

Änderungsantrag

der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Misbah Khan und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 21/2512, 21/3056, 21/4527 –

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

Der Bundestag wolle beschließen:

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 werden die folgende Nummern 1 und 2 eingefügt:

„1. In § 12 Absatz 1 wird nach Satz 1 der folgende Satz eingefügt:

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

2. In § 95 Absatz 1a 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.“

b) Die bisherigen Nummern 1 und 2 werden zu den Nummern 3 und 4.

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

„5. Nach § 115f Absatz 2 wird der folgende 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.“ “

- d) Die bisherige Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:
 6. § 135d wird durch den folgenden § 135d ersetzt:

„§ 135d

Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

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

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt eine Stelle, die für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses die erforderlichen stets aktuellsten Daten fortlaufend aufbereitet und für das Transparenzverzeichnis geeignete Bewertungen dieser Daten im Bundesvergleich vornimmt. Die nach § 299 Absatz 3 Satz 1 bestimmte unabhängige Stelle übermittelt der nach Satz 1 beauftragten Stelle für diesen Zweck die Daten für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Massnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Bei der Aufbereitung und Bewertung wählt die beauftragte Stelle aus den Daten, die sie von der nach § 299 Absatz 3 Satz 1 bestimmten unabhängigen Stelle für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Massnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält, die für das Transparenzverzeichnis geeigneten patientenrelevanten Ergebnisse aus und führt diese mit den nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste zusammen. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle kann auf Grundlage der nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Kranken-

hausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen und auf Grundlage dieser Auswertungen und Bewertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen sowie zur Darstellung patientenrelevanter Prozesse entwickeln. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt die nach den Sätzen 1 bis 4 aufbereiteten aktuellsten Daten und vorgenommenen Bewertungen dieser Daten jeweils ohne Personenbezug unverzüglich an die nach Absatz 1 Satz 3 benannte Stelle. Die nach Satz 1 beauftragte Stelle hat bei der Übermittlung gegenüber der nach Absatz 1 Satz 3 benannten Stelle die Richtigkeit und Sachlichkeit der übermittelten Daten zu erklären. Satz 6 gilt nicht für die nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Auswertungen und die nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelte Liste. Jede inhaltliche Veränderung der Auswahl und der Bewertung der für die Veröffentlichung und Aktualisierung von Informationen im Transparenzverzeichnis erforderlichen Daten durch die nach Satz 1 beauftragte Stelle bedarf der Zustimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss kann die von ihm nach Satz 1 beauftragte Stelle bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 unabhängige Sachverständige einbeziehen, ohne dabei einen Zugriff auf personenbezogene Daten zu gewähren.

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

1. die Fallzahl der erbrachten Leistungen differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 massgeblichen Leistungsgruppen sowie die Fallzahl der für Patienten besonders relevanten erbrachten Leistungen, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Einvernehmen mit der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle bestimmt,
2. die nach Absatz 4 zugeordnete Versorgungsstufe,
3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Massnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, auch in zusammengefasster Form,
5. das Vorliegen aussagekräftiger Qualitätssiegel und Zertifikate über die stationäre Versorgung, die ein Krankenhausträger oder ein Herausgeber eines Zertifikats für ein Krankenhaus gegenüber der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle nachgewiesen hat,
6. die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 beschlossenen Mindestmengen sowie der Entscheidungen der für die Krankenhau-

- planung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2,
7. die Stufe der Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern,
 8. die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschliesslich der nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen und die für einen Krankenhausstandort in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen einschliesslich der in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils massgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend, und
 9. die Ausweisung in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.

Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst die Fallzahl der erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 auch die Krankenhaüsälle, 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 Veröf-

fentlichung 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, der Leistungsgruppe Notfallmedizin 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, der Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie zusätzlich drei weiteren Leistungsgruppen erbracht werden,
4. Versorgungsstufe „Level 1n“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie, der Leistungsgruppe Intensivmedizin sowie der Leistungsgruppe Notfallmedizin 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.

Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet, wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt. 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. 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.

