weiterentwicklung bestehen auch bei einer Zusammenführung mit einem oder mehreren Krankenhausvergleichsportalen. Die für die Zusammenführung erforderlichen Regelungen dürfen keine Abweichung von den inhaltlichen Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 4 sowie Absatz 5 Satz 1 und 2 darstellen.

Weiter hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Sinne des Bürokratierückbaus Anpassungen für einen Beschluss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 zu beschließen, um die Berichtspflichten der Krankenhäuser zu den strukturierten Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu reduzieren, soweit für das Transparenzverzeichnis vergleichbare Daten erhoben und verarbeitet werden. Dabei soll auch geprüft werden, ob eine Zusammenführung der Qualitätsberichte und des Transparenzverzeichnisses sinnvoll ist, um das Informationsangebot für die Öffentlichkeit an einem zentralen Ort zu bündeln.

Ebenfalls wird neu geregelt, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen bis zum Inkrafttreten der Richtlinie die Funktion der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle wahrnimmt.

Zu Absatz 6

Der Absatz 6 wird dahingehend neu gefasst, dass der Gemeinsame Bundesausschuss durch die nach Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle zum Zweck der Weiterentwicklung des Transparenzverzeichnisses Daten der Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1 erhalten können soll, soweit ihr der Medizinische Dienst Bund Zugang gemäß § 283 Absatz 5 Satz 8 und 9 zu den erforderlichen Daten gewährt. Bei den in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund verarbeiteten Daten handelt es sich grundsätzlich um schützenswerte Daten, die einrichtungsbezogene Informationen und zukünftig möglicherweise auch personenbezogene Daten beinhalten. Der Zugang zu diesen Daten ist daher grundsätzlich zu begrenzen. Die zur Verfügung gestellten Daten sind daher nur den jeweils betroffenen Mitgliedsorganisationen und, soweit erforderlich, den betroffenen Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung zu stellen.

Der bisherige Absatz 6 wird gestrichen, da die Berichtspflicht vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erfüllt wurde. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen kommt in diesem zu dem Schluss, dass in Deutschland derzeit eine Datengrundlage fehlt, um belastbare Auswertungen und Aussagen zur Fragestellung zu treffen, welchen Einfluss die personelle Ausstattung weiterer im Krankenhaus tätiger Gesundheitsberufe und der jeweilige Anteil von Leiharbeit bei Ärzten und Pflegepersonal auf die Qualität der Versorgung hat: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/iqtig-pruefbericht-nach-135-d-absatz-6-sgb-v/.

Zu Nummer 4 (§ 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Absatz 3 Satz 6 und 7

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wird durch § 118a des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen vereinheitlicht. Diese Änderung wird auch für die Entscheidungsprozesse beim Leistungsgruppen-Ausschuss nachvollzogen.

Zu Absatz 4 Satz 1 Nummer 4

Der neu eingefügte Halbsatz in Nummer 4 ist ein Ergebnis der Beratungen im Leistungsgruppenausschuss und wird von diesem fachlich befürwortet.

Hierdurch soll der Bedeutung der Teleradiologie Rechnung getragen werden. Durch den Einsatz von Teleradiologie kann die Patientenversorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen unterstützt und Expertenwissen gezielt überregional verfügbar gemacht werden.

Die nach dem Strahlenschutzrecht zulässigen Einsatzmöglichkeiten der Teleradiologie sollen durch die Qualitätsanforderungen im Anforderungsbereich „sachliche Ausstattung“ nicht eingeschränkt werden. Der Einsatz von Teleradiologie wird in allen Leistungsgruppen dem Grunde nach ermöglicht und umfasst insbesondere die Indikationsstellung, technische Durchführung und Befundung. Sofern eine Genehmigung für Teleradiologie der zuständigen Landesbehörde nach § 14 des Strahlenschutzgesetzes vorliegt, kann diese etwa als Nachweis bei der Prüfung der Vorhaltung des erforderlichen Personals im Zusammenhang mit der sachlichen Ausstattung berücksichtigt werden.

Zu Absatz 4 Satz 1 Nummer 6

Die Anpassungen in Absatz 4 Nummer 6 sind ein Ergebnis der Beratungen im Leistungsgruppenausschuss und werden von diesem fachlich befürwortet.

Die vorgenommene Änderung des Buchstaben b sowie die Ergänzung eines neu eingefügten Buchstabens c soll durch eine Abgrenzung von Regel- und Anwesenheitsdiensten, bei denen eine tatsächliche Verfügbarkeit eines Facharztes vor Ort jederzeit gewährleistet sein muss, einerseits und Diensten anderer Art, bei denen eine jederzeitige Rufbereitschaft eines Facharztes genügt, andererseits eine rechtssichere Anwendung der Vorgaben in der Praxis gewährleisten.

Ärztinnen und Ärzte können nicht im selben Zeitintervall an verschiedenen Standorten zur Rufbereitschaft eingeteilt werden.

Zu Absatz 4 Satz 2 bis 4

In Satz 2 erfolgt eine Folgeänderung zum Auftrag an die Selbstverwaltung zur Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition eines Fachkrankenhauses nach § 135d Absatz 4a. Es wird ein Verweis angepasst.

Zudem wird klargestellt, dass die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 7 durch die in den im neuen Satz 2 Nummer1 und 2 und im neuen Satz 3 genannten Krankenhausstandorte nicht erfüllt werden müssen. Mit dem neuen Satz 4 wird klargestellt, dass auch bei einer der vorgenannten Kooperationen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geschlossen werden muss. So kann etwa eine Tages- oder Nachtklinik eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem anderen Standort abschließen, um eine als Mindestanforderung erforderliche verwandte Leistungsgruppe oder die erforderliche personelle Ausstattung vorhalten zu können. Auf diese Weise müssen beispielsweise Tageskliniken, denen die Leistungsgruppe Nummer 56 „Geriatrie“ zugewiesen werden soll, nicht selbst die verwandten Leistungsgruppen Nummer 1 „Allgemeine Innere Medizin“ oder Nummer 64 „Intensivmedizin“ anbieten, obwohl diese Leistungsgruppen als am Standort vorzuhaltende verwandte Leistungsgruppen in der Anlage 1 enthalten sind.

Zu Absatz 4 Satz 5

Mit der Neuregelung werden die erforderlichen Mindestinhalte von Kooperationsvereinbarungen erstmals gesetzlich vorgegeben. In einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung muss angegeben werden, wer die Kooperationspartner sind und dass diese Kooperationspartner für eine Kooperation geeignet sind. Maßgeblich für die Eignung ist, dass der Kooperationspartner die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien selbst oder durch das Eingehen einer Kooperation erfüllen kann. Die maßgeblichen Qualitätskriterien bestimmen sich bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 aus Absatz 4 in Verbindung mit Anlage 1. Diese Vorgaben gelten gleichermaßen bei einer Vorhaltung vor Ort am Krankenhausstandort als auch bei einer Koope-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ration. Zur Stärkung der Verbindlichkeit der Kooperation ist eine Angabe zu Ort, Inhalt und Dauer der Kooperation erforderlich. In den Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit von sachlicher und personeller Ausstattung ist aufzuführen, wann das für die Kooperationsleistung erforderliche Personal und die erforderlichen Sachmittel verfügbar zu sein haben, um die Qualitätskriterien auch in Kooperation zu erfüllen.

Zu Nummer 5 (§ 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Buchstabe a und b

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufgabenübertragung des Transparenzverzeichnisses auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und die von ihm mit der Durchführung zu beauftragende Stelle.

Zu Buchstabe c

Es wird festgelegt, dass die Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft tritt. Den Ländern wird auf diese Weise ein Planungshorizont für ihre Krankenhausplanung unter Einbezug der Mindestvorhaltezahlen eröffnet, bevor die Mindestvorhaltezahlen rechtsverbindlich gelten.

Bei der Bestimmung des Zeitpunktes des Inkrafttretens der Rechtsverordnung sind insbesondere das gesetzlich geregelte Verfahren zur Feststellung der Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen und die Fristen der diesbezüglich geltenden Melde- und Informationspflichten zu berücksichtigen. Nach Absatz 3 Satz 4 übermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) der zuständigen Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres Informationen über die Anzahl der Behandlungsfälle der einzelnen Krankenhausstandorte und über die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen. Den Ländern wird auf diese Weise ermöglicht, die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen bei ihren Zuweisungsentscheidungen zu berücksichtigen, die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 30. September eines Kalenderjahres an das InEK zu übermitteln sind.

Der Erlass der Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen erfordert die Zustimmung des Bundesrates. Die Länder haben daher auch Einfluss auf die Festlegung des Zeitpunktes des Inkrafttretens.

Zu Nummer 6 (§ 136a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Absatz 7 und 8

Mit der Regelung in Absatz 8 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dazu verpflichtet, erstmals bis zum 31. Dezember 2027 eine Richtlinie zu erlassen, mit der er festlegt, welche Maßnahmen Krankenhäuser zu ergreifen haben, um insbesondere bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten etwaige Mangelernährung zu erkennen und während des Krankenhausaufenthalts wirksam zu therapieren. Hierfür sind möglichst einfache und validierte Instrumente zu nutzen. Der G-BA ist dabei auch gehalten, die Bedarfe besonders vulnerabler Gruppen zu berücksichtigen. Außerdem soll der G-BA sachgerechte Anforderungen für das vom Krankenhaus zur Gewährleistung der Ernährungskompetenz vorzuhaltende Personal festlegen. Die Maßnahmen sollen auch die Erstellung eines Behandlungsplans auf Grundlage einer evidenzbasierten Ernährungstherapie umfassen. Ziel der Maßnahmen der Qualitätssicherung ist es, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der betroffenen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Rund 20 bis 30 Prozent der Erkrankten sind bei der stationären Aufnahme mangelernährt, vor allem akut-geriatrisch Erkrankte sind zu über 50 Prozent betroffen, gefolgt von gastroenterologischen und onkologischen Erkrankten. Ursächlich für eine Mangelernährung können Tumorerkrankungen oder chronische Organinsuffizienzen mit krankheitsbedingter Appetitlosigkeit, Schluckstörungen oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie einer gestörten Energie- und Nährstoffverwertung sein. Fortsetzende Mangelernährung kann einen Abbau der Körpersubstanz und Beeinträchtigungen der Organ- und Körperfunktionen mit einer verzögerten Wundheilung und einem verlängerten Genesungsprozess bewirken. Höhere Krankenhausverweildauern, erhöhte Komplikationsraten sowie eine höhere Mortalität können daraus resultieren. Aufgrund des demographischen Wandels ist von einer steigenden Prävalenz auszugehen.

Die Bedeutung einer angemessenen und die Bedarfe der Betroffenen berücksichtigenden Ernährung ist unbestritten. Daher wird der G-BA verpflichtet, in einer Richtlinie geeignete Maßnahmen festzulegen, mit denen Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden Mangelernährung bei der stationären Aufnahme rechtzeitig erkannt und wirksam therapiert werden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit Beschluss vom 21. Juli 2022 hat der G-BA bereits festgelegt, dass Qualitätsverträge nach § 110a SGB V mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen auch für den Bereich der Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung erprobt werden sollen. Zum Stichtag 1. Januar 2026 bestehen in diesem Bereich bereits 30 Qualitätsverträge. Gemäß § 136b Absatz 8 sind diese Verträge im Hinblick auf Verbesserungen in der Versorgungsqualität im Auftrag des G-BA bis zum 31. Dezember 2028 durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu evaluieren. Bis zum 31. Oktober 2029 soll der G-BA dann Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge zu den einzelnen Leistungen und als Instrument der Qualitätsentwicklung beschließen. Diese Ergebnisse kann der G-BA dann im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie zur Mangelernährung berücksichtigen.

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

Zu Nummer 7 (§ 136c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift bildet die Änderungen des § 136c durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) (Absätze 1 und 2 wurden gestrichen) und den Entwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (Absatz 1 wird ersetzt) ab.

Zu den Buchstaben b und c

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zu Buchstabe a dar.

Zu Nummer 7a (§ 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung unter Buchstabe a greift das Urteil des Bundessozialgerichts vom 2. April 2025, B 1 KR 25/23 R, auf. Darin stellt das Bundessozialgericht klar, dass Regelungsauftrag des § 136c Absatz 4 i. V. m. § 9 Absatz 1a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nicht die Qualitätssicherung sei. Vielmehr bezwecke dieser eine finanzielle Unterstützung für die Vorhaltung von Strukturen. Auch die in § 136c Absatz 3 und 5 zu den Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit § 5 Absatz 2 KHEntgG und den Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 5 Absatz 3 KHEntgG enthaltenen Regelungen dienen nicht der Qualitätssicherung. Die Sicherstellungszuschläge sollen Defizite der Krankenhäuser aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs ausgleichen und dadurch eine kostendeckende Finanzierung ermöglichen, um eine für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen sicherzustellen. Die Zentrumszuschläge decken Kosten außerhalb der Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten ab, die nicht allen Krankenhäusern entstehen. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu konkretisieren und diese damit von den Regelaufgaben eines Krankenhauses abzugrenzen. Bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch die im Zusammenhang mit den einzelnen besonderen Aufgaben zu erfüllenden Qualitätsanforderungen festzulegen. Eine Festlegung hat zu erfolgen, soweit dies für die Erfüllung der besonderen Aufgaben erforderlich ist. Qualitätsanforderungen können sich insbesondere auf die Art und Anzahl von Fachabteilungen, einzuhaltende Mindestfallzahlen oder der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen beziehen. Die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 (Zentrums-Regelungen) enthalten damit auch Qualitätsanforderungen für die Erfüllung der besonderen Aufgaben. Zielsetzung dieser Qualitätsanforderungen ist, die Voraussetzungen zu beschreiben, die einen Zuschlag bei Wahrnehmung der besonderen Aufgaben rechtfertigen. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, entfällt der Zuschlag. Die Krankenhäuser sind anders als bei Regelungen zur Qualitätssicherung nicht verpflichtet, die in den Zentrums-Regelungen bestimmten Qualitätsanforderungen einzuhalten.§ 136c Absatz 1 in der Fassung des Entwurfs des Krankenhausreformanpassungsgesetzes enthält eine Regelung im Zusammenhang mit der Erbringung onkochirurgischer Leistungen nach § 40 Absatz 2 KHG. § 137 Absatz 1 Satz 1, der sich auf die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen bezieht, war daher entsprechend anzupassen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird nicht zur Regelung von sanktionierenden Rechtsfolgen ermächtigt. Die Nichteinhaltung der nach § 136c Absatz 3 bis 5 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vorgaben wirkt sich auf die Höhe der Zuschläge aus, die für eine Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Absatz 1a

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nummer 5 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene und für die Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen nach § 5 Absatz 2 KHEntgG und für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 5 Absatz 3 KHEntgG jeweils von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren sind. Die Rechtsfolgen sind von den jeweiligen Vertragsparteien zu bestimmen. Es wäre nicht sachgerecht, für die Folgen der Nichteinhaltung dieser Vorgaben die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des G-BA gemäß § 137 Absatz 1 SGB V vom 18.04.2019 (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie/QFD-RL) für anwendbar zu erklären.

Durch die Änderung unter Buchstabe b wird die geübte Praxis vor Verkündung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 2. April 2025, B 1 KR 25/23 R, fortgeführt. Zur Kontrolle der Einhaltung von Mindestvorgaben nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) durch den Medizinischen Dienst fand bisher die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V vom 21.12.2017 (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie/MD-QK-RL), insbesondere Abschnitt 3, Anwendung. Die Kontrolle durch den Medizinischen Dienst soll auch weiterhin auf der Grundlage der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie möglich sein. Die Kontrollen werden perspektivisch auch auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 3 und 5 SGB V getroffenen Vorgaben erstreckt, die bisher noch nicht von der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie umfasst sind.

