

Regelungsvorschläge zum Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

	ÄA 1-4 konsentiert fachfremde ÄA (vor Anhörung eingebracht; hier als Austausch-ÄA)
	ÄA 5-23 konsentiert fachliche ÄA (bisher <u>fachliches Paket Nr. 1-21</u> ; hier nach Ressortabstimmung)
	ÄA 24-33 konsentiert fachliche ÄA (bisher „rot“ jetzt „grün“ nach Ressortabstimmung)
	ÄA 34-46 neue ÄA („rot“ derzeit in Ressortabstimmung)

ÄA	Art.	§§	Stichwort	Beschreibung
1	Art. 1 Nr. 7, 7a, 11, 11a, 11b, 12, 12a, 13a Art. 7a-c	§§ 136c, 137, 275a, 276, 277, 278, 280, 299 SGB V §§ 15e TPG, § 29 IRegG, § 9 IRegBV	Rechtliche Grundlage für die Kontrollen der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Zuschlägen im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst	Klarstellung, damit die geübte Praxis vor dem Urteil des BSG zu den Notfallstufen-Regelungen vom 02.04.2025, B 1 KR 25/23 R, fortgeführt werden kann. Dadurch können die Kontrollen der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Zuschlägen im Krankenhaus nach § 136c Abs. 3 bis 5 SGB V weiterhin durch den Medizinischen Dienst auf der Grundlage der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie durchgeführt werden.
2	Art. 1 Nr. 8a	§ 220 Abs. 1 SGB V	Finanzierung von Baumaßnahmen für Eigenrichtungen nach § 140 SGB V	Beseitigung von Auslegungstreitigkeiten im Zusammenhang mit Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden für Eigenrichtungen nach § 140 SGB V.
3	Art. 2 Nr. 7a	§ 26 KHG	Streichung Zusatzentgelt Corona-Testung	Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kann bislang weiterhin über ein separates Zusatzentgelt erfolgen. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.
4	Art. 1 Nr. 13a	§ 299 SGB V	Ausnahmemöglichkeit von der Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle in QS-Verfahren	Mit der Regelung wird in methodisch begründeten Fällen die Möglichkeit für Ausnahmen von dem Grundsatz, dass bei Datenerhebungen die Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle zu erfolgen hat, eröffnet. Die Änderung verfolgt das Ziel der Entbürokratisierung von Qualitätssicherungsverfahren.
5	Art. 1 Nr. 2a	§ 115e SGB V	Erneuter Evaluationsbericht zur tagesstationären Behandlung	Für eine fundierte Bewertung der seit 2023 eingeführten tagesstationären Behandlung bedarf es der Betrachtung eines ausreichend langen Auswertungszeitraums. Durch die erneute Evaluation mit Abgabe eines gemeinsamen Evaluationsberichts zum 30. Juli 2027 wird die Möglichkeit einer abschließenden Bewertung ermöglicht.
6	Art. 1 Nr. 3, 5, 11, 13a; Art. 1a; Art. 2 Nr. 2, 11; Art. 3 Nr. 12	§§ 135d, 135f, 275a, 299 SGB V, § 29 SGG, §§ 6a, 40 KHG, § 21 KHEntgG	Transparenzverzeichnis (Bundes-Klinik-Atlas)	Übertragung der Aufgabe der Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses an den Gemeinsamen Bundesausschuss
7	Art. 1 Nr. 11, 12, 13	§ 275a Abs. 7, § 278 Abs. 11, § 283 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 SGB V	Abrechnung erstmals oder neu erbrachter Leistungen vor Abschluss einer OPS-Strukturprüfung	Krankenhäuser können nach Anzeige, dass sie Leistungen, für die OPS-Strukturmerkmale gelten, erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbringen wollen, diese abrechnen. Künftig 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.
8	Art. 1 Nr. 13	§ 283 Abs. 2 SGB V	Stellungnahmerecht der Länder zur LOPS-Richtlinie des MD Bund nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V	Den Ländern wird ein Stellungnahmerecht zur Leistungsgruppen- und OPS-Strukturmerkmal-Richtlinie (LOPS-Richtlinie) des MD Bund nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V eingeräumt, aufgrund ihrer Betroffenheit zu den Leistungsgruppen-Prüfungen.
9	Art. 1 Nr. 15	Anlage 1 SGB V	LG 1 Allg. Innere Medizin	Im Anforderungsbereich Sachliche Ausstattung: Legaldefinition Röntgen, Streichung EKG, Streichung Basislabor

			LG 13 Minimalinvasive Herzklappenchirurgie	Im Anforderungsbereich Personelle Ausstattung in der Spalte Verfügbarkeit: Ergänzung FA Innere Medizin und Kardiologie
			LG 14 Allg. Chirurgie	Im Anforderungsbereich Sachliche Ausstattung: Streichung EKG und Streichung Basislabor
			LG 27 Spez. Traumatologie	Im Anforderungsbereich Sachliche Ausstattung: Streichung Basislabor
			LG 64 Intensivmedizin	Im Anforderungsbereich Sachliche Ausstattung: Streichung der Anforderung Notfalllabor und PoC- Laboranalytik
10	Art. 2 Nr. 2, Nr. 8 Art. 3 Nr. 2	§ 6a Abs. 6 KHG, § 37 Abs. 1, 2 und 6 KHG § 1 Abs. 4 KHEntgG	Regelungen für Krankenhäuser in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben (NRW)	Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben (NRW), bereits vor dem Jahr 2031 auf die bundeseinheitlichen Leistungsgruppen und die Vorhaltevergütung umsteigen können. Dafür haben die betreffenden Länder dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mitzuteilen, ob für das Folgejahr Leistungsgruppen nach landesrechtlichen oder bundeseinheitlichen Vorschriften zugewiesen wurden. Außerdem werden Regelungen vorgesehen, die sicherstellen, dass die Krankenhäuser in NRW in gleicher Weise wie die Krankenhäuser in den anderen Ländern an den Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 KHG) und den Förderbeträgen für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (§ 39 KHG) beteiligt werden.
11	Art. 2 Nr. 2, 8, Art. 3 Nr. 6	§§ 6a, 37 KHG § 6b KHEntgG	Leistungsgruppenzuweisung aufgrund gerichtlicher Entscheidung, Mitteilungspflicht an InEK, vergütungsrechtliche Berücksichtigung	Klarstellung der sofortigen Vollstreckbarkeit der Leistungsgruppenzuweisung (Ausschluss der aufschiebenden Wirkung), Ergänzung einer Mitteilungspflicht der zugewiesenen Leistungsgruppen je Krankenhausstandort an das InEK bei gerichtlicher Verpflichtung zur Leistungsgruppen-Zuweisung sowie Einführung eines neuen § 6a Abs. 8 KHG zur Abwägungslenkung und Sicherstellung, dass im einstweiligen Rechtsschutz nur Rechtsfolgen innerhalb des leistungsgruppenbezogenen Vergütungssystems berücksichtigt werden können.
12	Art. 2 Nr. 3a Art. 3 Nr. 6a	§ 6c Abs. 1 KHG, § 6c Abs. 7 S. 5 KHEntgG	süV: • Benehmen • Nur ganze Standorte • Wirksamwerden der süV-Bestimmung	• Verzicht auf Benehmen mit Landesverbänden der Pflegekassen bei süV-Bestimmung • Vorgabe, dass immer nur der gesamte Krankenhausstandort als süV bestimmt werden kann (einschl. klarstellender Erläuterung in der Begründung, dass Planungsbehörde auch für süV im Feststellungsbescheid den konkreten Versorgungsauftrag festlegen muss) • Klarstellung, dass süV-Bestimmung immer nur zum 1. Januar eines Folgejahres wirksam werden kann.
13	Art. 2 Nr. 5	§ 12b KHG	Krankenhaustransformationsfonds (KHTF): Zeitpunkt der erstmaligen Zahlung des Bundes	Bisher ist vorgesehen, dass der Bund erstmals zum 01.04.2026 an den KHTF zahlt. Aufgrund des vermutlich früheren Inkrafttretens des KHAG sollen die Mittel aus dem Sondervermögen für das Jahr 2026 bereits eine Woche nach Inkrafttreten des KHAG zur Verfügung gestellt werden.
14	Art. 2 Nr. 5 Art. 4 Nr. 2	§ 12b Abs. 1 KHG, § 3 Abs. 3 KHTFV	KHTF: Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Förderung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen	Die im Rahmen der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung gesetzten Anforderungen an die Förderung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen sind bisher nicht hinreichend klar und verbindlich. Wichtig ist, dass die zu fördernden Netzwerkstrukturen eine bundesweite Kommunikation ermöglichen und insofern einheitlichen Standards entsprechen. Durch diesen Änderungsvorschlag sollen entsprechende bundeseinheitliche Vorgaben geregelt werden.
15	Art. 2 Nr. 5 Art. 4 Nr. 2	§ 12b KHG § 3 Abs. 8 KHTFV	KHTF: Förderung von Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten	Geringfügige Erweiterung des Förderatbestandes für die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für weitere Ausbildungsberufe, um die in § 2 Absatz. 1a KHG genannten Ausbildungsberufe gleich zu behandeln
16	Art. 2 Nr. 5	§ 12b Abs. 2a KHG	KHTF: Folgeänderung zum HaushaltsbegleitG	Der Wortlaut des § 12b wird infolge der mit dem Haushaltsbegleitgesetz vom 30.09.2025 beschlossenen Änderungen angepasst.
17	Art. 2 Nr. 5, Art. 4 Nr. 5	§ 12b KHG	KHTF: Nachweis über zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel bei	Der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln bei Vorhaben von Hochschulkliniken soll nicht jährlich, sondern nur im Rahmen der Antragstellung und des Verwendungsnachweises erbracht werden.