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

1. einheitliche Anforderungen für die Auswahl und Aufbereitung der zur Veröffentlichung erforderlichen Daten und die Kriterien für deren Bewertung,
2. Festlegungen für die Weiterentwicklung von Inhalt, Art und Umfang der im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden Informationen und
3. Regelungen zur Integration der 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 G-BA 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. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft ausserdem gemeinsam mit den jeweiligen Herausgebern eine einvernehmliche Zusammenführung des Transparenzverzeichnisses mit weiteren bestehenden Krankenhausvergleichsportalen und kann die für eine Zusammenführung erforderlichen Regelungen in der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie treffen. Die Richtlinie nach Satz 1 hat sicherzustellen, dass die inhaltlichen Anforderungen der Absätze 1 bis 4 sowie der Sätze 1 und 2 an das Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 Satz 1 als Mindestanforderungen aufrechterhalten bleiben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Richtlinie nach Satz 1 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen. Bis zum Inkrafttreten der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie nimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Rechte und Pflichten der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle in Bezug auf das Transparenzverzeichnis wahr.

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

e) Die bisherige Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:

,7. § 135e wird durch den folgenden § 135e ersetzt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

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

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
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 Verbänden, 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 Ergebnisindikatorensätze 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 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 Bun-

desausschuss 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,
 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 Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und
 - a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist 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 Verbänden 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 ande-

ren 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.“ ‘

- f) Die bisherige Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 8 ersetzt:
- „8. § 135f wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 veröffentlichten Bewertungen der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle zu berücksichtigen.“
- c) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026 zu erlassen.“ ‘
- g) Die bisherige Nummer 6 wird zu Nummer 9.
- h) Die bisherige Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 10 ersetzt:
- „10. In § 136b Absatz 3 wird nach Satz 1 der folgende Satz eingefügt:
- „Ab 2027 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jedes Jahr mindestens vier neue Mindestmengen beschließen.“ ‘
- i) Die bisherigen Nummern 8 bis 10 werden zu den Nummern 11 bis 13.
- j) Die bisherige Nummer 11 wird zu Nummer 14 und Buchstabe c wird durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:
- „c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:
- „(4) Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an
1. die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde,
 2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
 3. die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle und
 4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.
- Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 massgebliches Qualitätskriterium für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

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

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

k) Die bisherigen Nummern 12 bis 13 werden zu den Nummern 15 bis 16.

l) Nach Nummer 16 wird die folgende Nummer 17 eingefügt:

„17. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 5 wird gestrichen.
- b) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

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

1. Daten, die die nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragte Stelle von der nach Absatz 3 Satz 1 bestimmten unabhängigen Stelle für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Massnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält,
2. Auswertungen und Daten, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden,
3. die Daten aus den in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten strukturierten Qualitätsberichten der zugelassenen Krankenhäuser,
4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 massgeblichen Qualitätskriterien, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information übermittelt werden oder in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zugänglich sind, und
5. Daten, die der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle im Wege der in § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Übermittlung übermittelt werden.

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

- m) Die bisherigen Nummern 14 und 15 werden zu den Nummern 18 und 19.
2. Nach Artikel 1 wird der folgende Artikel 1a eingefügt:

„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:

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes wird wie folgt geändert:

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

„5. Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“ ‘
3. Artikel 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 2 wird gestrichen.
 - b) Nummer 3 wird zu Nummer 2.
 - c) Nach Nummer 2 wird die folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 wird die folgende Nummer 3 eingefügt:

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

- d) Nummer 7 wird durch die folgende Nummer 7 ersetzt:
7. § 17b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 4c wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
- „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.“
- cc) Der neue Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2032 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.“
- b) Nach Absatz 6 wird der folgende Absatz 6a eingefügt:
- „(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.“
4. Artikel 3 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 2 wird gestrichen.
- b) Nummer 3 wird zu Nummer 2.
- c) Nummer 4 wird zu Nummer 3 und nach Buchstabe c wird der folgende Buchstabe d eingefügt:
- d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(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 bestimmt 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.“
- d) Die Nummern 5 bis 7 werden zu den Nummern 4 bis 6.
- e) Nummer 8 wird zu Nummer 7 und Buchstabe b wird gestrichen.
- f) Die Nummern 9 bis 12 werden zu den Nummern 8 bis 11.
- g) Nummer 13 wird zu Nummer 12 und wird wie folgt geändert:
- aa) Buchstabe c wird durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:
- „c) Absatz 3c wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 30. September 2024“ gestrichen.
- bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:
- „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.“ ‘