Zu Nummer 8a (§ 220 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit dem Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) wurde im Jahr 2017 eine Ausnahme vom grundsätzlichen Darlehensaufnahmeverbot für Krankenkassen normiert. Aufsichtsbehörden können seitdem im Einzelfall Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken für Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V sowie zur Finanzierung der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V genehmigen. Mit dieser Regelung sollte den Krankenkassen auch weiterhin ein sinnvoller Betrieb ihrer bestandsgeschützten Eigeneinrichtungen ermöglicht werden. Gleichzeitig sollten diesen Einrichtungen die gleichen Wettbewerbsbedingungen zugestanden werden wie solchen Einrichtungen, die keine Eigeneinrichtungen von Krankenkassen sind.

In der Umsetzungspraxis dieser Regelung war es mitunter streitig, ob die Wörter „im Einzelfall“ eng auszulegen sind und nur ausnahmsweise eine Genehmigung von Kreditaufnahmen für eine Eigeneinrichtung möglich ist oder ob hier eine weite Auslegung angezeigt ist, wonach zum Beispiel auch eine Genehmigung von mehreren Kreditaufnahmen für mehrere Eigeneinrichtungen möglich ist.

Um die Wettbewerbsfähigkeit von Eigeneinrichtungen dauerhaft sicherzustellen, besteht grundsätzlich die Notwendigkeit regelmäßiger Investitionen, gegebenenfalls auch solcher, die durch Kredite finanziert werden. Durch den geänderten Satz 3 wird nunmehr geregelt, dass nicht nur im Einzelfall eine Ausnahme vom grundsätzlichen Darlehensaufnahmeverbot in Satz 2 möglich ist. Im Ergebnis können insbesondere auch mehrere bauliche Investitionsmaßnahmen für Eigeneinrichtungen von Krankenkassen mit mehreren Krediten finanziert werden. Auch der darlehensfinanzierte Erwerb grundstücksgleicher Rechte, zu denen zum Beispiel das Erbbaurecht gehört, wird ermöglicht.

Nach wie vor bedarf jede Darlehensaufnahme der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, die zu prüfen hat, ob die jeweilige Darlehensaufnahme der Finanzierung einer zulässigen Investitionsmaßnahme und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht.

Zu Nummer 9a (§ 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Durch die Regelung wird klargestellt, auf welchen Stichtag bei der Berechnung eines etwaigen Differenzbetrages abzustellen ist, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgeführt wird. Zudem wird der Meldeweg für die erforderlichen Daten konkretisiert. Absatz 3 regelt dies für die gesetzlichen Krankenkassen ohne die landwirtschaftliche Krankenkasse. Absatz 4 regelt dies für die landwirtschaftliche Krankenkasse. Des Weiteren wird in Absatz 4 eine Frist für die Rückzahlung nicht ausgezahlter Mittel durch die landwirtschaftliche Krankenkasse an den Gesundheitsfonds normiert.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 11 (§ 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die Änderung der Überschrift bildet die Änderung von Absatz 1 Satz 1 unter Buchstabe b Doppelbuchstabe aa ab.

Zu Buchstabe b

In Folge der Anpassungen aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 2. April 2025, B 1 KR 25/23 R, erfolgt unter Buchstabe b Doppelbuchstabe aa auch eine Anpassung im Hinblick auf die vom Medizinischen Dienst in den zugelassenen Krankenhäusern durchzuführenden Prüfungen. § 275a Absatz 1 Satz 1 wird um Prüfungen der nach § 136c Absatz 3 bis 5 beschlossenen Vorgaben ergänzt, die, da es sich bei ihnen nicht um Qualitätsanforderungen handelt, nicht mehr unter Prüfungen nach Nummer 3 fallen. In Verbindung mit der Änderung des § 137 Absatz 3 wird dadurch das bisherige System der Kontrollen durch den Medizinischen Dienst auf der Grundlage der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie für die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 bzw. perspektivisch nach § 136c Absatz 3 bis 5 beibehalten.

Die Änderung unter Buchstabe b Doppelbuchstabe bb stellt eine Folgeänderung zur Änderung des Satzes 1 dar.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anpassung der Anlage 1 zu § 135e SGB V in der Nummer 15. Die Streichung der Erwähnung der Prüfung der Einhaltungen von Pflegepersonaluntergrenzen im § 275a Absatz 1 Satz 8 wird rückgängig gemacht

Zu Buchstabe d

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufgabenübertragung des Transparenzverzeichnisses auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und die von ihm mit der Durchführung zu beauftragende Stelle.

Zu Buchstabe f

Die Änderung des § 275a Absatz 7 Satz 2 betrifft die Fallkonstellation, dass Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbringen wollen, und stellt klar, dass nur die Leistungen abgerechnet werden können, die ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige erbracht werden. Zugleich wird darauf verzichtet, dass die Krankenhäuser eine Anzeige erst vornehmen können, wenn sie die Strukturmerkmale über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen.

Die genannte Fallkonstellation wird im Zuge der Veränderungen der Krankenhauslandschaft durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und damit zu erwartender Fusionen von Krankenhäusern künftig häufiger auftreten, da Verlagerungen von Stationen oder Einheiten an einen anderen Standort nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 als erstmalige Leistungserbringung gelten. Da schon bisher in den Fällen, in denen Krankenhäuser Leistungen auf der Grundlage erstmals vergütungsrelevanter Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels erbringen, nach § 275a Absatz 7 Satz 1 nicht vorgesehen ist, dass während der drei der Anzeige vorhergehenden Kalendermonate Strukturmerkmale als erfüllt und nachweisbar angesehen werden müssen, werden beide Fallkonstellationen insofern künftig gleichbehandelt. Für beide Fallkonstellationen wird außerdem künftig mit dem neuen Satz 3 vorgegeben, dass mit der Anzeige zugleich der Antrag auf Strukturprüfung als gestellt gilt. Dadurch sollen Fehlanreize vermieden werden, zeitweise erbrachte Leistungen abzurechnen, ohne sich später einer Strukturprüfung zu unterziehen. Der Medizinische Dienst muss die Strukturprüfung nach dem neuen Satz 4 bis zum Ende des Zeitraums abgeschlossen haben, in dem Krankenhäuser aufgrund der Anzeige erbrachte Leistungen abrechnen können. Das Nähere zur Strukturprüfung einschließlich des zugrunde zu legenden Prüfzeitraums ist in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu regeln. Dort kann auch vorgegeben werden, dass die in § 275a Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung frühestens ab dem 1. Januar eines Kalenderjahres in den Fällen des § 275a Absatz 7 Satz 1 und frühestens ab dem Datum der Anzeige beim Medizinischen Dienst in den Fällen des § 275a Absatz 7 Satz 2 ausgestellt werden kann. Sofern ein negativer Bescheid ergeht, entfaltet dieser ab dem Zeitpunkt seines Erlasses Wirkung. Andernfalls würde die gesetzlich vorgesehene Abrechnungsbefugnis aufgrund der Anzeige nach § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 in unzulässiger Weise eingeschränkt.

Zu den Buchstaben g und h

Die Änderungen stellen jeweils eine Folgeänderung zu Absatz 1 Satz 1 dar.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe i

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zur Änderung von § 275a Absatz 7 SGB V dar.

Zu den Nummern 11a, 11b, 12 und 12a (§§ 276 Absatz 4a, § 277 Absatz 1, § 278 Absatz 4, § 280 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderungen stellen jeweils eine Folgeänderung zur Änderung des § 275a Absatz 1 Satz 1 dar.

Zu Nummer 11d (§ 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufgabenübertragung des Transparenzverzeichnisses auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und die von ihm mit der Durchführung zu beauftragende Stelle.

Zu Nummer 12 (§ 278 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zur Änderung von § 275a Absatz 7 SGB V dar.

Zu Nummer 13 (§ 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 legt der Medizinische Dienst Bund das Nähere fest zu den Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2. Diese sogenannte LOPS-Richtlinie bildet insoweit die Grundlage für die von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu beauftragenden Leistungsgruppen-Prüfverfahren. Durch die Ergänzung erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ein Stellungnahmerecht zur LOPS Richtlinie. Dadurch wird die aktuell schon gelebte Praxis abgebildet, da der Medizinische Dienst Bund die Krankenhausplanungsbehörden bereits in das Stellungnahmeverfahren zur LOPS Richtlinie einbezieht.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zur Änderung von § 275a Absatz 7 SGB V dar.

Zu Nummer 13a (§ 299 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Mit dem neuen Satz 6 wird in methodisch begründeten Fällen die Möglichkeit für Ausnahmen von dem Grundsatz eröffnet, dass bei Vollerhebungen die Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle zu erfolgen hat.

Die Änderung verfolgt das Ziel der Entbürokratisierung von Qualitätssicherungsverfahren. Die von § 299 Absatz 2 Satz 1 abweichende Anforderung, Daten in allen Fällen der Vollerhebung nach Absatz 1 Satz 5 durch eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle pseudonymisieren zu lassen, kann bei Qualitätssicherungsverfahren, bei denen Daten für die Qualitätssicherung nicht zusammengeführt werden müssen, für bürokratischen Mehraufwand sorgen, ohne dass ein höheres Datenschutzniveau erreicht wird.

Mit dem neuen Satz 6 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. den Vertragspartnern der Vereinbarungen nach § 137d die Möglichkeit eröffnet, Qualitätssicherungsverfahren mit Vollerhebung aufwandsarm auszugestalten. Kann z. B. auf Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden, ohne dass Leistungserbringer gesondert Daten für Qualitätssicherungszwecke erheben und übermitteln müssen, kann die Pseudonymisierung nach dem Grundsatz in Satz 1 durch die Leistungserbringer erfolgen, ohne dass hierdurch das Niveau des Datenschutzes reduziert wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei entsprechenden Beschlüssen sicherzustellen, dass das von den Leistungserbringern erstellte Pseudonym den sich aus Artikel 4 Nummer 5 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) ergebenden Anforderungen an die Pseudonymisierung entspricht. Er hat ferner in den Tragenden Gründen zu entsprechenden Beschlüssen darzulegen, dass aus methodischen Gründen die Einbeziehung der Vertrauensstelle nicht erforderlich ist.

Ein Bedarf für die Pseudonymisierung durch eine externe Vertrauensstelle besteht dann, wenn Daten aus verschiedenen Quellen, z. B. von Leistungserbringern und Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a zum Zwecke der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Qualitätssicherung zusammengeführt werden. Ein zentrales Pseudonymisierungsverfahren für die Daten unterschiedlichen Ursprungs ist erforderlich, um aus dem für die Datenzusammenführung relevanten Datenfeld ein Pseudonym zu generieren. Anderenfalls könnten Daten unterschiedlicher Datenquellen nicht ohne ein erhebliches Datenschutzrisiko zusammengeführt werden. Die nachträgliche Zuteilung eines einheitlichen Pseudonymisierungsschlüssels an verschiedene Datenquellen würde zu einem erheblichen De-Pseudnoymisierungsrisiko führen. Es ist ausgeschlossen, dass ein Zugriff auf die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten erfolgt.

Es sind allerdings auch Qualitätssicherungsverfahren mit Vollerhebungen denkbar, in denen z. B. zu einem abgeschlossenen Behandlungsfall nur bei einer Stelle Daten erhoben werden, die nicht mit anderen Daten verknüpft werden sollen. In diesen Fällen ist ein einheitliches von einer Vertrauensstelle erstelltes Pseudonym und die Verarbeitung versichertenbezogener Daten durch die Vertrauensstelle methodisch nicht erforderlich.

Zu Buchstabe b und d

Bei der Änderung handelt es sich um Folgeänderungen zur Aufgabenübertragung des Transparenzverzeichnisses auf den Gemeinsamen Bundesausschuss und die von ihm mit der Durchführung zu beauftragende Stelle.

Zu Buchstabe c

Die Änderungen stellen Folgeänderungen zur Änderung des § 137 Absatz 1 dar und vollziehen die Änderungen des § 136c durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nach, durch das die in § 136c Absatz 1 und 2 enthaltenen Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgehoben worden sind.

Zu Nummer 14 (§ 427 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Mit der Änderung in Satz 1 im Satzteil vor der Aufzählung wird an der bereits im geltenden Recht vorgesehenen Evaluierung zum 31. Dezember 2028 festgehalten und damit im Ergebnis eine weitere Evaluierung vorgesehen. Hierdurch wird zusammen mit der bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Evaluierung zum 31. Juli 2027 insbesondere sichergestellt, dass die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase genutzt werden können, um die Wirkung der Vorhaltevergütung auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen zu überprüfen. Bei Bedarf können die bestehenden Regelungen auf dieser Grundlage angepasst und nachjustiert werden. Der mit der zusätzlichen Evaluation verbundene Aufwand ist vor dem Hintergrund, dass durch die Krankenhausreform tiefgreifende Änderungen der Versorgung und Finanzierung ausgelöst werden, gerechtfertigt.

Mit der Änderung in Nummer 1 wird klargestellt, dass die Evaluation auch die Regelung des § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d umfasst. Danach soll untersucht werden, welche Auswirkung die Regelung zur Berücksichtigung von Fachärzten auf bis zu drei Leistungsgruppen auf die Versorgung hat.

Mit der Änderung in Nummer 5 wird eine Folgeänderung aufgrund von Neuregelungen in § 135d Absatz 4a vorgenommen.

Zu Nummer 15 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In der Anlage 1 zu § 135e SGB V werden verschiedene medizinisch erforderliche sowie rein redaktionelle Anpassungen bei den Qualitätskriterien vorgenommen, die in Teilen auch auf Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses zurückgehen und insoweit auch von diesem fachlich befürwortet werden.

In der Leistungsgruppe (LG) 1 Allgemeine Innere Medizin erfolgen im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ klarstellende Änderungen:

Es wird eine Legaldefinition des Begriffs „Röntgen“ vorgenommen. Eine Begriffsbestimmung ist erforderlich, um die Vorhaltung der benötigten sachlichen Ausstattung gewährleisten und überprüfen zu können. Der Begriff „Röntgen“ umschreibt ein konventionelles Röntgengerät mit fester Röntgenröhre, Bildempfänger und Lagerungseinheit zur Aufnahme statischer zweidimensionaler Projektionsradiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens. Durch diese Definition soll eine Abgrenzung zu anderen Röntgeneinrichtungen wie Durchleuchtungseinrichtungen (kontinuierliche Echtzeitbildgebung), Computertomographen (CT), Schichtbildgebung mit rotierender Röhre und Detektor oder Dentaleinheiten (OPG; speziell für Zahn- und Kieferaufnahmen) ermöglicht werden. Zu weiteren Hinweisen hinsichtlich der Ausdifferenzierung der Röntgenverfahren wird auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer verwiesen (https://www.bundesaerztekam-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

mer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_MWBO-2018.pdf, Stand: 03.07.2025).

Die Verfügbarkeit der Röntgendiagnostik ist jederzeit zu gewährleisten, dies soll durch die Ergänzung dieser zeitlichen Vorgabe sichergestellt werden. Der Begriff „jederzeit“ wird nunmehr auch in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe b und c erläutert.

Zudem wird die Mindestvoraussetzung „Elektrokardiographie (EKG)“ gestrichen, da diese zur Grundausstattung eines Krankenhausstandortes gehört. In § 5 Absatz 6 Satz 6 f der Richtlinie des Medizinischen Bundes „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen“ (LOPS-RL) wird diesem Umstand bereits Rechnung getragen, sodass das Vorhandensein dieses Gerätes von dem jeweiligen Medizinischen Dienst nicht gesondert geprüft wird. Somit trägt die Streichung zum Bürokratieabbau bei.

Zudem wird die Mindestanforderung „Basislabor“ gestrichen, da die Vorhaltung eines Basislabors Teil der vorhandenen Grundausstattung eines Krankenhausstandortes ist. Die Anforderungen können auch hier im Sinne des Bürokratieabbaus verschlankt werden.