		§ 6 Abs. 3 und 4 KHTFV	Fördervorhaben von Hochschulkliniken	
18	Art. 2 Nr. 3a, 6b, 7, 7a; Art. 3 Nr. 4, 9, 12a; Art. 6 Nr. 0a, und 0b	§§ 10, 17a, 17b, 17d KHG; §§ 4, 6, 8; § 9 Abs. 2, § 15 KHEntgG; §§ 6, 8 BPFIV	Durchgängige Konfliktlösung durch Bundesschiedsstelle	Kommt eine Vereinbarung des Fallpauschalen- und des Zusatzentgeltkatalogs durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht zustande, entscheidet zukünftig, wie bei allen anderen Vereinbarungsgegenständen, die Bundesschiedsstelle.
19	Art. 2 Nr. 8 Art. 3 Nr. 11	§ 37 KHG § 11 KHEntgG	Regelungen für die Ermittlung der Vorhaltevolumina bei der Umwandlung von besonderen Einrichtungen in DRG-Krankenhäuser und umgekehrt	Um sicherzustellen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Höhe und die Aufteilung der Vorhaltevolumina auf der richtigen Datengrundlage ermittelt, werden Ergänzungen im Hinblick auf die Umwandlung eines DRG-Krankenhauses in eine besondere Einrichtung und einer besonderen Einrichtung in ein DRG-Krankenhaus vorgenommen.
20	Art. 3 Nr. 9 u. Nr. 10 Art. 6 Nr. 1	§§ 9, 10 KHEntgG, § 9 BPFIV	Redaktionelle Abstimmung mit dem Entwurf des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Hinweis: war AA 16 im fachlichen Paket; entfällt und geht in AA 31 auf. Siehe Hinweisdort	Mit Blick auf das noch nicht abgeschlossene Verfahren des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) erfolgt jeweils eine redaktionelle Ergänzung eines andernfalls mit Inkrafttreten des KHAG wegfallenden Teilsatzes. <u>Achtung:</u> der Regelungsvorschlag soll nur beschlossen werden, falls mit dem BeEP die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für 2026 vor Inkrafttreten des KHAG in Kraft tritt. Im anderen Falle soll der alternative Regelungsvorschlag Nr. 10 beschlossen werden.
21	Art. 3 Nr. 10	§ 10 KHEntgG	Rechtsvereinbarung auf Landesebene Hinweis: war AA 17 im fachlichen Paket; entfällt und geht in AA 31 auf. Siehe Hinweisdort	Es erfolgen Rechtsvereinbarungen von in der Vergangenheit liegenden Fristen. <u>Achtung:</u> Es handelt sich um einen alternativen Regelungsvorschlag (RV), der anstelle des RV Nr. 18 „Redaktionelle Abstimmung mit dem Entwurf des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ beschlossen werden und in Kraft treten soll, falls mit dem BeEP die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für 2026 <u>nicht</u> in Kraft treten sollte.
20	Art. 3 Nr. 11a und 12 Art. 6 Nr. 2a und 3	§§ 13, 14 KHEntgG §§ 13, 14 BPFIV	Anpassungen des Schieds- und Genehmigungsverfahren im Rahmen von Budgetverhandlungen	Der ab 2026 greifende „Schiedsstellenautomatismus“ für die Budgetverhandlungen wird geändert. Vorgesehen ist u. a. die Einführung verschiedener Mitteilungspflichten der Vertragsparteien an die jeweilige Landesschiedsstelle. Der Vereinbarungszeitraum, ab dem der Schiedsstellenautomatismus gelten soll, wird auf 2029 verschoben. Gleichzeitig werden für offene „alte“ Vereinbarungszeiträume - gestaffelt nach Vereinbarungszeiträumen - neue Schiedsstellenautomatismen eingeführt, um sukzessive dem bestehenden „Verhandlungsstau“ zu begegnen. Die derzeit für die Vereinbarungszeiträume ab 2026 vorgesehene Regelung zur Prækusion wird auf Vereinbarungszeiträume ab 2027 verschoben, darüber hinaus jedoch auch auf antragsgebundene Schiedsstellenentscheidungen erstreckt. Um den Zeitraum bis zur umsetzungsfähigen Budgetvereinbarung zu straffen, wird eine Genehmigungsfiktion eingeführt, soweit landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist.
21	Art. 4 Nr. 3	§ 4 Abs. 2 Nr. 6 KHTFV	KHTF: Klarstellung zur berücksichtigungsfähigen Investitionskostenförderung der Länder	Es wird klargestellt, dass die Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln zur Investitionskostenförderung der Krankenhäuser sowohl durch Einzelförderung als auch durch Pauschalförderung erfolgen kann. <u>Hinweis: Wird bei Freigabe von AA 29 aus rechtstechnischen Gründen darin überführt</u>
22	Art. 4 Nr. 5	§ 6 Abs. 2 KHTFV	KHTF: Verzicht auf spezielle Mitteilungspflicht der Länder an Kassen	Prüfungsbemerkungen der obersten Rechnungsprüfungsbehörden der Länder müssen nicht mehr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitgeteilt werden.
23	Art. 5	§ 187 Abs. 9 GWB	Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse	Formale Anpassung ohne inhaltliche Änderung der Voraussetzungen für eine Ausnahme von der Fusionskontrolle. Für Krankenhauszusammenschlüsse, die aus Mitteln des KHTF gefördert werden, wird klargestellt, dass die für die Fusionskontrollausnahme erforderliche Bestätigung der wettbewerbsrechtlichen Vereinbarkeit des Vorhabens nach der KHTFV erfolgt.

24	Art. 1 Nr. 2a	§ 115f SGB V	Hybrid-DRG	Die Frist für die jährliche Festlegung der Vergütung der Hybrid-DRG wird zwecks Harmonisierung mit der Entwicklung des aG-DRG-Systems angepasst. Die Fallzahlausweitung ab 2028 soll unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse erfolgen. Der Ausschluss von Kindern und Menschen mit Behinderung von den Hybrid-DRG wird gestrichen. Die Fristen für die Evaluation und der Adressatenkreis für den Evaluationsbericht werden angepasst.
25	Art. 1 Nr. 4	§ 135e Abs. 3 u. 4 Satz 1 Nr. 6b und 8 SGB V	Änderung der Bezeichnung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe und Anpassung von Mindestanforderungen aufgrund der fachlichen Diskussion im Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA)	Redaktionelle Änderung infolge des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) Der Begriff „jederzeit“ wird gesetzlich näher erläutert. Die Berücksichtigung von teleradiologischen Leistungen wird in allen Leistungsgruppen (LG) ermöglicht.
26	Art. 1 Nr. 9a	§ 221a Abs. 3 u. 4 SGB V	Klarstellung der Ermittlung und Abführung etwaiger Differenzbeträge an den Krankenhaustransformationsfonds	Etwaige Restmittel, die nicht über Rechnungszuschläge an die Krankenhäuser weitergeleitet wurden, sind aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bzw. von der landwirtschaftlichen Krankenkasse an den Krankenhaustransformationsfonds abzuführen. Für die Berechnung dieses Differenzbetrags werden Stichtage bestimmt, sowie Meldepflichten normiert.
27	Art. 1 Nr. 15	Anlage 1	LG 1, 2, 7, 14, 19, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63	Anpassung der Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen der LG aufgrund der fachlichen Diskussion im LGA LG 1 Allgemeine Innere Medizin, LG 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie, LG 7 Komplexe Rheumatologie, LG 14 Allgemeine Chirurgie, LG 19 Carotisoperativ/interventionell, LG 55 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B), LG 56 Geriatrie, LG 58 Darmtransplantation, LG 59 Herztransplantation, LG 60 Lebertransplantation, LG 61 Lungentransplantation, LG 62 Nierentransplantation LG 63 Pankreastransplantation
28	Art. 2 Nr. 2	§ 6a Abs. 2 KHG	Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nah landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben	Es wird klargestellt, dass das in § 275a SGB V geregelte Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen, die bis zum 31. Dezember 2030 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen werden, keine Anwendung findet.
29	Art. 2 Nr. 5, Art. 4 Nr. 1 und 3	§ 12b KHG § 2 Abs. 1 KHTEFV	KHTEF: •Nutzung der Ländermittel aus dem Sondervermögen zur Länder-Kofinanzierung von Fördervorhaben •Umsetzung des mit dem „Wachstumsbooster“ beschlossene Erhöhung des Bundesanteils (4 Mrd. in 26-29) und entsprechende Entlastung der Länder •Klarstellung zur berücksichtigungsfähigen Investitionskostenförderung der Länder bisher AA 21, 29, 30	• Damit die Länder die ihnen nach dem Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) zustehenden Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Kofinanzierung von Fördervorhaben aus dem Krankenhaustransformationsfonds nutzen können, werden Folgeänderungen in Bezug auf die Verpflichtung zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln zur Investitionskostenförderung und zum Doppelförderverbot vorgenommen. • Der verminderte Kofinanzierungsanteil der Länder von 30 Prozent soll für alle Vorhaben gelten, deren Förderung bis zum 31.12.2029 beantragt wird, beschränkt auf das Fördervolumen, das den Ländern für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 zur Verfügung steht. • Es wird klargestellt, dass die Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln zur Investitionskostenförderung der Krankenhäuser sowohl durch Einzelförderung als auch durch Pauschalförderung erfolgen kann. Hinweis: Bei Freigabe entfällt AA 21 s.o.
30	Art. 3 Nr. 9 und 10 Art. 6 Nr. 0 und 1	§§ 9, 10 KHEntgG, §§ 3, 9 BPIV	Infolge des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege erforderliche Änderungen bisher AA 31	Mit Blick auf das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wird analog den Regelungen zur Vermeidung einer dauerhaften finanziellen Schlechterstellung somatischer Krankenhäuser und besonderer Einrichtungen, die sich aufgrund der Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 andernfalls ergäben, für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser eine analoge Regelung vorgesehen. Entsprechend wird für das Kalenderjahr 2027 analog zu den Regelungen zum Landesbasisfallwert vorgegeben, dass für

				psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2027 Ausgangsgrundlage der um 1,14% zu erhöhende Gesamtbetrag für das Jahr 2026 ist. Es erfolgt zudem eine redaktionelle Ergänzung eines bereits mit dem BEEP geregelten, mit Inkrafttreten des KHAG jedoch andernfalls wegfallenden Teilsatzes sowie eine Rechtsbereinigung einer in der Vergangenheit liegenden Frist.
31	Art. 3 Nr. 4	§4 KHEntgG	Verlängerung Infektiologieförderprogramm bisher AA ohne Nummer	Das im Jahr 2022 aus dem Hygieneförderprogramm hervorgegangene Infektiologieförderprogramm wird um weitere drei Jahre bis zum 31.12. 2028 verlängert. Die neue Förderperiode beschränkt sich auf die Förderung von Weiterbildungen und Zusatzweiterbildungen sowie externen Beratungsleistungen in Infektiologie. Die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich Infektiologie ist zum 31.12.2025 ausgelaufen.
32	Art. 3 Nr. 5a und Nr. 12a Art. 6 Nr. 0a und Nr. 4	§§ 6, 15 KHEntgG §§ 6 und 15 BPflV	Durchschlagen der Wirkung eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags für Arzneimittel auf Krankenhausindividuelle Entgelte und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Mit den Regelungen wird gewährleistet, dass die Wirkung eines nach § 130b SGB V vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbetrags für Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff auf krankenspezifische Entgelte und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) durchschlägt. Dadurch entfallen unterjährige Neuvereinbarungen für diese Entgelte und ein Auflaufen hoher Ansprüche seitens der Kostenträger gegenüber somatischen Krankenhäusern wird vermieden. Mit den Regelungen soll sichergestellt werden, dass Kostenträger lediglich den Erstattungsbetrag und damit die tatsächlichen Aufwendungen der somatischen Krankenhäuser zahlen und sie keine darüberhinausgehenden finanziellen Risiken treffen, die aufgrund einer Überzahlung von regelmäßig deutlich über dem Erstattungsbetrag liegenden originär vereinbarten oder festgesetzten Entgelten entstehen. Die Regelung vollzieht die im KHEntgG in Bezug auf somatische Krankenhäuser getroffene Regelung für psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen nach.
33	Art. 7	§113d SGB XI	Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI hier: Korrektur einer versehentlichen Streichung bisher AA ohne Nummer	Die Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen nach § 113d SGB XI wurde mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BeEP) vom 25. Dezember 2025 eingeführt. Durch eine Änderung im parlamentarischen Verfahren wurde ein Satz zur Finanzierung der Geschäftsstelle versehentlich gestrichen bzw. überschrieben; dieses technische Versehen wird durch die erneute Ergänzung desselben Satzes wie der korrigiert.
34	Art. 1 Nr. 1a – neu -	§ 75 Abs. 1a SGB V	Wartezeit für die Vermittlung radiologischer Behandlungstermine durch die Terminservicestelle bisher Unterlage A8	Die maximale Wartezeit für die Vermittlung radiologischer Behandlungstermine durch die Terminservicestelle wird auf drei Wochen verkürzt.
35	Art. 1 Nr. 3 Buchst. b und c, Nr. 4	§ 135d Abs. 4 und Abs. 4a, § 135e SGB V	Definition von Fachkrankenhäusern bisher Unterlage A2	Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden beauftragt, die Kriterien für die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ zu evaluieren und eine bundeseinheitliche Fachklinik-Definition zu vereinbaren. Zuordnungen zu der Versorgungsstufe „Level F“ sind bis zum Zustandekommen der Vereinbarung befristet auf Grundlage der gesetzlich geregelten Kriterien zulässig. Hinweis: Wird bei Freigabe aus rechtstechnischen Gründen in den AA 6 (Bundes-Klinik-Atlas) und AA 25 überführt
36	Art. 1 Nr. 4	§ 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7 SGB V	Inhalte von Kooperationsvereinbarungen bisher Unterlage A1	Klarstellung der Anforderungen an die erforderlichen Inhalte von Kooperationsvereinbarungen Hinweis: Wird bei Freigabe aus rechtstechnischen Gründen in den AA 25 überführt
37	Art. 1 Nr. 4	§ 135e Abs. 4 Satz 5 SGB V	Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken bisher Unterlage A5	Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Voraussetzungen für Kooperationen nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 SGB V im Fall einer Kooperation nach den Sonderregelungen für Tages- und Nachtkliniken nicht gelten. Bei Tages- und Nachtkliniken ist ohne weitere Voraussetzungen eine Kooperation in den

				Anforderungsbereichen zu verwandten Leistungsgruppen und personeller Ausstattung zulässig. Hinweis: Wird bei Freigabe aus rechtstechnischen Gründen in den AA 25 überführt; Wenn AA nicht kommt, muss Folgeregelung zu Fachkliniken in 2 überführt werden
38	Art. 1 Nr. 5 Buchstabe b	§ 135f Abs. 4 SGB V	Festlegung des Zeitpunkts für das Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen bisher Unterlage A6	Um den Ländern ausreichende Zeit für eine Krankenhausplanung unter Einbezug der Mindestvorhaltezahlen zu gewähren, wird festgelegt, dass die Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen erst ein bis drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft tritt.
39	Art. 1 Nr. 6	§ 136a Absatz 8 SGB V	Auftrag an den G-BA für eine Richtlinie zur Mangelernährung bisher Unterlage A9	Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird der Auftrag erteilt, erstmals bis zum 31. Dezember 2027 eine Richtlinie zur Qualitätssicherung bei der Erkennung und Behandlung von Mangelernährung bei einem Krankenhausaufenthalt zu beschließen. Ziel ist es, betroffene Patientinnen und Patienten zu erkennen und mit ausgebildetem Personal wirksam behandeln zu können.
40	Art. 1 Nr. 11 und 15	Anlage zu § 135e SGB V und § 275a SGB V	Leistungsgruppen - Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium bisher Unterlage A3	Die Einhaltung von den an dem jeweiligen Krankenhausstandort einschlägigen Pflegepersonaluntergrenzen wird zum Qualitätskriterium von Leistungsgruppen gemacht.
41	Art. 1 Nr. 14	§ 427 SGB V	Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes bisher Unterlage A16	Mit der Änderung wird an der bereits im geltenden Recht vorgesehenen Evaluierung zum 31. Dezember 2028 festgehalten und damit im Ergebnis eine weitere Evaluierung vorgesehen. Zudem 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 Anrechnung von Fachärzten auf bis zu drei Leistungsgruppen auf die Versorgung hat.
42	Art. 2 Nr. 1	§ 2a KHG	Krankenhausstandort Definition bisher Unterlage A7	In begründeten Fällen sind Ausnahmen von den Vorgaben der Krankenhausstandortdefinition durch die Planungsbehörden der Länder zu ermöglichen. Hierzu wird eine Beteiligung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner über Einzelfallabweichungen geregelt.
43	Art. 2 Nr. 9 Art. 3 Nr. 5	§ 38 Abs. 1a KHG § 5 Abs. 3n KHEntgG	Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Jahr 2027 bisher Unterlage A4	Zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, die von Universitätskliniken wahrgenommen werden, erhalten diese in Form einer Übergangsregelung bereits im Jahr 2027 hierfür Finanzierungsmittel. Im Rahmen der Übergangsregelung erfolgt die Ermittlung der Beträge durch das InEK auf der Grundlage verfügbarer Informationen.
44	Art. 3 Nr. 5a	§ 6a Abs. 2 KHEntgG	Klarstellung zu nichtberücksichtigungsfähigen, pflegefremden Tätigkeiten beim Pflegebudget bisher Unterlage A10	Klarstellung, dass die Kosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.
45	Art. 3 Nr. 6 Buchst. b	§ 6b Abs. 2 KHEntgG	Folgeänderung zur Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung neu	Aufgrund der einjährigen Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung wird auch die Pflicht der Länder zur Mitteilung von Ausnahmen von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe gegenüber dem InEK verschoben. Zudem erfolgt eine Anpassung an die Frist für die jährliche Übermittlung der zugewiesenen Leistungsgruppen durch die Länder an das InEK.
46	Art. 4 Nr. 5	§ 6 Abs. 1 KHTFV	KHTF: Informations- und Kennzeichnungspflichten bei Förderung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität neu	Mit der Änderung wird sichergestellt, dass die Finanzierung durch das Sondervermögen des Bundes Infrastruktur und Klimaneutralität bei Vorhaben des Krankenhausstrukturfonds entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben in geeigneter und öffentlichkeitswirksamer Weise kenntlich gemacht werden.