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

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

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

5. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

a) Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 1 eingefügt:

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

„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.“ ‘

b) Die bisherige Nummer 1 wird durch die folgende 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, 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.“ ‘

- c) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden zu den Nummern 3 und 4.
6. Die Anlage 1 zu § 135e SGB V wird wie folgt geändert:
In der Tabelle werden die Nummern 3, 16, 47 und 65 durch die folgenden Nummern 3, 16, 47 und 65 ersetzt:

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
„3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Chirurgie		Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor jederzeit mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation	FA Innere und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie oder FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Vier FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und zwei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder ein FA	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 Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringer, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt)

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

							Hygiene und Umweltmedizin	<p>Konsiliarische Erreichbarkeit, täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie <p>Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</p>
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	---

16	Spezielle Kinder- und	Mindestvoraus-	LG Kinder- und Jugendchirurgie		CT jederzeit, MRT jederzeit mindestens in Ko-	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: Jederzeit	Kinderradiologie in Kooperation
----	-----------------------	----------------	--------------------------------	--	---	--------------------------------	--	---------------------------------

	Jugendchirurgie	setzung			operation, Sonographie	Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie	Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: mindestens zwei FA mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
--	-----------------	---------	--	--	------------------------	---	--	--

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-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	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 Fassung ersetzt.

						Jugend-Kardiologie SP Kinder- und 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 Chirurgie	Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nicht-invasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin Davon bis zum	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäss den §§ 8 bis 12 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 den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2)
----	----------------	----------------------	---	---	--	---	--

							31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	geändert worden ist“.
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------

Berlin, den 3. März 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches)

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 1

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).

Zu Nummer 2

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.bundesaeztekammer.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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Zu Buchstabe c

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.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 1

Mit der Änderung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, ein Transparenzverzeichnis über die Qualität der stationären Versorgung 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. 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. 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

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hatte bisher geregelt, dass Fachkliniken mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen

pen 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.

Zu Absatz 5

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. 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 Buchstabe e**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, Verdienstaufschlag und Aufwandsentschädigung, die organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Leistung einer Koordinierungspauschale erforderlich, wie sie auch für die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich gesetzlich geregelt ist. Die entsprechende Anwendung gilt mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses richten. Die in der Geschäftsordnung des Ausschusses geregelte Begrenzung der entsandten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter auf vier wird gesetzlich nachvollzogen. 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.

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 Verbänden 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 vorgesehene Regelung, wonach die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden 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.

Zu Buchstabe g

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

Zu Buchstabe h

Die im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) vorgesehene Änderung des § 136c SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig niedrigere Mindestfallzahlen im Bereich onkologischer 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.

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 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.

Zu Buchstabe j und k

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

Zu Nummer 2 (Artikel 1a – Änderung 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 Nummer 3 (Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Buchstabe a

Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (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.

Zu Buchstabe c

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.

Zu Buchstabe d

Zu Nummer 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.

Zu Nummer 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.

Zu Nummer 4 (Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**Zu Buchstabe a**

Die im Krankenhausreformenpassungsgesetz (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.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe e

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 Krankenhausreformenpassungsgesetz (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.

Zu Buchstabe g**Zu Nummer 1**

Mit Bezug auf die Begründung zur Ergänzung der entsprechenden Leistungsgruppen in Anlage 1 zu § 135e des Fünften Gesetzbuches muss der Leistungsgruppen-Groupier entsprechend angepasst werden, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch in den entsprechenden Leistungsgruppen abgebildet werden.

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 5 (Artikel 6 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**Zu Buchstabe a**

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 SGB 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 Buchstabe b

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.

Zu Nummer 6 (Änderung der Anlage 1 zu § 135e des Fünften Gesetzbuches)

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.

Zu 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.

Zu 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 Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) hat acht pädiatrische Leistungsgruppen definiert, von denen im Krankenhausreformgesetz (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 Ju-

gendmedizin. 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.

Zu 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.