Die Präzisierung der bisherigen Vorgabe Endoskopie auf Gastroduodenoskopie und Koloskopie ist notwendig, um klarzustellen, dass diese beiden Verfahren (und keine weiteren endoskopischen Verfahren) gefordert werden. Die zeitliche Vorgabe „jederzeit“ wird den Versorgungserfordernissen besser gerecht und sorgt für zeitlich einheitliche Vorgaben im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“.

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird die Vorhaltung der – fachlich stark spezialisierten – LG Ovarial-CA und LG Senologie als Auswahlkriterium als Standort gestrichen, denn ür eine qualitativ hochwertige Leistungsbringung in der LG 1 Allgemeine Innere Medizin sind diese nicht zwingend erforderlich. Die beiden anderen frauenheilkundlichen und geburtshilflichen LG bleiben als Auswahlkriterium bestehen.

In der LG 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie werden im Kabinettsentwurf die besonderen Anforderungen an die Qualitätskriterien bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereits berücksichtigt und eine Abgrenzung von der Erwachsenenmedizin vorgenommen. Die nunmehr erfolgte Streichung ist eine rein redaktionelle Anpassung.

In LG 7 Komplexe Rheumatologie werden zur Sicherstellung der rheumatologischen Versorgung weitere FA in die Spalte „Qualifikation“ aufgenommen und die Verfügbarkeit differenzierter geregelt. Diese Ergänzungen sind auch sachgerecht, da eine Beibehaltung der bisherigen Vorgaben zu einer weiteren Verringerung des Behandlungsangebots in der Rheumatologie führen könnte und durch die neu aufgenommenen Regelungen zur Verfügbarkeit gleichzeitig die Qualität der Versorgung weiterhin gewährleistet wird.

In der LG 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention wurde mit dem Kabinettsentwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ der „FA für Innere Medizin und Kardiologie“ ergänzt, sodass nunmehr zwei Qualifikationen genannt sind. In der Spalte Verfügbarkeit werden nunmehr explizit beide FA Qualifikationen mit jeweils drei FA genannt, um sicherzustellen, dass auch beide FA-Qualifikationen an der Rufbereitschaft teilnehmen. In beiden FA-Stränge sind jeweils drei Fachärztinnen bzw. Fachärzten vorzuhalten.

In der LG 14 Allgemeine Chirurgie werden im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Mindestvoraussetzungen „EKG“ und „Basislabor“ gestrichen, da diese bereits zur Grundausstattung eines Krankenhausstandortes gehören. Die Anforderungen können auch hier im Sinne des Bürokratieabbaus verschlankt werden.

Ferner werden die Angaben zur Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thromozytenkonzentraten gestrichen. Das Transfusionsgesetz regelt die Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten einschließlich der Dokumentationspflichten bereits umfassend. Weiterhin gilt die Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer: Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/Richtlinie-Haemotherapie-2023_neu2.pdf). Einer weiteren Regelung bedarf es nicht.

Die Anpassung in LG 19 Carotis operativ/interventionell ist rein redaktionell.

In der LG 27 Spezielle Traumatologie wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Mindestanforderung „Basislabor“ gestrichen, da das Basislabor zur Grundausstattung eines Krankenhausstandortes gehört.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In der LG 64 Intensivmedizin wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in den Spalten „Mindestvoraussetzung“, „Qualitätsanforderung Komplex“ und „Qualitätsanforderung Hochkomplex“ die Anforderung für das Vorhalten eines Notfall-Labors am Standort oder eines Notfall-Labors in Kooperation plus PoC-Laboranalytik gestrichen, da diese Anforderung Teil der Grundausstattung eines Krankenhauses ist.

In LG 55 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) erfolgt eine redaktionelle Ergänzung, um die Facharztbezeichnungen an die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer anzupassen.

In den LG 58 bis 63 werden im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ jeweils die Angabe „Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz“ gestrichen. Die Bestellung eines Transplantationsbeauftragten am Entnahmekrankenhaus ist in § 9b des Transplantationsgesetzes geregelt. Näheres wird durch das jeweilige Landesrecht geregelt, sodass es keiner weiteren Regelungen in der LG bedarf. Ferner hat die Bundesärztekammer Richtlinien zur Trans-plantationsmedizin verfasst, die unter anderem auch Regelungen zu der Zusammensetzung und den Aufgaben der Interdisziplinären Transplantationskonferenzen treffen (https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen/transplantationsmedizin).

Bei allen LG werden in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ unter „Mindestvoraussetzung“ Angaben zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung aufgenommen.

Die Pflegepersonaluntergrenzen bilden die minimale Pflegepersonalausstattung ab, die zur Gewährleistung der Patientensicherheit und zum Schutz des Personals unabdingbar ist. Daher wird die Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen am gesamten Krankenhausstandort im Monatsdurchschnitt zum Qualitätskriterium von Leistungsgruppen gemacht. Das Qualitätskriterium der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen bezieht sich auf die pflegesensitiven Bereiche, die nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) für den jeweiligen Standort ermittelt wurden. Das Kriterium entfaltet nur dann Relevanz, wenn an dem jeweiligen Krankenhausstandort pflegesensitive Bereiche vorhanden sind. Für die Feststellung der Einhaltung ist die letzte verfügbare Jahresmeldung nach § 137i Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblich.

Bei Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen gelten die allgemeinen Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen bei Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen, so dass die Sicherstellung der Versorgung auch bei kurzfristiger Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht gefährdet ist, gleichzeitig aber ein hoher Anreiz zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen wird.

Zu Artikel 1a (§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes)

Infolge der Aufgabenübertragung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135d SGB V wird geregelt, dass Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses erstinstanzlich künftig vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entschieden werden.

Zu Artikel 2 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Mit der Änderung wird eine intensive Beteiligung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung der Selbstverwaltungspartner über eine Einzelfallabweichung von der Krankenhausstandortdefinition vorgesehen. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Kenntnisse der Planungsbehörden über die regionalen Gegebenheiten und die Versorgungssituation bei der Entscheidung der Selbstverwaltungspartner über eine Ausnahme von der Krankenhausstandortdefinition berücksichtigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben das Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde vor einer Vereinbarung über eine Einzelfallabweichung herzustellen. Sofern die Schiedsstelle tätig wird, ist zusätzlich geregelt, dass auch die Schiedsstelle die zuständige Landesbehörde beteiligt und die vorgebrachten Argumente bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen hat. Eine angemessene Berücksichtigung der Stellungnahme der Landesplanungsbehörde setzt voraus, dass die Schiedsstelle nur dann von den seitens der Landesplanungsbehörde vorgebrachten Argumenten abweichen kann, wenn sie dies substantiiert schriftlich in ihrer Entscheidung begründet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 2 (§ 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Absatz 1 Satz 6

Durch den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage wird sichergestellt, dass die Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde über die Zuweisung oder Nichtzuweisung einer Leistungsgruppe unmittelbar wirksam bleibt und nicht durch eingelegte Rechtsbehelfe verzögert werden kann. Dies gewährleistet die Kontinuität des neuen, um eine leistungsgruppenbezogene Vorhaltevergütung ergänzten Vergütungssystems und verhindert rechtliche Unsicherheiten in der Übergangsphase der Krankenhausreform. Der Rechtsschutz bleibt durch die Möglichkeit einstweiliger gerichtlicher Entscheidungen nach der Verwaltungsgerichtsordnung unberührt. Erste Erfahrungen mit Rechtsschutzverfahren gegen die in Nordrhein-Westfalen bereits erfolgten Leistungsgruppenzuweisungen zeigen, dass hinsichtlich der Leistungsgruppenzuweisung nicht ausschließlich Verpflichtungsbegehren, sondern auch Anfechtungsbegehren statthaft sein können. Mit Blick auf das besondere öffentliche Interesse von insbesondere bedarfsgerechten Leistungsgruppenzuweisungen und der insofern auch betroffenen finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, ist daher die im Fall eines Anfechtungsbegehrens grundsätzlich nach § 80 Absatz 1 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung eingreifende aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs auszuschließen.

Zu Absatz 2 Satz 4

Mit der Änderung wird klargestellt, dass das in § 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelte Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien, keine Anwendung findet, wenn die Leistungsgruppe in einem Land, das bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen hat, bis zum 31. Dezember 2030 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wird. Für die nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen gelten eigene Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der jeweiligen nach Landesrecht maßgeblichen Qualitätskriterien. Der Medizinische Dienst ist daher erst für Zuweisungen der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen mit Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Nummer 1 SGB V zu beauftragen. Dies gilt auch, wenn die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen in einem Land, das bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen hat, bereits vor dem 31. Dezember 2030 nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen werden sollen. In diesem Fall ist das in Absatz 2 Satz 2 und 3 geregelte Nachweisverfahren anwendbar, sodass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachzuweisen ist. Bis zu dessen Übermittlung kann die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung des jeweiligen Krankenhauses nachgewiesen werden.

Zu Absatz 4 Satz 2

Mit dem neuen § 6a Absatz 4 Satz 2 wird für die Zuweisung von Leistungsgruppen mit Bescheid spätestens vom 31. Dezember 2026 zum 1. Januar 2027 vorgesehen, dass die zuständige Landesbehörde lediglich das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen hat. Die übrigen in Satz 1 geregelten Voraussetzungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien gelten weiterhin. Voraussetzung ist daher auch für diese Zuweisungen, dass die Qualitätskriterien nicht in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können und dass ein in Satz 1 genannter Ausnahmetatbestand erfüllt ist. Durch die Änderung wird sichergestellt, dass die erstmalige Leistungsgruppenzuweisung und der damit in Zusammenhang stehende Planungsprozess zügig abgeschlossen werden kann. Für Landesplanungsbehörden, die die Leistungsgruppenzuweisungen bereits zum 31. Dezember 2026 abschließen, gilt insofern eine Verfahrenserleichterung, mit der die frühzeitige Umsetzung des Transformationsprozesses gefördert wird.

Mit der Krankenhausreform soll eine zeitnahe Umstellung der Krankenhausplanung auf das neue System der Leistungsgruppen erfolgen. Diese Umstellung muss geeignet sein, um die flächendeckende und qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen sowie frühzeitig Planungs- und Rechtssicherheit für die Landesplanungsbehörden und die Krankenhäuser zu erzielen. Die Länder werden durch die angepasste Regelung dabei unterstützt, den Transformationsprozess zu gestalten (Umstellungszeit für Baumaßnahmen). Durch die Regelung, dass für eine erstmalige Leistungsgruppenzuweisung im Rahmen der Ausnahmeregelung, die mit Wirkung für 2027 spätestens bis zum 31. Dezember 2026 erfolgt, das Benehmen mit den Kostenträgern herzustellen, wird erreicht, dass die zügige Umstellung auf das neue Leistungsgruppensystem beschleunigt wird.

Zu Absatz 4 Satz 3

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Anpassung in dem neuen § 6a Absatz 4 Satz 3 wird die Möglichkeit einer Verlängerung der Ausnahme für eine Leistungsgruppenzuweisung trotz nicht erfüllter Qualitätskriterien um höchstens drei Jahre geschaffen. Damit wird den Ländern ermöglicht, Versorgungslücken während laufender Umstrukturierungsprozesse zu vermeiden, ohne die bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben grundsätzlich in Frage zu stellen.

Zugleich wird ausdrücklich klargestellt, dass mit der Verlängerungsmöglichkeit kein Automatismus weiterer Ausnahmeentscheidungen geschaffen wird. Eine Verlängerung kommt insbesondere in Betracht, wenn sich ein konkret eingeleiteter Transformationsprozess – etwa eine Zusammenlegung oder Schließung von Standorten – bereits in Umsetzung befindet, dessen Abschluss jedoch innerhalb der ursprünglichen Befristung ausnahmsweise noch nicht erreicht werden konnte. Die Voraussetzungen für eine Verlängerung bleiben damit eng auf den konkreten Einzelfall begrenzt. Insgesamt gewährleistet die Regelung damit, dass Ausnahmen ausschließlich der geordneten Umsetzung der Krankenhausreform dienen und nicht zur dauerhaften Umgehung von Qualitätsvorgaben führen können. Zugleich wird den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ein begrenzter, sachlich gerechtfertigter Handlungsspielraum eingeräumt, um die Versorgung während laufender Strukturveränderungen verlässlich sicherzustellen.

Zu Absatz 4 Satz 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, mit der aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes 2 ein Verweis angepasst wird.

Zu Absatz 4 Satz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, mit der aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes 2 ein Verweis angepasst wird.

Zu Absatz 4 Satz 7 ff

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neuregelung in Absatz 4 Satz 2. Zudem wird geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen innerhalb von vier Wochen über die Einvernehmenserteilung zu entscheiden haben. Anderenfalls gelten die Regelungen des § 211a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wonach jeweilige Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassenverbände eine Einigung treffen.

Zu Absatz 5 Satz 2 Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, mit der aufgrund der Einfügung eines neuen Absatz 4 Satz 2 Verweise angepasst werden.

Zu Absatz 6 Satz 3ff

Weist die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung einem Krankenhausstandort vorläufig oder unbefristet eine Leistungsgruppe zu, hat die zuständige Landesbehörde dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die einem Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe und das Datum, ab dem die Zuweisung gilt, unverzüglich mitzuteilen. Auf der Grundlage dieser Mitteilung wird für diese zugewiesenen Leistungsgruppen, unabhängig von der Meldung nach Absatz 6 Satz 1, ein unterjähriges Vorhaltevolumen ermittelt und ein Bescheid erlassen (siehe auch Änderungen zu § 37 Absatz 6). In der darauf folgenden Datenübermittlung nach Absatz 6 Satz 1 sind diese Leistungsgruppen in den unter Nummer 1 genannten zugewiesenen Leistungsgruppen zu melden.

Zu Absatz 7

Die Änderung erfolgt in Folge der Änderung des § 135d Absatz 2 SGB V.

Zu Absatz 8

Die Ergänzung eines neuen Absatzes 8 dient der rechtlichen Klarstellung und Absicherung der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl 2024 I Nr. 400) (KHVVG) verfolgten Ziele einer qualitätsorientierten, bedarfsgerechten und wirtschaftlich tragfähigen Krankenhausversorgung. Die leistungsgruppenbezogene Planung und Vorhaltevergütung bildet künftig die zentrale Grundlage der stationären Versorgung und ersetzt wesentliche Bereiche des bisherigen Finanzierungssystems. Um die Funktionsfähigkeit dieses neuen Systems auch während laufender gerichtlicher Verfahren sicherzustellen, sind präzisierende Regelungen erforderlich. Der neue Absatz 8 konkretisiert daher, welchen Belangen der Gesetzgeber für die gerichtliche Voll-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zugsfolgenabwägung ein hohes Gewicht beimisst und stellt sicher, dass während eines anhängigen einstweiligen Rechtsschutzverfahrens ausschließlich Rechtsfolgen eintreten können, die mit der Systematik der Leistungsgruppen vereinbar sind.

Mit der normativen Feststellung eines besonderen öffentlichen Interesses an der Leistungsgruppenzuweisung wird die herausragende Bedeutung der Krankenhausplanung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung gesetzlich klargestellt. Die leistungsgruppenbezogene Planung dient nicht nur der medizinischen Qualitätssicherung und Konzentration der Versorgungsstrukturen, sondern ist zugleich ein wesentlicher Baustein zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Gesetzgeber verfügt bei der Auswahl und Gewichtung öffentlicher Interessen über einen weiten Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum. Dies folgt aus seiner demokratischen Legitimation und der ihm verfassungsrechtlich zugewiesenen Verantwortung, über die Organisation der Gesundheitsversorgung und die Ausgestaltung solidarischer Sicherungssysteme zu entscheiden. Es ist ihm daher unbenommen, bestimmte Gemeinwohlbelange — wie die Sicherstellung der Versorgungssicherheit oder die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Krankenhausversorgung sowie die finanzielle Stabilität der GKV — als besonders gewichtig einzustufen und dies normativ zum Ausdruck zu bringen.