Austausch-Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 7, 7a, 11, 11a, 11b, 12, 12a, 13a (§§ 136c, 137 Absatz 1 und 3, §§ 275a, 276 Absatz 4a, § 277 Absatz 1, § 278 Absatz 4, § 280 Absatz 1, § 299 Absatz 5 und 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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)

*(Rechtliche Grundlage für Kontrollen der Vorgaben
des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Zuschlägen
im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst)*

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 7 wird wie folgt geändert:

aa) Vor Buchstabe a wird der folgende Buchstabe a eingefügt:

,a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:
„§ 136c

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

bb) Die bisherigen Buchstaben a und b werden zu den Buchstaben b und c.

b) Nach Nummer 7 wird die folgende Nummer 7a eingefügt:

,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.

c) Nummer 11 wird wie folgt geändert:

aa) Vor Buchstabe a wird der folgende Buchstabe a eingefügt:

,a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:
„§ 275a

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

bb) Die bisherigen Buchstaben a bis f werden zu den Buchstaben b bis g.

cc) Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

,b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

- cc) Satz 8 wird gestrichen.
 - dd) Buchstabe g wird durch den folgenden Buchstaben g 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.“
 - ee) Nach Buchstabe g wird folgender Buchstabe h eingefügt:
 - ,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.
 - d) Nach Nummer 11 werden die folgenden Nummern 11a und 11b eingefügt:
 - ,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.
 - e) In Nummer 12 wird in § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 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.
 - f) Nach Nummer 12 wird die folgende Nummer 12a eingefügt:
 - ,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.
 - g) Nach Nummer 13 wird die folgende Nummer 13a eingefügt:
 - ,13a. In § 299 Absatz 5 und 6 wird jeweils die Angabe „§§ 136 bis 136c“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.
2. Nach Artikel 7 werden die folgenden Artikel 7a bis 7c eingefügt:

„Artikel 7a Änderung des Transplantationsgesetzes

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

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

Artikel 7b Änderung des Implantateregistergesetzes

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

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

Artikel 7c

Änderung der Implantateregister-Betriebsverordnung

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 Krankenhausreformatanpassungsgesetzes (Absatz 1 wird ersetzt) ab.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa dar.

Zu Buchstabe b

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 Krankenhausreformatanpassungsgesetzes enthält eine Regelung im Zusammenhang mit der Erbringung onkologischer 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 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 Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung der Überschrift bildet die Änderung von Absatz 1 Satz 1 unter Doppelbuchstabe bb ab.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt eine Folgeänderung zu Buchstabe aa dar.

Zu Doppelbuchstabe cc

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.

Die Änderung unter Buchstabe b Doppelbuchstabe cc entspricht den bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe dd und ee

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

Zu Buchstabe d bis f

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

Zu Buchstabe g

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 2

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.

Austausch-Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 8a (§ 220 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Finanzierung von Baumaßnahmen
für Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

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

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

Begründung

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.

Austausch-Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 2 Nummer 7a (§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Streichung Zusatzentgelt Corona-Testung)

Nach Artikel 2 Nummer 7 wird die folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. § 26 wird gestrichen.“

Begründung:

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.

Austausch-Änderungsantrag Nr. 4Zu Artikel 1 Nummer 13a (§ 299 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ausnahmemöglichkeit von der Pseudonymisierung durch eine Vertrauensstelle in QS-Verfahren)

Nach Artikel 1 Nummer 13 wird die folgende Nummer 13a eingefügt:

,13a. Nach § 299 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.“

Begründung:

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 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-Pseudonymisierungsrisiko 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.

Regelungsvorschlag Nr. 5Zu Artikel 1 Nummer 2a (§ 115e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erneuter Evaluationsbericht zur tagesstationären Behandlung)

Nach Artikel 1 Nummer 2 wird die folgende Nummer 2a eingefügt:

„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.“

Begründung

Für eine fundierte Bewertung der mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) 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.

Regelungsvorschlag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 3 – (§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Zu Artikel 1 Nummer 5 – (§ 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Zu Artikel 1 Nummer 11 – (§ 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Zu Artikel 1 Nummer 13a – neu – (§ 299 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Zu Artikel 1a (§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes)
 Zu Artikel 2 Nummer 2 – (§ 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
 Zu Artikel 2 Nummer 11 – (§ 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
 Zu Artikel 3 Nummer 13 (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

*(Übertragung der Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas an den
 Gemeinsamen Bundesausschuss sowie
 Folgeänderungen zur beauftragten Stelle)*

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. § 135d wird durch den folgenden § 135d ersetzt:

„§ 135d

Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

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

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

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

1. die Fallzahl der erbrachten Leistungen differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen sowie die Fallzahl der für Patienten besonders relevanten erbrachten Leistungen, die das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Einvernehmen mit der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle bestimmt,
2. die nach Absatz 4 zugeordnete Versorgungsstufe,
3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,

4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, auch in zusammengefasster Form,
5. das Vorliegen aussagekräftiger Qualitätssiegel und Zertifikate über die stationäre Versorgung, die ein Krankenhausträger oder ein Herausgeber eines Zertifikats für ein Krankenhaus gegenüber der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle nachgewiesen hat,
6. die Erfüllung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 beschlossenen Mindestmengen sowie der Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2,
7. die Stufe der Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern,
8. die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschließlich der nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen und die für einen Krankenhausstandort in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen einschließlich der in einem nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungsgruppen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend, und
9. die Ausweisung in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.

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

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

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

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

1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
 2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und
 3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,
- der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; die Zuordnung ist zu begründen. Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet. Eine Zuordnung nach den Sätzen 3 oder 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 den Sätzen 3 oder 4 oder eine Änderung dieser Zuordnung mit; die Mitteilung über eine Zuordnung nach Satz 3 oder über eine Änderung dieser Zuordnung hat auch die Begründung der Zuordnung oder der Änderung dieser 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.

(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 und die Berichtspflichten der Krankenhäuser zu reduzieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft außerdem gemeinsam mit den jeweiligen Herausgebern eine einvernehmliche Zusammenführung des Transparenzverzeichnisses mit weiteren bestehenden Krankenhausvergleichsportalen und kann die für eine Zusammenführung erforderlichen Regelungen in der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie treffen. Die Richtlinie nach Satz 1 hat sicherzustellen, dass die inhaltlichen Anforderungen der Absätze 1 bis 4 sowie der Sätze 1 und 2 an das Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 Satz 1 als Mindestanforderungen aufrechterhalten bleiben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Richtlinie nach Satz 1 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen. Bis zum Inkrafttreten der nach Satz 1 zu erlassenden Richtlinie nimmt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Rechte und Pflichten der nach Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle in Bezug auf das Transparenzverzeichnis wahr.

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

b) Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

5. § 135f wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 veröffentlichten Bewertungen der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 beauftragten Stelle zu berücksichtigen.“
- c) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026 zu erlassen.“

c) Nummer 11 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.“

d) Nach Nummer 13 wird die folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. § 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 beauftragte Stelle ist befugt und berechtigt, folgende personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und der Krankenhäuser zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 zu verarbeiten:

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

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

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) In Nummer 2 wird in § 6a Absatz 7 die Angabe „dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durch die Angabe „der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle“ ersetzt.

b) In Nummer 11 Buchstabe a wird in § 40 Absatz 2 Satz 4 die Angabe „dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durch die Angabe „der nach § 135d Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragten Stelle“ ersetzt.“

4. Artikel 3 Nummer 13 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.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a (§ 135d SGB V)

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

Zu Nummer 1 und Nummer 3

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 Leistungsgruppen umfassen die Leistungsgruppen 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.

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.

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://igtq.org/veroeffentlichungen/igtq-pruefbericht-nach-135-d-absatz-6-sqb-v/>.

Zu Buchstabe b (§ 135f SGB V)

Bei der Änderung in Buchstabe b 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 (§ 275a SGB V)

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 d (§ 299 SGB V)

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 Nummer 2 (Änderung des SGG)

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 (Änderung des KHG)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 4 (§ 21 KHEntgG)

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

Regelungsvorschlag Nr. 7

Zu Artikel 1 Nummer 11, 12, 13 (§ 275a Absatz 7, § 278 Absatz 11, § 283 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Abrechnung erstmals oder neu erbrachter Leistungen vor Abschluss einer OPS-Strukturprüfung)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 11 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe e wird durch den folgenden Buchstaben e ersetzt:

,e) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

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

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

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

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

Mit der Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 gilt ein Antrag nach Absatz 6 Satz 1 auf die Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale als gestellt. Der Medizinische Dienst hat den in Absatz 6 Satz 2 genannten Bescheid bei einer Anzeige nach Satz 1 Nummer 1 spätestens bis zum 30. Juni des auf die Anzeige folgenden Kalenderjahres und bei einer Anzeige nach Satz 2 Nummer 1 spätestens sechs Monate nach dem Tag dieser Anzeige zu erteilen. Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer nach Satz 3 beantragten Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“ ‘

b) Nach Buchstabe f wird der folgende Buchstabe g eingefügt:

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

2. In Nummer 12 wird in § 278 Absatz 4 Satz 2 die Angabe „§ 275a Absatz 7 Satz 3“ durch die Angabe „§ 275a Absatz 7 Satz 5“ ersetzt.
3. In Nummer 13 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „Absatz 7 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b, zu Nummer 2 und 3

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

Regelungsvorschlag Nr. 8Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 283 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Stellungnahmerecht der Länder zur LOPS-Richtlinie des MD Bund nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a wird durch den folgenden Buchstaben a ersetzt:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den in Satz 1 genannten Richtlinien kann der Medizinische Dienst Bund auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.bb) Nach dem bisherigen Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt Der Medizinische Dienst Bund gibt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 Gelegenheit zur Stellungnahme.“

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 9Zu Artikel 1 Nummer 15 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*(Anpassung der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen)*

Der Anhang zu Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt geändert:

1. In der Leistungsgruppen-Nummer 1 wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Angabe „Röntgen“ durch die Wörter „Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen)“ ersetzt und werden die Angaben „Elektrokardiographie (EKG)“ und „Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation,“ gestrichen.
2. In der Leistungsgruppen-Nummer 13 wird im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Verfügbarkeit“ nach der Angabe „Drei FA“ die Angabe „Herzchirurgie sowie drei FA für Innere Medizin und Kardiologie“ eingefügt.
3. In der Leistungsgruppen-Nummer 14 werden im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Angaben „EKG,“ und „Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation,“ gestrichen.
4. In der Leistungsgruppen-Nummer 27 wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Angabe „Basislabor jederzeit mindestens in Kooperation,“ gestrichen.
5. In der Leistungsgruppen-Nummer 64 wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“
 - a) in der Zeile „Mindestvoraussetzung“ die Angabe „Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik“ gestrichen,
 - b) in der Zeile „Qualitätsanforderung Komplex“ die Angabe „, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik“ gestrichen und
 - c) in der Zeile „Qualitätsanforderung Hochkomplex“ die Angabe „, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik“ gestrichen.