Durch die besondere gesetzliche Gewichtung dieser Interessen wird kein neuer Maßstab geschaffen, sondern ein bereits in der Daseinsvorsorge angelegtes staatliches Schutz- und Steuerungsinteresse klar konturiert. Eine solche Konkretisierung entspricht der gesetzlichen Praxis in anderen Bereichen, bspw. im Erneuerbare-Energien-Gesetz, im Naturschutzrecht oder im Infektionsschutzrecht und leitet die gerichtliche Abwägung an, ohne die Rechtsschutzgarantie einzuschränken. Die Krankenhausplanung ist ein komplexes, langfristiges und hoch sensibles Steuerungssystem. Sein Funktionieren hängt maßgeblich davon ab, dass die gesetzlichen Vorgaben planbar, belastbar und nicht durch eine Vielzahl divergierender Eilentscheidungen ausgehöhlt werden. Die Feststellung eines besonderen öffentlichen Interesses trägt dieser Systemlogik Rechnung und dient der Planungs- und Investitionssicherheit für Krankenhausträger, Krankenkassen und Versicherte gleichermaßen.

Die Abwägungsdirektive in Satz 1 verpflichtet das Gericht, die gesetzgeberisch herausgehobenen Belange der Versorgungssicherheit, Qualität und finanziellen Stabilität der GKV bei gerichtlichen Entscheidungen, und hier insbesondere bei Eilentscheidungen, besonders zu berücksichtigen. Diese Form der legislativen Setzung einer Abwägungsrelevanz ist verfassungsrechtlich unbedenklich und in vielen Fachrechtsmaterien anerkannt. Sie greift nicht in die richterliche Unabhängigkeit ein, sondern schafft lediglich Klarheit darüber, welches Gewicht dem Gesetzgeber zufolge bestimmten Gemeinwohlinteressen beizumessen ist. Gerade in Bereichen mit hoher gesamtgesellschaftlicher Bedeutung und komplexen Steuerungsinstrumenten — wie im Energieinfrastrukturrecht, Immissionsschutzrecht oder Naturschutzrecht — hat sich eine solche normative Abwägungslenkung als essenziell für die Funktionsfähigkeit des Systems erwiesen. Das gilt umso mehr für die Krankenhausplanung und -versorgung, die ebenfalls stark von kohärenten und vollziehbaren Strukturen abhängt.

Mit Satz 2 wird ergänzend für gerichtliche Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes klargestellt, dass bei der Entscheidung über vorläufige Maßnahmen zu berücksichtigen ist, dass eine Krankenhausvergütung außerhalb der Leistungsgruppensystematik gesetzlich ab 01.01.2028 nicht mehr besteht. Mit Inkrafttreten des neuen, um eine leistungsgruppenbezogene Vorhaltevergütung ergänzten Vergütungssystems wird das bisherige Vergütungssystem abgelöst, vgl. § 37 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Eine Vergütung ohne Zuweisung der einschlägigen Leistungsgruppe ist daher grundsätzlich nicht mehr vorgesehen (Ausnahme: Notfälle, Tagesentgelte für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen). Ein Rückgriff auf das frühere Vergütungssystem ist materiell-rechtlich nicht vorgesehen. Der Rückgriff würde nicht nur den einheitlichen Vollzug der Krankenhausreform gefährden, sondern auch die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beeinträchtigen. Der Gesetzgeber ist befugt, sicherzustellen, dass während eines laufenden Gerichtsverfahrens keine materiell-rechtlichen Zustände wiederhergestellt werden, die nicht mehr der geltenden Rechtslage entsprechen. Die Regelung verpflichtet das Gericht nicht zu einem bestimmten Ergebnis, sondern stellt lediglich klar, welche materiellen Rechtsfolgen im gegenwärtigen Vergütungssystem überhaupt noch in Betracht kommen. Der verfassungsrechtlich garantierte effektive Rechtsschutz bleibt hiervon unberührt.

Zu Nummer 3a (§ 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im geänderten Satz 1 wird auf das Erfordernis, bei der Bestimmung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen das Benehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen herzustellen, verzichtet. Vor dem Hintergrund, dass nur Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) mit den Landesverbänden der Pflegekassen geschlossen haben, zur Erbringung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI zugelassen sind, und dass diese Leistungen zudem kein Pflichtangebot der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen darstellen, ist das Benehmenserfordernis entbehrlich.

Der neue Satz 2 stellt die bereits mit der geltenden Fassung des Absatzes 1 intendierte Rechtslage klar, dass eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nur an einem eigenständigen Krankenhausstandort im Sinne des § 2a Absatz 1 betrieben werden kann. Nicht möglich ist es insofern, für die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung lediglich einen Teil eines bestehenden Krankenhausstandortes „abzuspalten“ und in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus, dem Leistungsgruppen zugewiesen werden und das Vorhaltevergütung für diese Leistungsgruppen erhält, eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung vom selben Krankenhausträger, die einer anderen Finanzierungssystematik unterliegt, zu betreiben. Das bedeutet, dass eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und ein Krankenhaus höherer Versorgungsstufe nicht in einem gemeinsamen Gebäude oder zusammenhängenden Gebäudekomplex oder auf einem gemeinsamen Flächenstandort, für den der in § 2a Absatz 1 Satz 2 genannten Maximalabstand Luftlinie gilt, betrieben werden können.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind ein elementarer Teil des bereits mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl 2024 I Nr. 400) (KHVVG) geschaffenen gesetzgeberischen Konzepts, der Bevölkerung eine nach Versorgungsstufen gestaffelte Krankenhausstruktur zur Verfügung zu stellen, die durch mehr Spezialisierung und den Abbau nicht benötigter Krankenhauskapazitäten eine stärkere Konzentration und verbesserte Qualität in der Krankenhausversorgung bewirkt. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen sich als Krankenhäuser der Grundversorgung bei ihren akutstationären Leistungen auf bestimmte einfachere, weniger komplexe Operationen und Behandlungen konzentrieren. Hierfür gibt die von der Selbstverwaltung auf Bundesebene nach § 115g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) abzuschließende Vereinbarung den abstrakten Leistungsrahmen, differenziert nach Pflichtleistungen und optionalen Leistungen, vor. Welche akutstationären Leistungen die einzelne sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung konkret zu erbringen hat, bestimmt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in ihrem Feststellungsbescheid nach § 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), mit dem sie den konkreten Versorgungsauftrag festlegt. An diesen knüpfen auch die nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zu schließenden Vergütungsvereinbarungen an. Diese Funktion der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die sie von den Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen unterscheidet, erfordert einen Umstrukturierungsprozess, der in der Regel mit der Aufgabe verschiedener Leistungsbereiche bzw. der Schließung von Abteilungen verbunden ist und so den intendierten Abbau nicht benötigter Krankenhauskapazitäten befördert. Diesem Ziel würde es zuwiderlaufen, wenn es möglich wäre, für einen Teil des bestehenden Krankenhausstandorts die Zuweisung von Leistungsgruppen zu erwirken und einen anderen Teil desselben Standorts abzuspalten und für diesen zusätzlich die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zu erreichen. Dies stünde dem mit dem KHVVG avisierten Ziel der Transformation der Krankenhausstrukturen entgegen und birgt die Gefahr von Ausweichstrategien. Das nunmehr explizit in Satz 2 formulierte Standortverständnis liegt auch dem in § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 KHG und in § 3 Absatz 2 Satz 1 der Krankenhaustransformationsfondsverordnung (KHTFV) geregelten Fördertatbestand für den Transformationsfonds zugrunde. Mit der Fördervoraussetzung, dass es sich um Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes handelt, sind nur solche gemeint, bei denen ein bestehender Krankenhausstandort vollständig in der Weise umstrukturiert wird, dass an diesem Standort ausschließlich die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben wird.

Der neue Satz 3 enthält eine Klarstellung, dass eine Bestimmung zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nur zu einem künftigen Jahresbeginn wirksam werden kann. Die Bestimmung zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wird ab dem 1. Januar des Kalenderjahres wirksam, das die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in ihrem Bescheid festgelegt hat. Dies ist erforderlich, um Budgetverhandlungen für unterjährige Zeiträume zu vermeiden, die Komplexität der Vergütungsvorschriften nicht zu erhöhen und um einen Gleichklang der vorliegenden Regelung mit § 6c Absatz 7 Satz 5 KHEntgG zu erreichen. Erst dann wird der neue Versorgungsauftrag wirksam und es besteht für das zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bestimmte Krankenhaus die Möglichkeit, Tagesentgelte anstelle der bisherigen DRG-Vergütung abzurechnen. Das bedeutet, dass bei unterjährigen Bestimmungen zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die ab dem Jahr 2028 erfolgen, auch für diese Krankenhausstandorte die Vorgaben zu Leistungsgruppen, Qualitätskrite-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rien, Vorhaltebudgets und die in § 8 Absatz 4 KHEntgG geregelten Abrechnungsbeschränkungen für das gesamte Jahr Anwendung finden.

Zu Nummer 3b (§ 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Satz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7.

Zu Satz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7 sowie um eine rechtsförmliche Änderung.

Zu Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Mit der Änderung wird der Zeitpunkt der erstmaligen Zurverfügungstellung der Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität angepasst. Da es theoretisch möglich ist, dass das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) bereits im Februar 2026 – anders als ursprünglich angenommen – in Kraft treten könnte, sollen die Mittel zur Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds statt zum 1. April 2026 eine Woche nach Inkrafttreten des KHAG zur Verfügung gestellt und damit eine rasche Auszahlung beantragter Fördermittel bereits vor dem 1. April 2026 ermöglicht werden.

Zu Absatz 1 Satz 3 Nummer 3

Mit diesem Fördertatbestand soll die telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern gefördert werden. Auf diese Weise soll zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beigetragen und, nicht zuletzt mit Blick auf krisenbedingte Belastungssituationen der Leistungserbringer, der Austausch von patientenbezogenen und anderen Daten ermöglicht werden. Hierfür ist es von entscheidender Bedeutung, dass die zu fördernden Netzwerkstrukturen eine bundesweite Kommunikation ermöglichen und insofern einheitlichen Standards entsprechen. Solange die bundeseinheitlichen Vorgaben nicht festgelegt sind, ist eine Förderung nach diesem Fördertatbestand nicht möglich.

Zu Absatz 1 Satz 3 Nummer 8

Durch die Änderung wird ermöglicht, dass im Rahmen eines Konzentrationsvorhabens oder eines Verbundvorhabens auch die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für weitere, der in § 2 Absatz 1a genannten, Ausbildungsberufe aus dem Transformationsfonds gefördert werden kann. Verglichen mit der Gruppe der Auszubildenden im Bereich der Pflegeberufe handelt es sich um zahlenmäßig bedeutend kleinere Berufsgruppen, die aber teils stark vom Fachkräftemangel betroffen sind.

Zu Absatz 2 Satz 1

Es handelt sich um eine aus rechtsförmlichen Gründen vorgenommene inhaltsgleiche Überführung des bisherigen Wortlauts des § 12b Absatz 2a, welcher mit dem Haushaltsbegleitgesetz vom 30. September 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 231 vom 02.10.2025) beschlossen und mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten ist.

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 3

Nach Artikel 143h Absatz 2 des Grundgesetzes steht den Ländern aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität ein Betrag in Höhe von 100 Milliarden Euro zur Finanzierung von Investitionen in die Infrastruktur zur Verfügung. Das Nähere hierzu wird durch das Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) vom 20. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 246 vom 23.10.2025) geregelt. Das LuKIFG enthält keine Einschränkung, die der Nutzung der Mittel aus dem Sondervermögen zur Kofinanzierung bestehender Förderprogramme entgegensteht. Diese Mittel dürfen von den Ländern daher grundsätzlich auch zur Kofinanzierung von Vorhaben aus dem Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) genutzt werden. Mit der Änderung der Nummer 3 wird geregelt, dass es sich bei den Mitteln, die die Länder zur Kofinanzierung der KHTF-Vorhaben einsetzen, nicht um eigene Haushaltsmittel der Länder handeln muss. Ausreichend ist, dass die Länder den Kofinanzierungsanteil in der erforderlichen Höhe aus ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln aufbringen. Demnach können die Länder auch die ihnen nach dem LuKIFG zustehenden Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Kofinanzierung von KHTF-Vorhaben einsetzen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Änderung des § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird zugleich die Regelung zur Höhe des Kofinanzierungsanteils der Länder angepasst. Der reduzierte Kofinanzierungsanteil von mindestens 30 Prozent gilt danach für Vorhaben, deren Förderung bis zum 31. Dezember 2029 beantragt wurde und ist begrenzt auf Fördermittel in Höhe des Fördervolumens, das dem jeweiligen Land für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 zur Verfügung steht. Werden Fördermittel aus den Kalenderjahren 2026 bis 2029 in nachfolgende Kalenderjahre gemäß § 12b Absatz 2 Satz 4 übertragen, gilt der reduzierte Kofinanzierungsanteil dementsprechend auch für diese Fördermittel, sofern das jeweilige Land diese Mittel bis zum 31. Dezember 2029 beantragt hat. Zudem haben die Länder die Möglichkeit, nach § 4 Absatz 1 Satz 7 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) die Auszahlung der Fördermittel in jährlichen Teilbeträgen zu beantragen. Durch diese Möglichkeit der Teilauszahlung in Folgejahren können die Länder auch nach dem 1. Januar 2030 von dem reduzierten Kofinanzierungsanteil profitieren. Ab einer Antragstellung ab dem 1. Januar 2030 und für Fördermittel, die das Fördervolumen für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 überschreiten, gilt der in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b geregelte Kofinanzierungsanteil von mindestens 50 Prozent.

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b

Neben der Nutzung für die Kofinanzierung können die Länder die ihnen nach dem LuKIFG zustehenden Mittel auch für ihre „normale“ Investitionskostenfinanzierung nach § 9 nutzen, deren Beibehaltung für die Förderung aus dem KHTF vorausgesetzt ist und nachgewiesen werden muss. Mit der Änderung der Nummer 4 Buchstabe a und b wird dementsprechend sichergestellt, dass auch eine aus den LuKIFG-Mitteln erfolgte Investitionskostenfinanzierung für die Voraussetzung der Aufrechterhaltung der bisherigen Investitionskostenförderung der Länder, die unabhängig von den KHTF-Förderungen erfolgen muss, berücksichtigt wird. Hierfür wird die bisherige Formulierung der Nummer 4 Buchstabe a und b, der die Annahme zugrunde lag, dass auch die Kofinanzierungsanteile nach Nummer 3 in den Haushaltsplänen ausgewiesen werden, angepasst.

Zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 6

Mit der Änderung wird der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln aus dem Krankenhaustransformationsfonds bei Vorhaben von Hochschulkliniken angepasst. Statt der im Gesetzentwurf bisher vorgesehenen jährlichen Mitteilung, soll der Nachweis nur noch im Rahmen der Antragstellung und bei der Prüfung des Verwendungsnachweises erfolgen. Jährliche Zwischenprüfungen, wie sie etwa für den Krankenhausstrukturfonds oder den Krankenhauszukunftsfonds gelten, wurden bei der Errichtung des Krankenhaustransformationsfonds bewusst nicht vorgesehen. Zur bürokratiearmen Ausgestaltung des Förderverfahrens wurde in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) stattdessen ein Nachweis nach Abschluss des Vorhabens im Rahmen des Verwendungsnachweises geregelt. Dies soll auch für die förderfähigen Vorhaben von Hochschulkliniken gelten. Durch die Änderung in Nummer 1 soll das Nachweisverfahren über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln für alle Vorhaben vereinheitlicht werden, unabhängig davon, ob Hochschulkliniken daran beteiligt sind.

Zugleich gilt nach § 7 Absatz 4 KHTFV eine Anzeigepflicht der Länder, etwa wenn sie Kenntnis darüber erlangen, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung der Fördermittel nicht mehr erfüllt werden, weil sich maßgebliche Umstände ändern oder wegfallen. Für Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, soll durch die Regelung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 sichergestellt werden, dass die Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden und eine zweckwidrige Verwendung oder eine doppelte Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist. Erlangt die zuständige Landesbehörde davon Kenntnis, dass die zuvor genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind und Fördermittel zweckwidrig eingesetzt werden oder wurden, hat sie dies gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung unverzüglich anzuzeigen.

Zu Absatz 3 Satz 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Änderungen in Satz 1 Nummer 3 und 4.

Zu Nummer 6a (§ 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Analog zu der Regelung in § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) hinsichtlich der Vereinbarung des Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalogs und aus den dort genannten Gründen wird auch bei einer nicht oder nicht vollständig erfolgten Einigung der Vertragsparteien hinsichtlich der Vereinbarung der Richt-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

werte für die Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge im Rahmen der Ausbildungskostenfinanzierung eine Festlegung durch die Bundesschiedsstelle vorgesehen.

Zu Nummer 7 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Absatz 4c

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des Absatzes 7.

Zu Absatz 7

Die Ermächtigungsgrundlage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Erlass diverser Rechtsverordnungen wird gestrichen. Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine in § 17b genannte Vereinbarung verständigen, nimmt die Bundesschiedsstelle künftig die entsprechenden Festlegungen vor. Dies gilt auch für Vereinbarungen über das Vergütungssystem (siehe Änderungen in § 9 Absatz 2 KHEntgG) und über die Richtwerte nach § 17a Absatz 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten (siehe Änderung zu § 17a Absatz 4b Satz 3). Eine Ersatzvornahme durch Erlass einer Rechtsverordnung seitens des BMG ist aus den in der Begründung zur Regelung in § 9 Absatz 2 Satz 1 des KHEntgG genannten Gründen daher nicht mehr angezeigt.

Zu Nummer 7a (§ 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Die Ermächtigungsgrundlage des BMG zum Erlass diverser Rechtsverordnungen wird gestrichen. Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine Vereinbarung nach § 17d verständigen, nimmt die Bundesschiedsstelle die entsprechenden Festlegungen vor. Die Regelung ist für eine durchgängige Beauftragung der Selbstverwaltung und damit deren Stärkung angezeigt. Durch die Anpassung des Konfliktlösungsmechanismus werden die Selbstverwaltungsparteien in der verantwortlichen Ausfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben gestärkt.

Zu Nummer 7b (§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Die Regelung, die Kosten durchgeführter Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, separat über ein Zusatzentgelt zu vergüten, wird aufgehoben. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Zukünftig werden für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehende Kosten systemkonsistent im Rahmen des Vollkostenansatzes der Kalkulation berücksichtigt.

Zu Nummer 8 (§ 37 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Absatz 1

Um sicherzustellen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) das Vorhaltevolumen auf der Grundlage der richtigen Fallzahl ermittelt, sind Ergänzungen im Hinblick auf die Umwandlung eines DRG-Krankenhauses in eine besondere Einrichtung und von einer besonderen Einrichtung in ein DRG-Krankenhaus vorzunehmen. Daher wird mit der Ergänzung in Satz 2 vor der Aufzählung geregelt, dass das InEK neben den bereits auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle auch die Fälle von Krankenhäusern bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens berücksichtigt, die bisher als besondere Einrichtungen vom Vergütungssystem ausgenommen waren – und daher keine Vorhaltevergütung erhalten haben – und in dem jeweils folgenden Kalenderjahr als DRG-Krankenhaus auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden. Zudem stellt die Regelung in Satz 2 Nummer 5 sicher, dass das InEK Fälle von Krankenhäusern, die in dem jeweils folgenden Kalenderjahr als besondere Einrichtung vom Vergütungssystem ausgenommen sind – und daher keine Vorhaltevergütung erhalten – nicht bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens berücksichtigt.

Darüber hinaus erfolgt in Satz 2 Nummer 4 eine redaktionelle Vereinheitlichung der Formulierung.

Die ergänzten Regelungen in den Sätzen 3 und 4 dienen der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für Krankenhausstandorte Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese krankenhausplanerische Zuweisung rechts-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird und die frühzeitige Zuweisung somit zu keiner Schlechterstellung der Krankenhäuser in diesem Land führt.

Mit der Ergänzung in Satz 3 wird sichergestellt, dass bei der rechnerischen Aufteilung des Vorhaltevolumens in Nordrhein-Westfalen auch die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie berücksichtigt wird. Hierdurch wird eine Verteilung des in § 39 Absatz 1 genannten Förderbetrags für den Bereich Spezielle Traumatologie auch auf Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ermöglicht. Zudem wird dadurch erreicht, dass die in Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 genannte Information über die Höhe der ermittelten und aufgeteilten Vorhaltevolumina auch für Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie umfasst und insoweit vervollständigt.

Während der bisherige Satz 4 regelt, dass das für ein Land und für eine Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufgeteilt wird, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, sieht die Ergänzung vor, dass unter bestimmten Voraussetzungen das für ein Land und für eine Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufzuteilen ist, bei denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe nach bundeseinheitlichen Vorgaben zugeordnet worden sind. Dies gilt, wenn die beiden Voraussetzungen erfüllt sind, dass ein Land Leistungsgruppen Krankenhäusern für Krankenhausstandorte bis zum 31. Dezember 2024 nach Landesrecht zugewiesen hat und für das betroffene Kalenderjahr keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort in diesem Land eine Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, die derzeit in der zweiten Spalte der Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannt ist. Für das einschlägige Land Nordrhein-Westfalen handelt es sich hierbei um die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie. Auch für eine solche Leistungsgruppe ermittelt das InEK ein Vorhaltevolumen. Das für das Land für eine solche Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen wird rechnerisch auf die Krankenhausstandorte aufgeteilt, bei denen das Krankenhaus auf der Grundlage des sogenannten Leistungsgruppen-Groupers im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG zugeordnet hat. Für Leistungsgruppen, die Krankenhäusern für Krankenhausstandorte von einem Land bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, erfolgt die rechnerische Aufteilung des ermittelten Vorhaltevolumens auf die Krankenhausstandorte, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist. Durch die Ergänzung in Satz 4 wird zugleich sichergestellt, dass Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen an der Aufteilung des Förderbetrags für den Bereich Spezielle Traumatologie nach § 39 beteiligt werden, da dort auf § 37 Absatz 1 Satz 4 Bezug genommen wird.

Ferner wird durch die Ergänzungen in den Sätzen 3 und 4 sichergestellt, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen durch die Berücksichtigung der Fälle, die der Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie zuzuordnen sind, in gleicher Weise wie die Krankenhäuser in den anderen Ländern an der Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken nach § 38 beteiligt werden, auch wenn diese Leistungsgruppe in den landesrechtlichen Vorschriften nicht existiert und daher nicht zugewiesen wurde. Weitere Sonderregelungen für die Ermittlung, Aufteilung und Auszahlung der für die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken vorgesehenen Zuschläge sind nicht erforderlich.

Zu Absatz 2

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzung in Satz 1 wird vorgesehen, dass das InEK für besondere Einrichtungen keinen Anteil am Vorhaltevolumen ermittelt. Diese Regelung ist notwendig, da besondere Einrichtungen zwar Leistungsgruppen zugewiesen bekommen und nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, aber keine Vorhaltevergütung erhalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der nach Satz 8 eingefügte Satz dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern für Krankenhausstandorte Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird und die frühzeitige Zuweisung somit zu keiner Schlechterstellung der Krankenhäuser in diesem Land

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

führt. Die Regelung sieht vor, dass das InEK in einem Land, in dem zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, für einen Krankenhausstandort auch einen Anteil am Vorhaltevolumen für eine Leistungsgruppe ermittelt, die derzeit in der zweiten Spalte der Anlage 1 zum SGB V genannt ist und nach den landesrechtlichen Vorschriften keinem Krankenhausstandort zugewiesen worden ist, wenn das Krankenhaus bei dem Standort auf der Grundlage des sogenannten Leistungsgruppen-Groupers im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG zugeordnet hat. Die Ermittlung des Anteils erfolgt gemäß den Sätzen 2 bis 8 und damit entsprechend dem Vorgehen bei zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Ermittlung des Anteils erfolgt auch, wenn ein Standort die Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 SGB V nicht erfüllt. Mit der Ermittlung eines Anteils in dem vorgenannten Fall wird eine Verteilung des in § 39 Absatz 1 genannten Förderbetrags für den Bereich Spezielle Traumatologie auch auf Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ermöglicht. Zudem wird dadurch erreicht, dass die in Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 genannte Information über die Höhe der ermittelten und aufgeteilten Vorhaltevolumina auch für Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie umfasst und insoweit vervollständigt. Ferner wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in gleicher Weise wie die Krankenhäuser in den anderen Ländern an der Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken nach § 38 beteiligt werden.

Zu Absatz 3

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 4

Wird die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung verpflichtet, eine Leistungsgruppe zuzuweisen, und weist diese die Leistungsgruppe dem betreffenden Krankenhausstandort zu, erhält das Krankenhaus das Recht, Leistungen aus der betroffenen Leistungsgruppe oder den betroffenen Leistungsgruppen gegenüber den Kostenträgern abzurechnen. Dies umfasst auch die Entgelte zur Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b KHEntgG. Daher ermittelt das InEK nach Absatz 6 ein unterjähriges Vorhaltevolumen für den betroffenen Krankenhausstandort in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen. Dieses Vorhaltevolumen konnte bei der vorangegangenen Ermittlung der Vorhaltevolumina auf Ebene des Landes und der betroffenen Leistungsgruppe oder den betroffenen Leistungsgruppen noch nicht berücksichtigt werden. Zur Vermeidung von Mehrausgaben für die Kostenträger ist das ermittelte unterjährige Vorhaltevolumen bei der nächsten Ermittlung der Vorhaltevolumina auf Ebene des Landes und der betroffenen Leistungsgruppe oder den betroffenen Leistungsgruppen absenkend zu berücksichtigen (Satz 3). Der Umfang der Absenkung entspricht dem nach Absatz 6 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe (Satz 4).

Zu Absatz 5

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Absatz 6

Der ergänzte Absatz 6 enthält Regelungen für den Fall, dass einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort oder für mehrere Krankenhausstandorte eine oder mehrere Leistungsgruppen zugewiesen wurden, weil die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung dazu verpflichtet war. Mit den ergänzten Regelungen wird sichergestellt, dass unter diesen spezifischen Voraussetzungen entgegen dem grundsätzlich auf Jährlichkeit angelegten Vergütungssystem ein unterjähriges Vorhaltevolumen ermittelt und ein Bescheid erlassen wird.

Mit Satz 1 wird das InEK beauftragt, ein Vorhaltevolumen für jede nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 mitgeteilte Leistungsgruppe zu ermitteln. Dafür verwendet das InEK nach Satz 2 die Krankenhausfälle des betroffenen Krankenhausstandorts in der jeweiligen Leistungsgruppe aus den Daten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG, die die Grundlage für die letzte Ermittlung der Vorhaltevolumina nach Absatz 1 gebildet haben. Dadurch wird sichergestellt, dass die Ermittlung der Vorhaltevolumina nach Absatz 1 und Absatz 6 insoweit auf derselben Datengrundlage erfolgt. Dies betrifft auch die nach Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz nicht zu berücksichtigenden Krankenhausfälle (Satz 3). Das InEK hat sodann den Krankenhausfällen des betroffenen Krankenhausstandorts in der jeweiligen Leistungsgruppe die Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Kalenderjah-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

res, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen. Die Ermittlung eines Vorhaltevolumens erfolgt für jede Leistungsgruppe, die nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 mitgeteilt wird. Im nächsten Schritt (Satz 4) hat das InEK die den Krankenhausfällen zugeordneten Vorhaltebewertungsrelationen zu addieren. Das Ergebnis der Addition ist ein Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe für ein ganzes Jahr. Um zu berücksichtigen, dass das Vorhaltevolumen bei einer Mitteilung nach § 6a Absatz 6 Satz 3 und 4 dem Krankenhausstandort nur für einen Teil des Jahres zusteht, hat das InEK das Vorhaltevolumen auf den Zeitraum zu beschränken, der zwischen dem nach § 6a Absatz 6 Satz 4 mitgeteilten Datum, ab dem die Zuweisung gilt, und dem Ende des Kalenderjahres liegt. Das InEK hat bis zum Ende des zweiten auf die Mitteilung folgenden Monats einen Bescheid gegenüber dem Krankenhausträger zu erlassen, aus dem das Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe hervorgeht (Satz 5). Der Bescheid dient auch als Grundlage für den Erlösausgleich für das Vorhaltebudget (siehe Regelungen zu § 6b Absatz 5 KHEntgG). Wie auch bei den Bescheiden nach Absatz 5 hat das InEK eine barrierefreie Veröffentlichung des ermittelten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe auf seiner Internetseite vorzunehmen (Satz 6). Eine zeitnahe Veröffentlichung über den dem jeweiligen Krankenhausträger zustehenden Anspruch auf das je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen ist insbesondere für die Kostenträger von Bedeutung, damit diese Kenntnis über den Umfang ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber den Krankenhausträgern erhalten. Das Nähere zur Ermittlung eines unterjährigen Vorhaltevolumens ist, wie auch die Ermittlung des jährlichen Vorhaltevolumens, in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 vom InEK festzulegen (Satz 7).

Zu Absatz 7

Durch die Änderung bei Nummer 1 wird geregelt, dass auch gegenüber Krankenhäusern in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, Förderbeträge nach § 39 für ihre Krankenhausstandorte mit Bescheid festgestellt werden. Krankenhäuser in anderen Ländern erhalten einen Bescheid über 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 Förderbeträge. Da Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, keine Vergütung eines Vorhaltebudgets erhalten, hat das InEK gegenüber Krankenhäusern in dem jeweiligen Land keinen Bescheid über die Höhe der Vorhaltevolumina zu erteilen. Die Bescheiderteilung wird daher auf die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Förderbeträge beschränkt. Durch die Regelungen in Absatz 1 und 2 ist sichergestellt, dass auch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land für ihre Krankenhausstandorte der Förderbetrag für den Bereich Spezielle Traumatologie nach § 39 aufgeteilt wird.

Die Ergänzung in Nummer 2 dient dazu, dass auch für die Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie in Nordrhein-Westfalen eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina erfolgt. Auch wenn diese Leistungsgruppe in Nordrhein-Westfalen nicht zugewiesen wird, erhalten die Krankenhäuser damit einen vollständigen Überblick über die ermittelten Vorhaltevolumina.

Zu Nummer 9 (§ 38 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Buchstabe b

Zur Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erhalten die Universitätsklinika bereits im Jahr 2027 einen Zuschlag in Höhe von insgesamt 62,5 Millionen Euro. Hierfür wird § 38 um einen Absatz 1a ergänzt. Da für das Jahr 2027 weder Leistungsgruppen noch Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bundesweit zuverlässig zugewiesen sein werden, erfolgt eine Begrenzung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser auf Universitätsklinika. Die Aufteilung der Fördermittel in Höhe von einmalig 62,5 Millionen Euro für das Jahr 2027 erfolgt in Anlehnung an das in Absatz 1 vorgesehene Vorgehen. Es kann jedoch nicht auf die nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina zurückgegriffen werden, da die dafür erforderlichen krankenhausplanerischen Zuweisungen der Länder nicht zuverlässig bundesweit bis zum 30. November 2026 vorliegen werden. Daher wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, für das Kalenderjahr 2027 eine eigenständige Ermittlung und Aufteilung von Vorhaltevolumina für die Aufteilung der in Satz 1 genannten Mittel vorzunehmen, die in den Sätzen 3 bis 7 konkretisiert werden. Demnach hat das InEK auf Basis der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen für die Länder und die Hochschulklinika zu ermitteln. Bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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. Zur Abklärung des Status von Krankenhäusern im Sinne des § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, kann das InEK zur Validierung der verfügbaren Daten, insbesondere bei den Ländern, zusätzliche Informationen einholen. Der Betrag von 62,5 Millionen Euro wird dann zunächst auf die Länder entsprechend ihres jeweiligen Anteils an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder aufgeteilt. In einem zweiten Schritt werden die auf die Länder aufgeteilten Beträge auf die Hochschulkliniken im jeweiligen Land aufgeteilt. Die Aufteilung erfolgt wiederum nach dem Anteil des für die jeweilige Hochschulklinik ermittelten Vorhaltevolumens an der Summe aller für die Hochschulkliniken im jeweiligen Land ermittelten Vorhaltevolumina. Die sich so je Hochschulklinik ergebenden Beträge hat das InEK gemäß Satz 8 barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die veröffentlichten Beträge stellen die Grundlage für die Berechnung der nach § 5 Absatz 3n KHEntgG zu erhebenden Zuschläge dar.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einfügung des neuen Absatz 1a. Buchstabe c entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 11 (§ 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Die Änderung erfolgt in Folge der Änderung des § 135d Absatz 2 SGB V.