Begründung**Zu Nummer 1**

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

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.

Zu Nummer 2

In der LG 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention wurde mit dem Kabinettsentwurf des Krankenhausreformmanpassungsgesetzes 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 3 FA genannt, um sicherzustellen, dass auch beide FA-Qualifikationen an der Rufbereitschaft teilnehmen. In beiden FA-Stränge sind jeweils drei Fachärztinnen bzw. Fachärzten vorzuhalten.

Zu Nummer 3

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.

Zu Nummer 4

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

Zu Nummer 5

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.

Regelungsvorschlag Nr. 10

Zu Artikel 2 Nummer 2 und 8 (§§ 6a Absatz 6, 37 Absatz 1, 2 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 1 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Regelungen für Krankenhäuser in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe, wobei Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben, mit der Übermittlung, letztmalig bis zum 30. September 2029, anzugeben haben, ob für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Landesrecht maßgeblichen Leistungsgruppen oder die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen wurden,“.

b) Nummer 8 wird durch die folgende Nummer 8 ersetzt:

„8. § 37 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind die folgenden Krankenhausfälle:

1. die Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden,
2. die Krankenhausfälle von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen,
3. die Krankenhausfälle von Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, und
4. die Krankenhausfälle, in denen Leistungen erbracht werden, die im jeweils folgenden Kalenderjahr voraussichtlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

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

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „ist“ durch die Angabe „ist, oder“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:
„Wenn in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppe entspricht, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auch für diejenigen Krankenhausstandorte, von denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle durch die Krankenhäuser auf Basis einer für dieses Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz 3c Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zertifizierten Datenverarbeitungslösung dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind, ihren jeweiligen Anteil am Vorhaltevolumen dieses Landes für diese Leistungsgruppe nach den Sätzen 2 bis 8; die Ermittlung ist auch durchzuführen, wenn die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt ist.“
- c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:
- „(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2028 und das Kalenderjahr 2029. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2027 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2028 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2029 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2028 und das Kalenderjahr 2029 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.“
- d) Absatz 5 wird durch die folgenden Absätze 5 und 6 ersetzt:
- „(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2027 für das Kalenderjahr 2028, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3

und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Übermittelt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 6 Satz 2 die in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannten Daten, so hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte, die in dem jeweiligen Land liegen, innerhalb der folgenden Fristen für die folgenden Kalenderjahre eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln:

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

Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach dem Erlass eines Bescheides nach Satz 1, nach der Übermittlung einer Information nach Satz 2 sowie nach dem Widerruf eines Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

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

1. findet Absatz 5 Satz 1, 3 und 4 bis zum 31. Dezember 2029 keine Anwendung in Bezug auf die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe und
2. hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2027 für das Kalenderjahr 2028, letztmalig bis zum 10. Dezember 2029 für das Kalenderjahr 2030, dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte für die zugewiesenen Leistungsgruppen und für die Leistungsgruppen, deren Bezeichnung einer nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppe entspricht und die keinem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen worden sind, eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln.

Satz 1 findet ab dem Kalenderjahr keine Anwendung mehr, für das das Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, in der Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 angegeben hat, dass die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen wurden.“

2. Artikel 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

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

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

1. bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 finden keine Anwendung
 - a) § 3 Nummer 3b,
 - b) § 6b,
 - c) § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und
 - d) § 8 Absatz 4 Satz 4,
 2. abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 1 umfasst das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 bis 2030 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,
 3. abweichend von § 4 Absatz 2a Satz 1 ist letztmalig für das Jahr 2030 ein Fixkostendeckungsabschlag anzuwenden,
 4. abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 3 werden Mindererlöse ab dem Jahr 2031 nicht ausgeglichen,
 5. abweichend von § 4 Absatz 3 Satz 6 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in § 4 Absatz 3 Satz 5 genannten Voraussetzungen ab dem Jahr 2031 ausgeschlossen,
 6. abweichend von § 7 Absatz 2 Satz 3 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch in den Jahren 2028 bis 2030 auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation,
 7. abweichend von § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d zweiter Halbsatz haben Krankenhäuser in den Jahren 2029 bis 2031 zusätzlich zu der Summe der abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen auch die Summe der vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr zu übermitteln,
 8. zusätzlich zu den in § 7 Absatz 1 Satz 1 genannten Entgelten ist für diejenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Betrag nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden, die dem für diese Aufteilung maßgeblichen Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugeordnet wurden, die Differenz zwischen der in § 17b Absatz 4b Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten erhöhten Vorhaltebewertungsrelation und der nicht erhöhten Vorhaltebewertungsrelation multipliziert mit dem für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert abzurechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen, und
 9. zusätzlich zu den Mehr- oder Mindererlösausgleichen nach § 4 Absatz 3 ist, sofern die Summe aller auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten Erlöse des Krankenhauses für seine Krankenhausstandorte von der nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgestellten Höhe des für den jeweiligen Krankenhausstandort für die Leistungsgruppe nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Betrags abweicht, die Differenz vollständig auszugleichen; zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr hat der jeweilige Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung der Summe aller auf das Kalenderjahr entfallenden in Nummer 8 genannten Erlöse des Krankenhauses für seine Krankenhausstandorte vorzulegen; die Summe kann in der in § 4 Absatz 3 Satz 8 genannten Aufstellung ausgewiesen werden; der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Absatz 4 abgerechnet, steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.
- Satz 1 findet ab dem Kalenderjahr keine Anwendung mehr, für das das Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, in der Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes angegeben hat, dass die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen wurden.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Übermittlungspflicht für Länder erweitert, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben. Für diese Länder gilt, dass bis zum 31. Dezember 2024 erfolgte Leistungsgruppenzuweisungen rechtswirksam bleiben und neue Leistungsgruppenzuweisungen bis zum 31. Dezember 2030 ebenfalls nach Landesrecht vorgenommen werden dürfen. Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden in diesem Fall übergangsweise weiterhin über die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen vergütet. Zugleich erhalten die Krankenhäuser für die nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen eine nicht vergütungsrelevante Information über das Vorhaltevolumen, das ihnen nach bundesrechtlichen Vorschriften zustehen würde. Einen finanzwirksamen Bescheid über das Vorhaltevolumen erhalten die Krankenhäuser jedoch erst, wenn ihnen die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Dies hat spätestens

zum Kalenderjahr 2031 zu erfolgen. Auch eine frühere Umstellung der Planung – vor dem 1. Januar 2031 – auf die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen ist zulässig. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) benötigt zur sachgerechten Ermittlung und Verteilung des Vorhaltebudgets daher jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres und letztmalig zum 30. September 2029 eine Information darüber, ob in den betroffenen Ländern für das folgende Kalenderjahr die nach Landesrecht oder die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen wurden.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 8

Zu Buchstabe a

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 krankenhausesplanerische Zuweisung rechtswirksam 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 Krankenhäuser 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-Gruppens 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 Krankenhäuser 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 Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

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 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-Gruppens 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 Mindestvorhaltezahle 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 Buchstabe c

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 5

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Absatz 6

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.

Bei dem neuen Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Ergänzung in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1. Die in Satz 1 getroffenen Sonderregelungen für Krankenhäuser in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben, gelten längstens bis 31. Dezember 2030. Sofern das jeweilige Land schon vor diesem Termin die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen nach den bundesweiten Vorschriften zuweist, kann es auch schon vor dem 31. Dezember 2030 auf die bundesweite Leistungsgruppensystematik umsteigen. Teilt das jeweilige Land in seiner Mitteilung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 an das InEK mit, dass es für das folgende Kalenderjahr die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen hat, treten die Sonderregelungen in dem jeweiligen Land außer Kraft. Die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land erhalten ab dem Kalenderjahr, für das erstmals die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen wurden, einen Bescheid auch über das ihnen zugeteilte Vorhaltevolumen und eine Vergütung der Vorhaltebudgets. Die Übermittlung der in Satz 1 Nummer 2 genannten Information entfällt im Gegenzug.

Zu Nummer 2

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 längstens 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 längstens einschließlich des Jahres 2030 keine Vorhaltebudgets erhalten, ist in der Folge auch eine abweichende Regelung für den Ausgleich von Mehr- oder 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 Ausgleichsbetrag 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.

Bei dem neuen Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 KHG. Die in Satz 1 getroffenen Sonderregelungen für Krankenhäuser in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 erstmals Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben, gelten längstens bis 31. Dezember 2030. Sofern das jeweilige Land schon vor diesem Termin Leistungsgruppen nach den bundesweiten Vorschriften zuweist, kann es auch schon vor dem 31. Dezember 2030 auf die bundesweite Leistungssystematik umsteigen. Teilt das jeweilige Land in seiner Mitteilung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 KHG an das InEK mit, dass es für das folgende Kalenderjahr die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Leistungsgruppen zugewiesen hat, treten die Sonderregelungen in dem jeweiligen Land außer Kraft. Die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land unterliegen dann den bundesweiten Regelungen und erhalten ab dem betreffenden Kalenderjahr eine Vergütung eines Vorhaltebudgets.