Zu Artikel 3 (Krankenhausentgeltgesetz)

Zu Nummer 2 (§ 1 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Mit den neuen Nummern 8 und 9 wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 erstmals Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben, die auf ihre Krankenhausstandorte nach § 39 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aufgeteilten und nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG per Bescheid erteilten Förderbeträge erhalten. Abweichende Regelungen sind aufgrund der Maßgabe erforderlich, dass die Vorschriften zur Vergütung eines Vorhaltebudgets für Krankenhäuser in diesen Ländern bis zum 31. Dezember 2030 keine Anwendung finden.

In der Folge gelten für diese Krankenhäuser auch nicht die in § 7 Absatz 2 Satz 9 enthaltenen Regelungen zur Abfinanzierung der Förderbeträge durch die Abrechnung von erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen. Damit auch Krankenhäuser in dem jeweiligen Land die Förderbeträge über die laufenden Vergütungen erhalten, ist eine entsprechende Regelung erforderlich. Es wird daher in der neuen Nummer 8 angelehnt an § 7 Absatz 2 Satz 9 geregelt, dass hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Förderbetrag nach § 39 Absatz 1 KHG aufgeteilt wurde, für die Fälle, in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden, die dem für diese Aufteilung maßgeblichen Bereich nach § 39 Absatz 2 KHG zugeordnet wurden, ein zusätzlicher Betrag zur Abfinanzierung der Förderbeträge abgerechnet werden kann. Das InEK hat gemäß § 39 Absatz 4 KHG einen Prozentsatz je Leistungsgruppe zu errechnen, der für eine Erhöhung der Vorhaltebewertungsrelationen gemäß § 17b Absatz 4b Satz 5 KHG zur sachgerechten Abfinanzierung der Förderbeträge über die Fallvergütungen zu nutzen ist. Diese prozentuale Erhöhung zur Abfinanzierung der Förderbeträge über die Fallvergütungen wird daher grundsätzlich auch für die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land angewendet. Als Folge der Maßgabe, dass diese Krankenhäuser bis einschließlich des Jahres 2030 keine Vorhaltevergütung erhalten, wird jedoch eine abweichende Berechnung vorgesehen. Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auch bei den Förderbeträgen nach § 39 KHG nicht schlechter gestellt werden, wird abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 9 vorgesehen, dass zum Zweck der Abfinanzierung der Förderbeträge die Differenz zwischen der erhöhten Vorhaltebewertungsrelation und der regulären, nicht erhöhten Vorhaltebewertungsrelation gebildet und mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert multipliziert wird. Die Krankenhäuser rechnen bei den maßgeblichen Fällen den sich so ergebenden Betrag zusätzlich zur effektiven Bewertungsrelation ab und weisen ihn gesondert in der Rechnung aus. Die zur Abfinanzierung vorgesehenen Beträge sind dadurch nicht Teil der effektiven Bewertungsrelation und des Erlösbudgets und unterliegen nicht den dafür geltenden Regelungen, wie zum Beispiel den für das Erlösbudget geltenden Regelungen zu den Erlösausgleichen.

Durch die Maßgabe, dass Krankenhäuser in den jeweiligen Ländern bis einschließlich des Jahres 2030 keine Vorhaltebudgets erhalten, ist in der Folge auch eine abweichende Regelung für den Ausgleich von Mehr- oder

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mindererlösen für die Förderbeträge nach § 39 KHG erforderlich. Den Krankenhäusern wird für die auf ihre Krankenhausstandorte aufgeteilten Förderbeträge gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG ein Bescheid erteilt. Gleichzeitig ist durch die in Nummer 8 genannten Regelungen zur Abfinanzierung der Förderbeträge nicht sichergestellt, dass die Krankenhäuser exakt die beschiedenen Förderbeträge über fallbezogene Abrechnungen erhalten. Für die Krankenhäuser in Ländern, die die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen haben, ist in § 6b Absatz 5 geregelt, dass Mehr- oder Mindererlöse für das Gesamtvorhaltebudget, das auch die Förderbeträge nach § 39 KHG umfasst, vollständig auszugleichen sind. Da in Nummer 1 Buchstabe b geregelt ist, dass die in § 6b enthaltenen Regelungen zur Vergütung eines Vorhaltebudgets für die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land nicht gelten, daher ist es erforderlich, eine davon abweichende Regelung für den vollständigen Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen für die Abfinanzierung der Förderbeträge vorzusehen. Mit der Nummer 9 wird daher geregelt, dass alle auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten, gesondert in der Rechnung auszuweisenden Erlöse des Krankenhauses zu summieren und mit dem nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG beschiedenen Förderbetrag zu vergleichen sind. Der jeweilige Krankenhausträger hat zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten gesondert in der Rechnung auszuweisenden Erlöse vorzulegen. Den Krankenhausträgern soll hierdurch kein zusätzlicher Aufwand entstehen, daher kann diese Summe 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. Sollte der Ausgleichbetrag bei der Budgetverhandlung noch nicht feststehen, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Die Regelung stellt sicher, dass die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land die ihnen per Bescheid erteilten Förderbeträge in voller Höhe erhalten. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die beschiedene Höhe und somit die in § 39 Absatz 1 KHG genannten Förderbeträge auch bundesweit nicht überschritten werden.

Hinsichtlich der Regelungen in § 8 Absatz 12 zum Ausschluss der Erhebung von Abschlägen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer von Fällen aus dem Bereich Pädiatrie sind keine weiteren Sonderregelungen für Krankenhäuser in dem jeweiligen Land erforderlich, da auch für diese eine Zuordnung von Fällen zum Bereich Pädiatrie möglich ist.

Zu Nummer 4 (§ 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Zu Buchstabe e

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygiene-Förderprogramm ist ein Finanzierungsinstrument, das die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen sollte. Die Förderungen im Bereich der Infektiologie wurden schwerpunktmäßig mit der Verlängerung des Programms seit dem Jahr 2022 verstärkt. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung infektiologischer Expertise in den Kliniken gezeigt. Das Förderprogramm wurde daher ab dem Jahr 2023 durch die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingeführten Änderungen des § 4 Absatz 9 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes um weitere drei Jahre verlängert, inhaltlich auf die Infektiologie fokussiert und als „Infektiologieförderprogramm“ fortgeführt. Im Förderzeitraum konnte die erforderliche infektiologische Expertise noch nicht aufgebaut werden. Sie ist jedoch für die erfolgreiche Prävention und Bekämpfung von Infektionen, auch von solchen durch resistente Erreger, von entscheidender Bedeutung. Die Weiterbildungen und Zusatzweiterbildungen betreffenden Fördertatbestände des Infektiologieförderprogramms werden daher mit der vorliegenden Regelung um weitere drei Jahre verlängert. Externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship werden ebenfalls verlängert.

Satz 2 greift die Tatbestände im Bereich der Infektiologie mit einem verlängerten Förderzeitraum auf. Hier wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auf dem 124. Deutschen Ärztetag die bundesweite Einführung eines Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie beschlossen wurde. Eine mehrjährige Facharztweiterbildung war zuvor nur in Mecklenburg-Vorpommern möglich. In allen anderen Ländern bestand lediglich die Möglichkeit, eine einjährige Zusatzweiterbildung in Infektiologie zu durchlaufen. Diese Zusatzweiterbildung Infektiologie wird weiterbestehen und steht allen klinischen Fachdisziplinen offen. Zentrale Inhalte der strukturierten Fortbildung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Antibiotic Stewardship (ABS)“ wurden in die Curricula der Weiterbildung für den neu etablierten Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie überführt.

Satz 2 Nummer 2 und 3 regeln die Förderung von Fort- und Weiterbildungen. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. Um die Etablierung der neuen Facharztweiterbildung für Innere Medizin und Infektiologie zu unterstützen, unterscheiden sich die pauschalen Fördersummen zwischen der mehrjährigen Facharztweiterbildung für Innere Medizin und Infektiologie (jährlich 40 000 Euro) und der einjährigen Zusatzweiterbildung Infektiologie (einmalig 30 000 Euro). Zudem wird die Klarstellung aufgenommen, dass die pauschalen Fördersummen je begonnener Weiterbildung gewährt werden.

Satz 2 Nummer 4 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich „Antibiotic Stewardship“. Die Förderung ist derzeit bis einschließlich 2026 möglich und wird um weitere zwei Jahre verlängert.

Zu Nummer 5 (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe g

Der neue Absatz 3n regelt die Auszahlung der nach § 38 Absatz 1a Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aufgeteilten und nach § 38 Absatz 1a Satz 8 KHG veröffentlichten Beträge für die Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, die den Universitätsklinika im Jahr 2027 zur Verfügung gestellt werden. Die Auszahlung erfolgt in Form eines Rechnungszuschlags. Da es sich bei der finanziellen Förderung um Mittel der Sozialversicherungsträger handelt, sind damit Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Rahmen der Patientenversorgung, nicht jedoch im Bereich Forschung und Lehre zu fördern.

Satz 1 gibt vor, dass Universitätsklinika, auf die vom InEK ein Betrag für die Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben aufgeteilt und veröffentlicht wurde, zur Abrechnung dieses Betrags einen Zuschlag erheben. Sie erheben diesen Zuschlag gegenüber Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden, oder gegenüber deren Kostenträgern. Satz 2 legt fest, dass die Höhe des Zuschlags durch den Krankenhausträger zu ermitteln ist, indem für das Jahr 2027 der nach § 38 Absatz 1a Satz 8 KHG für das Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im Jahr 2027 dividiert wird. Der vom Krankenhausträger ermittelte Zuschlag ist gemäß § 14 Absatz 1 von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Die Genehmigung ist vom Krankenhausträger zu beantragen. Sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr 2027 von dem nach § 38 Absatz 1a Satz 8 KHG für das Jahr 2027 veröffentlichten krankenhausindividuellen Betrag abweichen, sind die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen (Satz 3). Krankenhäuser, für die nach § 38 Absatz 1a Satz 8 KHG kein Betrag für die Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben veröffentlicht wurde, dürfen für das Kalenderjahr 2027 auch dann keinen Zuschlag erheben, wenn ihnen von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 KHG für das Jahr 2027 zugewiesen wurden (Satz 4).

Zu Nummer 5a (§ 6 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7 KHG.

Zu Nummer 5b (§ 6 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nach § 130b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung auf Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 3 SGB V mit Wirkung für alle Krankenkassen Erstattungsbeträge für Arzneimittel, die mit diesem Beschluss keiner Festbetragsgruppe zugeordnet wurden. Ein von den Vertragsparteien vereinbarter oder von der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 4 SGB V festgesetzter Erstattungsbetrag gilt grundsätzlich ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels beziehungsweise nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets (§ 130b Absatz 3a, Absatz 4 Satz 3 SGB V). Die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem bis zu dessen Vereinbarung oder Festsetzung von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Abgabepreis ist vom pharmazeutischen Unternehmer auszugleichen (§ 130b Absatz 3a Satz 9, Absatz 4 Satz 3 SGB V). Der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V entfaltet nicht nur Wirkung im Verhältnis zwischen pharmazeutischen Unternehmern und Krankenkassen, sondern bildet nach § 78 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes grund-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sätzlich allgemein die zulässige Obergrenze für den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, etwa beim Erwerb von Arzneimitteln durch Krankenhäuser.

Mit den Regelungen wird gewährleistet, dass die Wirkung des Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V ab dessen Geltungsbeginn sowohl auf krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) als auch auf Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Entgelte) nach § 6 Absatz 2 KHEntgG und § 6 Absatz 4 BPflV durchschlägt. Auf Grundlage des geltenden Rechts können Krankenhäuser zwar die Differenz zwischen dem bisherigen Abgabepreis und dem Erstattungsbetrag eines Arzneimittels beim pharmazeutischen Hersteller ausgleichen lassen, allerdings gibt es keine gesetzliche Regelung für den Ausgleich der Differenz zwischen dem krankenhausindividuellen Entgelt und dem Erstattungsbetrag gegenüber den Kostenträgern. Die Problematik besteht sowohl bei krankenhausindividuellen Entgelten als auch bei NUB-Entgelten: Es gibt Arzneimittel, für die ein Erstattungsbetrag gilt und für die zunächst ein NUB-Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird, das in der Folge jedoch zu einem krankenhausindividuellen Entgelt migriert. Insofern dienen die Regelungen dazu, die Wirkung des Erstattungsbetrags ab dessen Geltungsbeginn umfassend auf alle hierfür maßgeblichen Entgelte durchschlagen zu lassen, unabhängig davon, ob es sich um ein krankenhausindividuelles Entgelt oder ein NUB-Entgelt handelt.

Die Regelungen sollen sicherstellen, dass Kostenträger höchstens den Erstattungsbetrag und damit die tatsächlichen Aufwendungen der Krankenhäuser zahlen sollen, und die Kostenträger keine darüberhinausgehenden finanziellen Risiken treffen, die aufgrund einer – zumindest vorübergehenden – Überzahlung infolge von regelmäßig deutlich über dem Erstattungsbetrag liegenden originär vereinbarten oder festgesetzten Entgelten entstehen.

Die Regelungen bewirken, dass es keines weiteren Zwischenakts im Wege einer unterjährigen Neuvereinbarung eines entsprechend vereinbarten oder festgesetzten krankenhausindividuellen Entgelts oder NUB-Entgelts für ein Arzneimittel, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V vereinbart oder festgesetzt wurde, durch die Vertragsparteien auf Ortsebene bedarf. Die Regelungen entfalten Wirkung einerseits bezüglich bereits geltender Entgelte und begrenzt deren Höhe insoweit auf den vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrag. Sie erfassen andererseits auch Neuvereinbarungen in Folgejahren, die unabhängig von einem Erstattungsbetrag anstehen und auch künftig erforderlich bleiben. In diesem Rahmen darf kein Entgelt vereinbart werden, das höher ist als der geltende Erstattungsbetrag. In einer Neuvereinbarung können somit im Folgejahr aufgrund des bestehenden Verhandlungsspielraums des krankenhausindividuellen Entgelts bis zur Höhe des Erstattungsbetrags beispielsweise Rabatte verhandelt werden. Zudem wird, da der Erstattungsbetrag nicht erst ab der Vereinbarung oder Festsetzung Geltung entfaltet, sondern grundsätzlich ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels beziehungsweise nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets, für das Entgelt, das in dem Zeitraum zwischen Geltungs- und Vereinbarungs-/Festsetzungszeitpunkt erhoben worden ist, ein Ausgleich vorgesehen.

Zu Absatz 1 Satz 3

Die Regelung sieht vor, dass bei zukünftigen Vereinbarungen von krankenhausindividuellen Entgelten für die Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden darf, das höher ist als der geltende Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel, sofern die Leistung, für die das Entgelt vereinbart wird, die Abgabe dieses Arzneimittels beinhaltet.