Regelungsvorschlag Nr. 11

Zu Artikel 2 Nummer 2 und 8 (§§ 6a Absatz 6, 37 Absatz 1, 2 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 6b Absatz 1, 5 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Leistungsgruppenzuweisung aufgrund gerichtlicher Entscheidung, Mitteilungspflicht an InEK, vergütungsrechtliche Berücksichtigung)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird § 6a wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 6 wird nach der Angabe „Bescheid“ die Angabe

„; Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung“ eingefügt.

bb) Nach Absatz 6 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„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.“

cc) Nach Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(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.“

b) Nummer 8 Buchstabe d wird durch den folgenden Buchstaben d ersetzt:

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

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

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2027 für das Kalenderjahr 2028, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhaussträger 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 Krankenhaussträger für seine Krankenhausstandorte, die in dem jeweiligen Land liegen, innerhalb der folgenden Fristen für die folgenden Kalenderjahre eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln:

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

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

Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach dem Erlass eines Bescheides nach Satz 1, nach der Übermittlung einer Information nach Satz 2 sowie nach dem Widerruf eines Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

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

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

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

2. Artikel 3 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. § 6b wird wie folgt geändert:

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

„(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2028 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner

Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget für Krankenhausfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, wenn

1. das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahlnach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder
2. für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde.

Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhausstandorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkts der Summe der in dem jeweiligen Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 oder Absatz 6 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Krankenhausstandorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.“

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

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 Doppelbuchstabe bb

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 Doppelbuchstabe cc

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) (KHVVVG) 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 Vollzugsfolgenabwägung 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 Entscheidungen 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 Buchstabe b

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 KHEntG. 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 KHEntG, 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 Kalenderjahres, 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 KHEntG). 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

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen, die aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes 6 zu Absatz 7 werden.

Zu Nummer 2

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.

Regelungsvorschlag Nr. 12Zu Artikel 2 Nummer 3a (§ 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)Zu Artikel 3 Nummer 6a (§ 6c des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen:

Streichung Benehmen mit Landesverbänden der Pflegekassen Klarstellung zum Standort
Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bestimmung zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung)

1. Nach Artikel 2 Nummer 3 wird die folgende Nummer 3a eingefügt:

,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 Landeskrankhausgesellschaft 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.“

2. Nach Artikel 3 Nummer 6 wird die folgende Nummer 6a eingefügt:

,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 krankenhausspezifische 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.“

Begründung**Zu Nummer 1**

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

Zu Nummer 2

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.

Regelungsvorschlag Nr. 13Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(KHTF: Zeitpunkt der Zurverfügungstellung der Mittel
aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität)

In Artikel 2 Nummer 5 wird in § 12b Absatz 1 Satz 2 die Angabe „1. April“ durch die Angabe „... [einsetzen: Datum des ersten Tages der zweiten auf das Inkrafttreten nach Artikel 8 folgenden Woche]“ ersetzt.

Begründung

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 Krankenhausreformsanpassungsgesetz (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.

Regelungsvorschlag Nr. 14

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 3 Absatz 3 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

(Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Förderung von telemedizinischer Netzwerkstrukturen durch den Transformationsfonds)

1. In Artikel 2 Nummer 5 wird § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 durch die folgende Nummer 3 ersetzt:
 - „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.“
2. Artikel 4 Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird der folgende Buchstabe c eingefügt:
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Netzwerkstrukturen“ die Angabe „nach bundeseinheitlichen Vorgaben“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit legt bis zum 30. September 2026 als bundeseinheitliche Vorgaben verbindliche Mindestanforderungen an telemedizinische Netzwerkstrukturen und Interoperabilitätsstandards fest. Die bundeseinheitlichen Vorgaben sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann zu den Bestätigungen nach § 4 Absatz 4 Nummer 3 Anforderungen festlegen und sich dafür der Unterstützung Dritter bedienen. Werden Anforderungen nach Satz 7 festgelegt, veröffentlicht das Bundesamt für Soziale Sicherung diese auf seiner Internetseite.“
 - b) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden zu den Buchstaben d bis f.
3. Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe d wird wie folgt geändert:
 - a) Vor Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe aa eingefügt:
 - aa) Nummer 3 wird durch folgende Nummer 3 ersetzt:

„bei Vorhaben nach § 3 Absatz 3 die Bestätigung, dass die Dienste und Anwendungen der Telemedizininfrastruktur 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.“
 - b) Die bisherigen Doppelbuchstaben aa und bb werden zu den Doppelbuchstaben bb und cc.

Begründung**Zu Nummer 1**

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 Nummer 2

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 Nummer 3

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

Regelungsvorschlag Nr. 15

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe f (§ 3 Absatz 8 der Krankenhausstransformationsfonds-Verordnung)

(KHTF: Förderung der Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten)

1. In Artikel 2 Nummer 5 wird § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 8 durch die folgende Nummer 8 ersetzt:

„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.“

2. Nach Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe e wird der folgende Buchstabe f eingefügt:

„f) Absatz 8 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Förderfähig sind Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in staatlich anerkannten Einrichtungen an einem Krankenhaus, das Träger oder Mitträger der jeweiligen Ausbildungsstätte ist, für die Berufe Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Diätassistent, Diätassistentin, Hebamme, Physiotherapeut, Physiotherapeutin, Pflegefachfrau, Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik, medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik, medizinischer Technologe für Radiologie, medizinische Technologin für Radiologie, Logopäde, Logopädin, Orthoptist, Orthoptistin, medizinischer Technologe für Funktionsdiagnostik, medizinische Technologin für Funktionsdiagnostik, Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent, Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent und im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegeassistentin, Pflegeassistent, Pflegefachassistentin, Pflegefachassistent.“

Begründung**Zu Nummer 1**

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 Nummer 2

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.

Regelungsvorschlag Nr. 16Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(KHTF: Folgeänderung zum Haushaltsbegleitgesetz)

In Artikel 2 Nummer 5 wird § 12b Absatz 2 Satz 1 durch den folgenden Satz ersetzt:

„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.“

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 17Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe b, c und d (§ 6 Absatz 3 Satz 2, Absatz 4 Satz 2 und 4 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

(KHTF: Nachweis über zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel bei Fördervorhaben von Hochschulkliniken)

1. In Artikel 2 Nummer 5 wird in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 die Angabe „jährlich in einer gesonderten Mitteilung“ durch die Angabe „bei der Antragstellung und bei Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel“ ersetzt.
2. Artikel 4 Nummer 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

„b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.“
 - b) Buchstabe c wird durch den folgenden Buchstaben c ersetzt:

„c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ist an dem geförderten Vorhaben eine Hochschulklinik beteiligt, übermitteln die Länder dem Bundesamt für Soziale Sicherung über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal mit dem in Satz 1 genannten Verwendungsnachweis aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die ausgezahlten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbegleitende Strukturmaßnahmen eingesetzt werden.“
 - bb) Der neue Satz 4 wird gestrichen.“

BegründungZu Nummer 1

Mit der Änderung wird der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds 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 Krankenhausstrukturfonds bewusst nicht vorgesehen. Zur bürokratiearmen Ausgestaltung des Förderverfahrens wurde in der Krankenhausstrukturfonds-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 krankenhausbegleitende 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 Nummer 2Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der KHTFV zu der Änderung unter Nummer 1. Da der Nachweis, dass für bestimmte zu fördernde Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, die zu beantragenden Fördermittel ausschließlich für krankenhausbegleitende 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 Krankenhaus-transformationsfonds keinen Anwendungsfall mehr hat.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung unter Nummer 1, 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 Buchstabe c

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

Regelungsvorschlag Nr. 18

Zu Artikel 2 Nummer 3a, 6a, 7 und 7a (§§ 10, 17a, 17b, 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe d, Nummer 5a, 8 Buchstabe b, Nummer 9 Buchstabe c und Nummer 12a (§§ 4, 6, 8, 9, 15 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Artikel 6 Nummer 0a und 0b (§§ 6 und 8 der Bundespflegesatzverordnung)

(Durchgängige Konfliktlösung
durch
Bundesschiedsstelle)

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 3a eingefügt:

3a. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die 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.

b) Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 6a eingefügt:

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.“

c) Nummer 7 wird durch die folgenden Nummern 7 und 7a 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) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 6 wird gestrichen.

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

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

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

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

2. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 4 Buchstabe c wird der folgende Buchstabe d eingefügt:
- ,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.‘
- b) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 5a eingefügt:
- ,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.‘
- c) Nummer 8 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Buchstabe a wird der folgende Buchstabe b eingefügt:
- ,b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen.‘
- bb) Der bisherige Buchstabe b wird zu Buchstabe c.
- d) Nach Nummer 9 Buchstabe b wird der folgende Buchstabe c eingefügt:
- ,c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Kommt eine in dieser Vorschrift genannte Vereinbarung nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen.“
- bb) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
- „Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung. Abweichend von den Sätzen 1 und 5 entscheidet die Schiedsstelle bis zum 15. November eines Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei, sofern die Vertragsparteien bis dahin keine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 getroffen haben.“ ‘
- e) Nach Nummer 12 wird die folgende Nummer 12a eingefügt:
- ,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.“ ‘
3. Vor Artikel 6 Nummer 1 werden die folgenden Nummern 0a und 0b eingefügt:
- ,0a. In § 6 Absatz 1 wird die Angabe „oder in einer Verordnung nach § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen.
- 0b. In § 8 Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „oder in einer Rechtsverordnung nach § 17d Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt“ gestrichen.‘

Begründung

Zu Nummer 1**Zu Buchstabe a**

Zu Nummer 3a

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe b

Analog zu der Regelung in § 9 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) 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 Richtwerte für die Angleichung der krankenhausespezifischen Finanzierungsbeträge im Rahmen der Ausbildungskostenfinanzierung eine Festlegung durch die Bundesschiedsstelle vorgesehen.

Zu Buchstabe c**Zu Nummer 7**

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des Absatzes 7.

Zu Buchstabe c

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 KHEntG) 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 KHEntG genannten Gründen daher nicht mehr angezeigt.

Zu Nummer 7a

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 2**Zu Buchstabe a**

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung sieht hinsichtlich aller in den Absätzen 1 bis 1c genannten Vereinbarungsgegenstände – und somit auch für den Fallpauschalen- und den Zusatzentgeltkatalog 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 Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz 5 sieht für den Fall einer nicht oder nicht vollständig erfolgten Einigung der Vertragsparteien hinsichtlich des Fallpauschalen- und des Zusatzentgeltkatalogs 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 Buchstabe e

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

Zu Nummer 3**Zu Nummer 0a**

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 0b

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

Regelungsvorschlag Nr. 19Zu Artikel 2 Nummer 8 (§ 37 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)Zu Artikel 3 Nummer 11 (§ 11 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Regelungen für die Ermittlung der Vorhaltevolumina bei der Umwandlung von besonderen Einrichtungen in DRG-Krankenhäuser und umgekehrt)

1. Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe a und b wird durch die folgenden Buchstaben a und b ersetzt:

a)

Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhaussfällen 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 Krankenhaussfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind die folgenden Krankenhaussfälle:

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

Das nach Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhaussfälle 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 Krankenhaussfällen 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 Krankenhaussfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet wurden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhaussfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.“

b)

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

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

2. Artikel 3 Nummer 11 wird durch die folgende Nummer 11 ersetzt:

,11. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 7 wird der folgende Satz eingefügt:

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

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

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

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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 Fällen 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.

Zu Buchstabe b

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

Es handelt sich um eine bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelung.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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.

Regelungsvorschlag Nr. 20

Zu Artikel 3 Nummer 11a und 12 (§ 13 Absatz 3 bis 7, § 14 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes)
Zu Artikel 6 Nummer 2a und 3 (§ 13 Absatz 3 bis 7, § 14 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung)

(Anpassungen des Schieds- und Genehmigungsverfahren im Rahmen von Budgetverhandlungen)

1. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 11 wird die folgende Nummer 11a eingefügt:

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

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

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

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

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

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

b) Nummer 12 wird durch die folgende Nummer 12 ersetzt:

„12. § 14 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6, des Pflegebudgets nach § 6a, der 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
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.“

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 2 wird die folgende Nummer 2a eingefügt:

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

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

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

(5) Kommt eine Vereinbarung nach § 11 für einen oder mehrere der Vereinbarungszeiträume 2024 bis 2026 nicht oder teilweise nicht bis zum Ablauf des 31. März 2028 zustande,

entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten ab dem 1. April 2028. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, der Schiedsstelle bis zum Ablauf des 31. März 2028 den fehlenden vollständigen Abschluss einer oder mehrerer der in Satz 1 genannten Vereinbarungen, die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte, sowie die Gründe der Nichteinigung schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

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

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

b) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

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

„(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten krankenhausindividuellen Basisentgelts, 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.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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 den Absätzen 4 bis 6

Für noch offene „alte“ Vereinbarungszeiträume werden, gestaffelt nach Vereinbarungszeiträumen, Schiedsstellenautomatismen eingeführt (Absatz 4 und 5). Für diese offenen Verfahren hat die Schiedsstelle 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.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 12

Zu Buchstabe a

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 Maßnahmen 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 Buchstabe b

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

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.

Regelungsvorschlag Nr. 21

Zu Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 2 Nummer 6 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

(KHTF: Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln zur Investitionskostenförderung der Krankenhäuser)

Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wird durch den folgenden Doppelbuchstaben cc 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 Haushaltsmitteln für die Investitionskostenförderung nach § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verpflichtet, und der Nachweis, dass das Land Haushaltsmittel 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 Haushaltsmittel angerechnet werden oder wurden.“

Begründung

Mit der Änderung wird die in § 4 Absatz 2 Nummer 6 geregelte Übermittlungspflicht des Landes angepasst. Nach dieser Regelung hat das Land gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu erklären, dass es die in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geregelten Verpflichtungen in Bezug auf die Investitionskostenförderungen erfüllt. Danach hat das Land vom Zeitpunkt der Beantragung einer Förderung aus dem Krankenhaustransformationsfonds bis zum Jahr 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser in einer bestimmten Höhe zur Verfügung zu stellen. Zudem muss das Land nachweisen, dass seit dem Jahr 2026 bis zum Jahr der Antragstellung Haushaltsmittel zur Investitionskostenförderung der Krankenhäuser in der erforderlichen Höhe bereitgestellt wurden. Die Verpflichtung zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln 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 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung, der lediglich auf die Einzelförderung nach § 9 Absatz 1 KHG abstellte, war daher nicht sachgerecht.

Regelungsvorschlag Nr. 22

Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a (§ 6 Absatz 2 Satz 4 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)
(KHTF: Prüfungsbemerkungen der obersten Rechnungsprüfungsbehörden der Länder)

Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a wird durch den folgenden Buchstaben a ersetzt:

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

„Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“ ‘

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 23Zu Artikel 5 Nummer 2 (§ 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

(Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse)

Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe a wird durch den folgenden Buchstaben a ersetzt:

a) Absatz 9 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

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

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 24Zu Artikel 1 Nummer 2a (§ 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Hybrid-DRG)

1. Nach Artikel 1 Nummer 2 wird die folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. § 115f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 9 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „15. September“ ersetzt.

b) In Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „15. September“ ersetzt.

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

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

d) Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils 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.“

Begründung**Zu Buchstabe a**

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 Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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.

Regelungsvorschlag Nr. 25Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

*(Änderung der Bezeichnung der Berufsorganisationen
der Pflegeberufe und Anpassung Mindestvoraussetzungen)*

In Artikel 1 Nummer 4 wird § 135e wie folgt geändert:

1. „In Absatz 3 Satz 6 und 7 wird jeweils die Angabe „Berufsorganisationen der Pflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches“ ersetzt.
2. Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

„4. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen und 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,
 - b) Nummer 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Buchstabe b wird durch die folgenden Buchstaben b und c ersetzt:

„b) im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten wie Schicht- oder Bereitschaftsdiensten außerhalb des Regeldienstes mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein muss,

c) außerhalb der in Buchstabe b genannten Dienste mindestens ein Facharzt in Rufbereitschaft jederzeit verfügbar sein muss,“
 - bb) Die Buchstaben c bis e werden zu den Buchstaben d bis f.

Begründung**Zu Nummer 1**

Mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wird durch § 118a des Fünften 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 Nummer 2**Zu Buchstabe a**

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.

Buchstabe b

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.

Regelungsvorschlag Nr. 26Zu Artikel 1 Nummer 9a (§ 221a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ergänzende Verfahrensregelungen für die Abführung etwaiger Differenzbeträge an den Krankenhaustransformationsfonds)

Nach Artikel 1 Nummer 9 wird die folgende Nummer 9a eingefügt:

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

„(3) Unterschreiten die Aufwendungen der Krankenkassen nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung abzüglich der entsprechenden Aufwendungen der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Summe der nach Absatz 1 geleisteten ergänzenden Bundeszuschüsse abzüglich der Summe der an die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Absatz 2 gezahlten Beträge, wird der Differenzbetrag dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2028 zugeführt. Zur Ermittlung des nach Satz 1 dem Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2028 zuzuführenden Differenzbetrages übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum Ablauf des 30. Juni 2028 an das Bundesamt für Soziale Sicherung die Summe der Aufwendungen, die die Krankenkassen für die von den Krankenhäusern nach § 8 Absatz 11 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung berechneten Zuschläge bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 geleistet haben, abzüglich der von der landwirtschaftlichen Krankenkasse für diese Zuschläge bis zum Ablauf des 31. Dezember 2027 geleisteten Aufwendungen.

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

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 27Zu Artikel 1 Nummer 15 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*(Anpassung der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen)*

Der Anhang zu Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt geändert:

4. Die Leistungsgruppen-Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird in der Spalte „Standort“ in der Zeile „Auswahlkriterium“ nach dem Wort „Frauenheilkunde“ die Angabe „oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie“ gestrichen.

b) Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird in der Zeile „Mindestvoraussetzung“ nach dem Wort „Röntgen“ die Angabe „jederzeit“ eingefügt und die Angabe „Endoskopie täglich acht Stunden“ durch die Angabe „Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit“ ersetzt.

5. In der Leistungsgruppen-Nummer 2 wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ die Angabe „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ gestrichen.

6. Die Leistungsgruppen-Nummer 7 wird im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ wie folgt geändert:

a) In der Spalte „Qualifikation“ wird nach der Angabe „Orthopädische Rheumatologie“ die Angabe „FA für Orthopädie und Unfallchirurgie FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin“ eingefügt.

b) In der Spalte „Verfügbarkeit“ wird nach der Angabe „jederzeit“ die Angabe „Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, der dritte FA kann FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie sein“ eingefügt.

7. In der Leistungsgruppen-Nummer 14 wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Angabe „Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten jederzeit mindestens in Kooperation“ gestrichen.

8. In der Leistungsgruppen-Nummer 19 wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ die Angabe „Substraktionsangiographie“ durch die Angabe „Subtraktionsangiographie“ ersetzt.

9. In der Leistungsgruppen-Nummer 55 wird im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ die Angabe „FA Neuropädiatrie“ durch die Angabe „FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie“ ersetzt.