Zu Absatz 2 Satz 11

Mit der neuen Regelung in Satz 11 wird gewährleistet, dass die Wirkung des Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V auf die von den Kostenträgern zu erstattenden NUB-Entgelte nach § 6 Absatz 2 durchschlägt. Es wird geregelt, dass bei künftigen Vereinbarungen von NUB-Entgelten für die Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden darf, das höher ist als der geltende Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel, sofern die NUB, für die das Entgelt vereinbart wird, die Abgabe dieses Arzneimittels beinhaltet.

Aufgrund der Neuregelungen zur Berücksichtigung des Erstattungsbetrags bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten für Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 wird die bisherige Regelung in Satz 11 (neu Satz 12) auf Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Jahres 2026 befristet. Die bisherige Regelung in Satz 11 hat zu einer uneinheitlichen Rechtspraxis im Hinblick auf die Erforderlichkeit einer Genehmigung eines unterjährig neu vereinbarten NUB-Entgelts durch die Landesbehörden geführt. Insoweit tragen die Neuregelungen zur Berücksichtigung des Erstattungsbetrags bei NUB-Entgelten sowohl zur Einheitlichkeit der Rechtsanwendung als auch zum Bürokratieabbau bei.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 5c (§ 6a des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die Änderung stellt gesetzlich klar, dass die Kosten für Tätigkeiten, die Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und Hebammen übertragen werden, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, nicht als Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, soweit sie nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen. Mit der Regelung wird gesetzlich verdeutlicht, dass eine Übertragung pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegepersonal nicht zur Berücksichtigung der Kosten im Pflegebudget und zu einer Erhöhung des Pflegebudgets führen darf. Kosten für pflegefremde Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, müssen abgegrenzt werden und sind nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen. Mit dieser Regelung wird ein erster Schritt getan, um das Pflegebudget zielgerichtet auszugestalten. Im Rahmen der kommenden Diskussionen zu den Vorschlägen der GKV-Finanzkommission im Frühjahr dieses Jahres ist die Regelung insgesamt neu zu bewerten und weiterzuentwickeln.

Die Mittel für Pflegepersonalkosten sind nach Absatz 1 Satz 3 zweckgebunden für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen einzusetzen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind nach Absatz 1 Satz 4 vom Krankenhaus zurückzuzahlen. Krankenhäuser müssen gegenüber den Krankenkassen für die Verhandlung des Pflegebudgets nach Absatz 3 Satz 4 ein Testat von einem unabhängigen Jahresabschlussprüfer vorlegen, u. a. auch zur zweckentsprechenden Mittelverwendung.

Auch unabhängig von der Finanzierung über das Pflegebudget ist es im Hinblick auf die Ausbildung und Kompetenz von Pflegekräften nicht sinnvoll, diese mit pflegefernen Hilfstätigkeiten zu beschäftigen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser zur Förderung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, pauschal 2,5 Prozent des Pflegebudgets mit den Kostenträgern vereinbaren können.

Zu Nummer 6 (§ 6b des Krankenhausentgeltgesetzes)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den in § 37 Absatz 4 und 6 KHG enthaltenen Regelungen, mit denen sichergestellt wird, dass auch für Vorhaltevolumina, die in nach § 37 Absatz 6 Satz 5 KHG erlassenen Bescheiden im Zusammenhang mit Leistungsgruppenzuweisungen aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung ausgewiesen werden, ein Vorhaltebudget je Leistungsgruppe zu bilden ist. Zudem wird mit den Änderungen gewährleistet, dass die Bescheide nach § 37 Absatz 6 Satz 5 KHG auch in die Erlösausgleiche nach Absatz 5 und in die Regelungen zur Konvergenz nach Absatz 6 einbezogen werden.

Zu Buchstabe b Absatz 2

Die Änderung in Satz 1 entspricht dem Gesetzentwurf.

Durch die Änderungen in Satz 3 wird als Folge der einjährigen Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auch die Pflicht der Länder, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Feststellungen nach Satz 1 mitzuteilen, verschoben. Zudem erfolgt eine Anpassung der Frist an die Frist für die jährliche Übermittlung der zugewiesenen Leistungsgruppen durch die Länder an das InEK nach § 6a Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Somit hat die erstmalige Mitteilung von Feststellungen nach Satz 1 spätestens zum 30. September 2027 zu erfolgen.

Zu Nummer 6a (§ 6c des Krankenhausentgeltgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 6c Absatz 1 Satz 3 KHG, mit dem der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bestimmung zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung geregelt wird.

Zu Nummer 8 (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7 KHG.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung zu Absatz 5.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 9 (§ 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b Absatz 1b Satz 1

Durch die Änderungen erfolgt jeweils die Ergänzung der bereits mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geregelten gesetzlichen Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026. Hierdurch wird sichergestellt, dass die gesetzgeberisch intendierte Wirkung rechtssicher für das gesamte Jahr 2026 Geltung entfaltet. Insoweit erfolgt jeweils die redaktionelle Ergänzung des andernfalls mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) wegfallenden Teilsatzes. Mit einer weiteren Änderung des § 10 Absatz 6 erfolgt zusätzlich eine Rechtsbereinigung durch Streichung eines erledigten Prüfauftrags.

Zu Buchstabe c Absatz 2 Satz 1

Die Regelung sieht hinsichtlich aller in den Absätzen 1 bis 1c genannten Vereinbarungsgegenstände – und somit auch für den Fallpauschalen- und den Zusatzentgeltekatalog nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 – im Fall einer nicht oder nicht vollständig erfolgten Einigung der Vertragsparteien einheitlich einen Konfliktlösungsmechanismus durch Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei vor. Hierdurch kommt es zu einer Angleichung des Konfliktlösungsmechanismus hinsichtlich der anderen in den Absätzen 1 bis 1c genannten Vereinbarungsgegenstände, bei denen bereits bislang vorgesehen ist, dass die Bundesschiedsstelle entscheidet, soweit die Vertragsparteien keine Einigung erzielen. Die Regelung ist für eine durchgängige Beauftragung der Selbstverwaltung und damit deren Stärkung angezeigt. Durch die Anpassung des Konfliktlösungsmechanismus werden die Selbstverwaltungsparteien in der verantwortlichen Ausfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben gestärkt. Mit der Neufassung des Satzes 1 wird zudem ein redaktioneller Fehlverweis korrigiert. Daneben erfolgt mit der Regelung eine Rechtsbereinigung durch die Streichung einer bereits abgelaufenen Frist.

Zu Buchstabe c Absatz 2 Satz 5ff

Der neue Satz 5 sieht für den Fall einer nicht oder nicht vollständig erfolgten Einigung der Vertragsparteien hinsichtlich des Fallpauschalen- und des Zusatzentgeltekatalogs eine Konfliktlösung durch Entscheidung der Bundesschiedsstelle wird innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung einer Vertragspartei vor. Sofern keine Vertragspartei einen Antrag bei der Schiedsstelle stellt, hat diese nach dem neuen Satz 6 bis zum 15. November eines Jahres eine Entscheidung zu treffen. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Entgeltkataloge auch in dem Fall, dass die Vertragsparteien weder eine Vereinbarung schließen noch die Schiedsstelle anrufen, rechtzeitig vor dem Beginn des Jahres, für das sie gelten, feststehen. Sofern die Schiedsstelle vor dem 15. November eine Entscheidung trifft, haben die Vertragsparteien gleichwohl bis zum 15. November die Möglichkeit, noch eine Vereinbarung zu schließen.

Zu Nummer 10 (§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 6

Durch die Änderungen erfolgt jeweils die Ergänzung der bereits mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geregelten gesetzlichen Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026. Hierdurch wird sichergestellt, dass die gesetzgeberisch intendierte Wirkung rechtssicher für das gesamte Jahr 2026 Geltung entfaltet. Insoweit erfolgt jeweils die redaktionelle Ergänzung des andernfalls mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) wegfallenden Teilsatzes. Mit einer weiteren Änderung des § 10 Absatz 6 erfolgt zusätzlich eine Rechtsbereinigung durch Streichung eines erledigten Prüfauftrags.

Zu Nummer 11 (§ 11 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Absatz 4

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Absatz 6 Satz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes in Absatz 4.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 7

Mit den Regelungen werden Mitteilungen der Vertragsparteien auf der Ortsebene an das InEK für den Fall einer Umwandlung eines DRG-Krankenhauses in eine besondere Einrichtung und von einer besonderen Einrichtung in ein DRG-Krankenhaus vorgesehen. Dies hat zeitgleich zu der Übermittlung nach § 6a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK zu erfolgen. Die Mitteilungen sind erforderlich, damit das InEK die Höhe und die Aufteilung der Vorhaltevolumina nach § 37 Absatz 1 und 2 KHG auf der richtigen Datengrundlage ermitteln kann.

Zu Nummer 11a (§ 13 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Um die Umsetzung des durch Schiedsstellen ohne Antrag der Vertragsparteien zu eröffnenden Schiedsstellenverfahrens (sog. Schiedsstellenautomatismus) zu unterstützen, werden verschiedene Anpassungen vorgenommen.

Zu Absatz 3

Der Vereinbarungszeitraum, ab dem die Schiedsstelle ein Schiedsstellenverfahren ohne Antrag einer der Vertragsparteien zu eröffnen hat, wird vom Jahr 2026 auf das Jahr 2029 verschoben. Dies soll dazu beitragen, gemeinsam mit den zusätzlich getroffenen Maßnahmen (siehe Änderungen in den Absätzen 4 bis 6) einen geordneten Übergang hin zum Abbau des Verhandlungsstaus bei den Budgetvereinbarungen zu erreichen, bei gleichzeitiger Beibehaltung des gesetzgeberischen Ziels, die Verhandlungen zu beschleunigen. Zusätzlich wird die Frist der Schiedsstelle zur Entscheidung künftig acht (statt bislang sechs) Wochen betragen. Die für die Vertragsparteien geltende Frist zur Vereinbarung nach § 11 kann bis zum 30. September verlängert werden, wenn die Vertragsparteien der jeweiligen Landesschiedsstelle fristgemäß mitteilen, kurz vor Abschluss der Vereinbarung nach § 11 zu stehen. Neben dieser Mitteilungspflicht werden weitere Mitteilungspflichten der Vertragsparteien an die jeweilige Landesschiedsstelle über eine Vereinbarung nach § 11 eingeführt. Dadurch wird gewährleistet, dass die Schiedsstellen ohne eigene Aufwände von ihrer Verpflichtung zum Tätigwerden Kenntnis erlangen und die Verfahren in der vorgegebenen Zeit durchführen können.

Zu Absatz 4 bis 6

Für noch offene „alte“ Vereinbarungszeiträume werden, gestaffelt nach Vereinbarungszeiträumen, Schiedsstellenautomatismen eingeführt (Absatz 4 und 5). Für diese offenen Verfahren hat die Schiedsstellen eine längere Entscheidungsfrist von drei Monaten, da es sich hierbei um abgelaufene Zeiträume handelt, die ohnehin retrospektiv zu entscheiden sind. Auch hier werden die Vertragsparteien zur fristgemäßen Mitteilung über den fehlenden Abschluss der Vereinbarung an die jeweilige Landesschiedsstelle verpflichtet. Um die Entscheidungen durch die Schiedsstelle zu entzerren, werden die Entscheidungen zu den offenen Vereinbarungen jeweils ab 1. April getroffen. Bezüglich der Vereinbarungen ab 2029 bleibt es bei der Entscheidung der Schiedsstelle jeweils ab 1. August. Aus diesem Grund wird auch für Vereinbarungen der Vereinbarungszeiträume 2027 und 2028 mit Absatz 6 übergangsweise bis zur Geltung des allgemeinen Schiedsstellenautomatismus ab 2029 mit den entsprechenden Fristen eine Staffelung vorgesehen.

Zu Absatz 7

Die derzeit für die Vereinbarungszeiträume ab 2026 vorgesehene Regelung zur Präklusion von verspätetem Vorbringen durch die Vertragsparteien im Rahmen der Vorbereitung der Budgetverhandlungen wird auf Vereinbarungszeiträume ab 2027 (Geltung für Schiedsverfahren nach Absatz 3 und 6) verschoben, darüber hinaus jedoch auch auf antragsgebundene Schiedsstellenentscheidungen zu § 11 (Absatz 1 und 2) erstreckt. Dadurch soll künftig umfassend das mit der Präklusionsregelung intendierte Beschleunigungsgebot gelten. Die Präklusion gilt, wie bereits bislang vorgesehen, für Daten, Unterlagen und Auskünfte, die in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 genannt sind und im Rahmen der Vorbereitung der Budgetverhandlungen außerhalb der dort genannten Fristen übermittelt, vorgelegt oder erteilt werden. Klar ist, dass die Präklusion sich nur auf Tatsachenvortrag bezieht. Die Entscheidung über die Zulassung des verspäteten Vorbringens wird in das Ermessen der jeweiligen Schiedsstelle sowie des Gerichts gestellt, sodass diese bzw. dieses jeweils auch bei Vorliegen der die Präklusion begründenden Umstände (verspätetes Vorbringen, Verzögerung des Rechtsstreits bei Zulassung aufgrund freier Überzeugung sowie Verschulden) darüber befinden kann, das verspätete Vorbringen zuzulassen oder dieses bei der Entscheidungsfindung gleichwohl zu berücksichtigen. Einwendungen, das heißt, rechtliches Vorbringen, sind durch die Schiedsstelle bzw. das Gericht hingegen stets umfassend im Rahmen der jeweiligen Entscheidung zu berücksichtigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 12 (§ 14 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Absatz 1

Mit der Regelung in Satz 3 Nummer 2 wird für die Genehmigung des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a und der krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge durch die zuständige Landesbehörde eine Frist von acht Wochen eingeführt. Darüber hinaus wird in Satz 4 eine Genehmigungsfiktion eingeführt. Sofern die jeweilige Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von acht Wochen entscheidet, gilt die Genehmigung als erteilt, soweit landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist. Sowohl die neu eingeführte Acht-Wochen-Frist (Satz 3 Nummer 2), als auch die Genehmigungsfiktion (Satz 4) soll flankierend zu den gesetzlich bereits vorgesehenen Maß-nahmen betreffend die Verhandlungen durch die Vertragsparteien auf der Ortsebene dazu beitragen, künftig zeitnah und entsprechend der gesetzgeberischen Intention prospektiv genehmigte Vereinbarungen zu erreichen. Von der Genehmigungsfiktion können die Länder abweichende Regelungen treffen.

Zu Absatz 1b

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 12a (§ 15 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 7 KHG. Zudem werden rechtsförmliche Änderungen vorgenommen.

Zu Nummer 12b (§ 15 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Absatz 2 Satz 5

Mit der Regelung wird dem Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V auch hinsichtlich der Erhebung von nach § 6 Absatz 1 und 2 zu vereinbarenden Entgelten Wirkung verliehen. Für Vereinbarungszeiträume 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, ein Entgelt in Höhe des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags zu erheben ist, sofern das bis zu diesem Zeitpunkt für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum erhobene Entgelt nicht niedriger als der jeweils vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag ist. Durch die Regelung kann das unterjährige Auflaufen hoher Ansprüche vonseiten der Kostenträger gegenüber den Krankenhäusern auf Ausgleichszahlung der Differenz zwischen dem nach § 6 Absatz 1 oder 2 vereinbarten Entgelt und dem Erstattungsbetrag vermieden werden, indem das Entgelt ohne eine weitere Vereinbarungsnot-wendigkeit bereits ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags in dessen Höhe zu erheben ist. Vor dem Hintergrund, dass ein kostenträgerspezifischer Ausgleich nicht erfolgen muss, fördert die Regelung zudem bezogen auf den jeweiligen Kostenträger die Abrechnung der durch den Erstattungsbetrag angeordneten Entgelthöhe unmittelbar ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder Festsetzung des Erstattungsbetrags. Die Regelung gilt sowohl für krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 als auch für NUB-Entgelte nach § 6 Absatz 2. Die Regelung, dass ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben ist, gilt solange, bis ein neues Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird. Dafür sind die Vorgaben nach § 6 Absatz 1 Satz 3 oder § 6 Absatz 2 Satz 11 zu beachten.

Zu Absatz 3 Satz 3

Satz 3 wird neu gefasst. Nummer 1 entspricht dem geltenden Recht. Nummer 2 entspricht inhaltlich ebenfalls dem geltenden Recht, die Regelung wird allerdings durch den Bezug auf § 6 Absatz 2 Satz 12 auf Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Jahres 2026 begrenzt. Mit Nummer 3 wird geregelt, dass die Berechnung von Mehr- und Mindererlösen auch auf Entgelte anzuwenden ist, die nach Absatz 2 Satz 5 erst ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder der Festsetzung des Erstattungs-betrags erhoben werden und nicht bereits ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags. Vor dem Hintergrund, dass die maßgeblichen Arzneimittel sowohl Gegenstand von krankenhausindividuellen Entgelten als auch von NUB-Entgelten sein können, soll für beide Entgeltarten auf Ebene des Erlösausgleichs eine Korrektur der jeweils zu berücksichtigenden Höhe erfolgen. Die Regelung gilt wegen der Bezugnahme auf Absatz 2 Satz 5 für Vereinbarungen für Vereinbarungszeiträume ab 2027.

Zu Nummer 13 (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe d

Die Änderungen erfolgen in Folge der Änderung des § 135d Absatz 2 SGB V.

Zu Artikel 4 (Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Absatz 1 Satz 3

Auch mit der Änderung in § 2 Absatz 1 Satz 3 soll die Nutzung der den Ländern nach dem LuKIFG zustehenden Mittel aus dem Sondervermögen zur Kofinanzierung von Fördervorhaben aus dem Krankenhaustransformationsfonds ermöglicht werden. Durch die Anpassung des § 2 Absatz 1 Satz 3 wird klargestellt, dass in diesem Fall kein Verstoß gegen das Doppelförderverbot vorliegt.

Zu Nummer 2 (§ 3 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und bb

Mit diesem Fördertatbestand soll die telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern gefördert werden. Auf diese Weise soll zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beigetragen und, nicht zuletzt mit Blick auf krisenbedingte Belastungssituationen der Leistungserbringer, der Austausch von patientenbezogenen und anderen Daten ermöglicht werden. Hierfür ist es von entscheidender Bedeutung, dass die zu fördernden Netzwerkstrukturen eine bundesweite Kommunikation ermöglichen und insofern einheitlichen Standards entsprechen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für die Festlegung der verbindlichen Vorgaben nach Satz 6 Vorschläge der Länder einholen und berücksichtigen sowie das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen beteiligen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist berechtigt, für die Bestätigungen nach § 4 Absatz 4 Nummer 3 Anforderungen festzulegen. Die Förderrichtlinie nach § 8 Absatz 1 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung kann insbesondere nach Festlegung der verbindlichen bundeseinheitlichen Vorgaben nach Satz 6 und auch nach Festlegung von Anforderungen nach Satz 7 aktualisiert werden. Bei der Aktualisierung der Förderrichtlinie nach § 8 Absatz 1 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung kann nicht von den vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegten verbindlichen Vorgaben nach Satz 6 oder den vom Bundesamt für Soziale Sicherung nach Satz 7 festgelegten Anforderungen abgewichen werden.

Zu Buchstabe f

Aufgrund der Ausdehnung der Fördermöglichkeit nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) auf Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für alle der in § 2 Nummer 1a KHG genannten Ausbildungsberufe wird die Aufzählung in § 3 Absatz 8 angepasst.

Zu Nummer 3 (§ 4 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Änderung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Aufgrund der Änderung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b KHG kann das Land die dort geregelten Verpflichtungen in Bezug auf die Investitionskostenförderungen auch durch andere Mittel als eigene Haushaltsmittel erfüllen. Mit der Änderung unter Buchstabe b Doppelbuchstabe cc werden auch die diesbezüglichen Erklärungs- bzw. Nachweispflichten des Landes im Rahmen der Antragstellung entsprechend angepasst.

Zudem wird mit der Änderung der Verweis auf die Investitionskostenförderung nach § 9 KHG angepasst. Die Verpflichtung des Landes zur Bereitstellung von Mitteln zur Investitionskostenförderung kann sowohl durch Einzelförderung nach § 9 Absatz 1 KHG als auch durch Pauschalförderung nach § 9 Absatz 3 KHG erfüllt werden. Der bisherige Wortlaut des § 4 Absatz 2 Nummer 6 KHTFV, der lediglich auf die Einzelförderung nach § 9 Absatz 1 KHG abstellte, war daher nicht sachgerecht.

Zu Buchstabe d

Um sicherzustellen, dass Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen die bundeseinheitlichen Vorgaben erfüllen, ist die Bestätigung eines unabhängigen Dritten über die Einhaltung der Vorgaben zu übermit-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

teln. Der unabhängige Dritte muss über die hinreichende fachliche Expertise zur Überprüfung der bundeseinheitlichen Vorgaben verfügen. Von einer entsprechenden fachlichen Expertise ist regelmäßig bei einem IT-Dienstleister sowie bei fachlich geeigneten Wirtschaftsprüfungsgesellschaften auszugehen. Zudem muss es sich um eine von den am Vorhaben Beteiligten abgrenzbare, nicht weisungsgebundene Rechtsperson handeln. Insbesondere sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der krankenhausinternen IT-Abteilung nicht befugt, eine entsprechende Bestätigung auszustellen.

Zu Nummer 5 (§ 6 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Buchstabe a0

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass bei Vorhaben, die aus dem Krankenhaustransformationsfonds gefördert werden, die Finanzierung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes für die Öffentlichkeit sichtbar zu machen ist. Die Regelung knüpft an die nach § 9 des Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes geschlossene Verwaltungsvereinbarung an, in der bundeseinheitliche Vorgaben zur Kennzeichnung von aus dem Sondervermögen geförderten Maßnahmen, einschließlich der Nutzung der Bildwortmarke des Bundes und der Anbringung von Bauschildern bei Bauvorhaben, festgelegt sind, siehe insbesondere § 3 Absatz 5 der Verwaltungsvereinbarung.

Die Aufnahme einer entsprechenden Pflicht in die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung ist erforderlich, um die aus der Verwaltungsvereinbarung folgenden Publizitäts- und Kennzeichnungsvorgaben auch für den Vollzug der Förderung aus dem Krankenhaustransformationsfonds rechtlich abzusichern und eine einheitliche, verbindliche Anwendung durch die Länder und die geförderten Krankenhausträger sicherzustellen.

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 2 Satz 4

Mit der Änderung wird die Pflicht der Länder angepasst, Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden zu übermitteln. Künftig müssen die Prüfungsbemerkungen der obersten Rechnungsprüfungsbehörden durch die Länder nur noch an das Bundesamt für Soziale Sicherung und nicht mehr an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden. Diese Änderung erfolgt anlässlich der in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen angepassten Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Bundesmitteln anstatt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Mitteilung von Prüfungsbemerkungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ist vor diesem Hintergrund nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der KHTFV zu der Änderung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Da der Nachweis, dass für bestimmte 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, nicht mehr jährlich erbracht werden muss, wird die Regelung zu diesem Nachweis nicht mehr, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, in § 6 Absatz 3, sondern in § 6 Absatz 4 verankert. § 6 Absatz 3 Satz 2 wird dementsprechend nicht mehr durch diese Regelung ersetzt, sondern ersatzlos gestrichen, da die dort geregelte Übermittlungspflicht an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund der geänderten Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds keinen Anwendungsfall mehr hat.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung, mit der die KHTFV an den geänderten Wortlaut des § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHG angepasst wird. Im Fall der Beteiligung von Hochschulkliniken an einem Vorhaben, hat das Land dem BAS im Rahmen des Verwendungsnachweises danach auch aussagekräftige Unterlagen zu übermitteln, aus denen sich ergibt, dass die ausgezahlten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Doppelbuchstabe aa.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 5 (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Nummer 3 (§ 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich bei der neuen Änderung in § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 um eine Korrektur ohne inhaltliche Änderung. Die in § 187 Absatz 9 geregelte Ausnahme von der Fusionskontrolle setzt gemäß dessen Satz 1 Nummer 2 eine Bestätigung des Landes darüber voraus, dass dem Krankenhauszusammenschluss keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen. Die geltende Fassung des § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 stellt für die Bestätigung auf die Antragstellung nach der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung ab. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl 2024 I Nr. 400) wurde die in § 187 Absatz 9 geregelte Ausnahme von der Fusionskontrolle insoweit geändert, dass diese Ausnahme auch für Zusammenschlüsse gilt, die aus dem Krankenhaustransformationsfonds gefördert werden. Für diese Zusammenschlüsse ist nicht die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, sondern die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung maßgeblich, aus der sich ebenfalls die Pflicht der Länder zur Prüfung der wettbewerbsrechtlichen Vereinbarkeit des Zusammenschlussvorhabens ergibt. Daher ist § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 entsprechend zu ergänzen.

Zu Artikel 6 (Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 0a (§ 3 der Bundespflegesatzverordnung)

Zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit dem BEEP der Veränderungswert für das Jahr 2026 auf die Höhe des vom Statistischen Bundesamt nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt. Der maximale Anstieg des Gesamtbetrags für das Jahr 2026 für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wurde damit auf die im Orientierungswert abgebildete Kostensteigerung im Krankenhausbereich begrenzt. Um die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser durch diese Maßnahme nicht dauerhaft finanziell schlechter zu stellen, wird für das Kalenderjahr 2027 analog zu den im BEEP getroffenen Regelungen zum Landesbasisfallwert und zu der Erlössumme von besonderen Einrichtungen vorgegeben, dass für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2027 als Ausgangsgrundlage für die Verhandlung der Gesamtbetrag für das Jahr 2026 um 1,14 Prozent zu erhöhen ist. Die Regelung stellt sicher, dass die ansonsten dauerhaften finanziellen Folgen der Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel im Jahr 2026 ausgeglichen werden.

Zu Nummer 0b (§ 6 der Bundespflegesatzverordnung)

Es handelt sich bei der Streichung des Verweises auf eine Verordnung nach § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 KHG um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17d Absatz 6 KHG.

Zu Nummer 0c (§ 6 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Absatz 1 Satz 2

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 6 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthalten, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt, für die Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden darf, das höher ist als der geltende Erstattungsbetrag. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Da das Erfordernis einer Regelung zur Geltung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen.

Zu Absatz 4 Satz 2

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsme-

thode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt, für die Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 kein Entgelt vereinbart werden darf, das höher ist als der geltende Erstattungsbetrag. Da das Erfordernis einer Regelung zur Geltung eines Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen.

Zu Nummer 0d (§ 8 der Bundespflegesatzverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 17d Absatz 6 KHG.

Zu Nummer 1 (§ 9 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Absatz 1 Nummer 5

Es handelt sich um eine Änderung, die im Zusammenhang mit der Regelung nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG erfolgt und denselben Sachbereich betrifft. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Ebenso wie für diese ergibt sich auch im Hinblick auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Handlungsbedarf in Bezug auf die finanzielle Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung. Vor diesem Hintergrund erfolgt auch im Bereich der BPflV die Ergänzung der bereits mit dem BEEP geregelten gesetzlichen Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026. Insoweit erfolgt die redaktionelle Ergänzung des andernfalls mit Inkrafttreten des KHAG wegfallenden Teilsatzes.

Zu Nummer 2a (§ 13 der Bundespflegesatzverordnung)

Absatz 3 bis 7

Es handelt sich jeweils um unmittelbare und zwingende Folgeänderungen zu den Änderungen unter Nummer 1, die mit diesen im Zusammenhang stehen und denselben Sachbereich betreffen. Das Krankenhausentgeltgesetz gilt nur für somatische Krankenhäuser. Da das Erfordernis von Regelungen zur Ausgestaltung und Beschleunigung der Schiedsstellen- sowie Genehmigungsverfahren auf Landesebene und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, werden auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung und damit für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen entsprechende Regelungen vorgesehen. Darüber hinaus ist eine bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelung vorgesehen.

Zu Nummer 3 (§ 14 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Absatz 1

Es handelt sich jeweils um unmittelbare und zwingende Folgeänderungen zu den Änderungen unter Nummer 1, die mit diesen im Zusammenhang stehen und denselben Sachbereich betreffen. Das Krankenhausentgeltgesetz gilt nur für somatische Krankenhäuser. Da das Erfordernis von Regelungen zur Ausgestaltung und Beschleunigung der Schiedsstellen- sowie Genehmigungsverfahren auf Landesebene und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, werden auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung und damit für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen entsprechende Regelungen vorgesehen. Darüber hinaus ist eine bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelung vorgesehen.

Zu Nummer 4 (§ 15 der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Absatz 1 Satz 5

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 15 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass für Vereinbarungszeiträume ab dem Jahr 2027 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, ein Entgelt in Höhe des vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags zu erheben ist, sofern das bis zu diesem Zeitpunkt für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum erhobene Entgelt nicht niedriger als der jeweils vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag ist. Da das Erfordernis einer entsprechen-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

den Regelung auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen. Die Regelung, dass ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu erheben ist, gilt solange, bis ein neues Entgelt vereinbart oder festgesetzt wird. Dafür sind die Vorgaben nach § 6 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG zu beachten.

Zu Absatz 2 Satz 6

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 15 Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 KHEntgG. Danach gilt für somatische Krankenhäuser, dass die Sätze 1 und 2 auch auf Entgelte anzuwenden sind, die nach Absatz 2 Satz 5 erst ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder der Festsetzung des Erstattungsbetrags erhoben werden und nicht bereits ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags. Da das Erfordernis einer entsprechenden Regelung und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser, wird auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine entsprechende Regelung vorgesehen. Demzufolge sind die Sätze 1 bis 3 auch auf Entgelte anzuwenden, die nach Absatz 1 Satz 5 erst ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung oder der Festsetzung des Erstattungsbetrags erhoben werden und nicht bereits ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags. Die Regelung gilt wegen der Bezugnahme auf Absatz 1 Satz 5 für Vereinbarungen für Vereinbarungszeiträume ab 2027.

Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ergänzung der Nummer 2 (Änderung im § 113d SGB XI) in Artikel 7 erfolgt, um eine im parlamentarischen Verfahren zum Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege versehentlich erfolgte Streichung zu korrigieren. Mit Annahme der Beschlussempfehlung vom 5. November 2025 zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (vgl. Bundestagsdrucksache 21/2641) wurde durch die damals eingefügte Ergänzung zur Befristung und zu den Berichtspflichten der Geschäftsstelle auch ein Satz zur Finanzierung der Geschäftsstelle überschrieben. Dieses technische Versehen wird mit der vorliegenden Änderung korrigiert, um für die zur Errichtung der Geschäftsstelle notwendige Rechtsklarheit zu sorgen. Zudem wird geregelt, dass das Nähere über das Verfahren zur Anforderung und Auszahlung der Mittel in einer Vereinbarung zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung, den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI festgelegt wird.

Zu den Artikeln 7a bis 7c (§ 15e Absatz 5 Satz 3 und § 15f Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 des Transplantationsgesetzes, § 29 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Implantateregistergesetzes, § 9 Absatz 4 Nummer 2 der Implantateregister-Betriebsverordnung)

Die Änderungen in Artikel 7a stellen Folgeänderungen zur Änderung des § 299 Absatz 5 SGB V dar.

Die Änderungen in den Artikeln 7b und 7c stellen Folgeänderungen zur Änderung des § 299 Absatz 6 SGB V dar.

Berlin, den 4. März 2026

Dr. Stephan Pilsinger	**Martin Sichert**	**Dr. Christos Pantazis**
Berichterstatter	Berichterstatter	Berichterstatter

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Stella Merendino
Berichterstatterin

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.