10. In den Leistungsgruppen-Nummern 58 bis 63 wird im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ jeweils die Angabe „Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz“ gestrichen.

Begründung

Die Anpassungen der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen (LG) in der Anlage 1 sind ein Ergebnis der Beratungen im Leistungsgruppenausschuss und werden von diesem fachlich befürwortet.

Zu Nummer 1:

Die Vorhaltung der – fachlich stark spezialisierten – LG Ovarial-CA und LG Senologie sind für eine qualitativ hochwertige Leistungsbringung in der LG Allgemeine Innere Medizin nicht zwingend erforderlich, sodass diese gestrichen werden. Die beiden anderen frauenheilkundlichen und geburtshilflichen LG bleiben als Auswahlkriterium bestehen.

Die Verfügbarkeit der Röntgendiagnostik ist jederzeit zu gewährleisten, dies soll durch die Ergänzung dieser zeitlichen Vorgabe sichergestellt werden. Jederzeit bedeutet, dass eine Verfügbarkeit außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft gewährleistet werden muss, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienste sichergestellt wird.

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“.

Zu Nummer 2

Im Gesetzentwurf werden 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.

Zu Nummer 3

Zur Sicherstellung der rheumatologischen Versorgung werden 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.

Zu Nummer 4

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.

Zu Nummer 5

Die Anpassung ist rein redaktionell.

Zu Nummer 6

Die redaktionelle Ergänzung erfolgt, um die Facharztbezeichnungen an die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer anzupassen.

Zu Nummer 7

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 Transplantationsmedizin 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>).

Regelungsvorschlag Nr. 28Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen haben)

In Artikel 2 Nummer 2 wird nach § 6a Absatz 2 Satz 3 der folgende Satz eingefügt:

„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.“

Begründung

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.

Regelungsvorschlag Nr. 29

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Artikel 4 Nummer 1 und 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 1, § 4 Absatz 2 Nummer 6 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

(KHTF: Nutzung der den Ländern nach dem LuKIFG zustehenden Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität;
Höhe des Kofinanzierungsanteils der Länder;
Klarstellung zur berücksichtigungsfähigen Investitionskostenförderung der Länder)

1. In Artikel 2 Nummer 5 wird § 12b Absatz 3 wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu dem folgenden Anteil trägt und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aufbringt:

a) bei einer Antragstellung bis zum 31. Dezember 2029 auf Zuteilung von Fördermitteln bis zu der Höhe, die das jeweilige Land für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 nach Absatz 2 Satz 2 beantragen kann, zu einem Anteil von mindestens 30 Prozent und

b) bei einer Antragstellung ab dem 1. Januar 2030 zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent,“.

bb) Nummer 4 Buchstabe a und b wird durch die folgenden Buchstaben a und b ersetzt:

„a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 zusätzlich zu den nach Nummer 3 zu tragenden Anteilen Mittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht und

b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung zusätzlich zu den nach Nummer 3 zu tragenden Anteilen Mittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht,“.

b) In Satz 3 wird die Angabe „Haushaltsmittel“ durch die Angabe „Mittel“ ersetzt.

2. Artikel 4 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 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.“

b) Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wird durch den folgenden Doppelbuchstaben cc 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.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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.

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 Doppelbuchstabe bb

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 Buchstabe b

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

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Auch mit der Änderung in Nummer 2 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 Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Änderung unter Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Aufgrund der Änderung unter Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb kann das Land die in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b KHG geregelten Verpflichtungen in Bezug auf die Investitionskostenförderungen auch durch andere Mittel als eigene Haushaltsmittel erfüllen. Mit der Änderung unter Nummer 2 Buchstabe b 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.

Regelungsvorschlag Nr. 30Zu Artikel 3 Nummer 9 und 10 (§§ 9, 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)Zu Artikel 6 Nummer 0 und 1 (§§ 3, 9 der Bundespflegesatzverordnung)*(Infolge des Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege erforderliche Änderungen)***1. Artikel 3 wird wie folgt geändert:**

a) Nummer 9 Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

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

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 7 ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert.“

b) Nummer 10 Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

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

„(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, und diesen spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst das vorangegangene Kalenderjahr. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind, mit Ausnahme von Bundeswehrkrankenhäusern und reinen Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate; hiervon abweichend entspricht der Veränderungswert für das Jahr 2026 dem nach Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“

2. Artikel 6 Nummer 1 wird durch die folgenden Nummern 0 und 1 ersetzt:

,0. § 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.“

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

Begründung

Zu Nummer 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 Nummer 2

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b

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.

Regelungsvorschlag Nr. 31Zu Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 9 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Verlängerung des Infektiologieförderprogramm)

Nach Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe c wird der folgende Buchstabe d eingefügt:

,d) 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 Teilstellen von
 - a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2025,
 - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
 - c) Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2023 bis 2025,
2. in den Jahren 2016 bis 2028 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie jeweils durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro in den Jahren 2016 bis 2022, ab dem Jahr 2023 bis einschließlich des Jahres 2028 in Höhe von jährlich 40 000 Euro,
3. in den Jahren 2016 bis 2028 begonnene Zusatzweiterbildungen Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte jeweils durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro und
4. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder durch Fachärztinnen und Fachärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag in den Jahren 2016 bis 2028.“

Begründung

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 „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.

Regelungsvorschlag Nr. 32

Zu Artikel 3 Nummer 5a und 12a (§§ 6, 15 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Artikel 6 Nummer 0a und 4 (§§ 6 und 15 der Bundespflegesatzverordnung)

(Durchschlagen der Wirkung eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags für Arzneimittel auf krankenhaushausindividuelle Entgelte und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

1. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

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

b) Absatz 2 Satz 11 wird durch 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.“

b) Nach Nummer 12 wird die folgende Nummer 12a eingefügt:

„12a. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

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

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.“

2. Artikel 6 wird wie folgt geändert:

- a) Vor Nummer 1 wird die folgende Nummer 0 eingefügt:
0. § 6 wird wie folgt geändert:
- 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.
- b) Nach Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 eingefügt:
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:
- „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.“

Begründung

Nach § 130b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen 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 Unternehmen und Krankenkassen, sondern bildet nach § 78 Absatz 3a des Arzneimittelgesetzes grundsätzlich 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 krankenhaushausindividuelle 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 krankenhaushausindividuellen Entgelt und dem Erstattungsbetrag gegenüber den Kostenträgern. Die Problematik besteht sowohl bei krankenhaushausindividuellen 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 krankenhaushausindividuellen 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 Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 5a

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b

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.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 12a

Zu Buchstabe a

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 Abgabe 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 Vereinbarungsnotwendigkeit 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 Buchstabe b

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 Erstattungsbetrags 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 2

Zu Buchstabe a

Zu Nummer 0

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b

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 Behandlungsmethode, 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 Buchstabe b

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

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 entsprechenden 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 Buchstabe b

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.

Regelungsvorschlag Änderungsantrag Nr. 33Zu Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Korrektur zur Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen)

Artikel 7 wird durch den folgenden Artikel 7 ersetzt:

**„Artikel 7
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 53d Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:
„(4) Der Medizinische Dienst Bund kann in den in den Absätzen 2 und 3 genannten Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.“
2. Nach § 113d Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Die Geschäftsstelle wird aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Das Nähere über das Verfahren zur Anforderung und Auszahlung der Mittel vereinbaren das Bundesamt für Soziale Sicherung, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1.“

Begründung:

Die Ergänzung der Nummer 2 (Änderung im § 113d SGB XI) in Artikel 7 erfolgt, um eine im parlamentarischen Verfahren zum Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege versehentlich erfolgte Streichung zu korrigieren. Mit Annahme der Beschlussempfehlung vom 5. November 2025 zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung 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.

Regelungsvorschlag Nr. 34

Zu Artikel 1 Nummer 1 – neu - (§ 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Wartezeit für die Vermittlung radiologischer Behandlungstermine durch die Terminservicestelle)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Der bisherigen Nummer 1 wird folgende Nummer 1 vorangestellt:

1. § 75 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf 4 Wochen nicht überschreiten; im Fall der Vermittlung eines radiologischen Behandlungstermins darf die Wartezeit 3 Wochen nicht überschreiten.“

2. Die bisherige Nummer 1 wird zu Nummer 1a.

Begründung:

Die Regelung zielt auf eine schnelle Vermittlung radiologischer Behandlungstermine ab. Radiologische Diagnostik ist in vielen Fällen eine Grundvoraussetzung für weitere ärztliche Therapieentscheidungen und daher möglichst zeitnah durchzuführen. Vor diesem Hintergrund wird die Wartezeit der Versicherten auf vermittelte Radiologietermine auf drei Wochen verkürzt. Kann die Terminservicestelle einen Termin nicht fristgerecht vermitteln, so hat sie – insoweit unverändert - einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten.

Regelungsvorschlag Nr. 35

Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b – (§ 135d Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Artikel 1 Nummer 4 – (§ 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Definition Fachkrankenhäuser)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 3 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe b wird Absatz 4 durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

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

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

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 Absatz 4a Satz 3 oder 4 tritt an die Stelle einer Zuordnung nach Satz 2 Nummer 4, sofern diese bereits erfolgt ist. Die in Satz 3 und in Absatz 4a 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.“

b) Nach Buchstabe b wird der folgende Buchstabe c eingefügt:

,c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Ländern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 36. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine bundeseinheitliche Definition von Fachkrankenhäusern, die die Kriterien für die Zuordnung eines Krankenhausstandortes zu der Versorgungsstufe „Level F“ festlegt. 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des 42. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] fest. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen, wenn die nach Satz 1 vereinbarten 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

1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und
3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,

der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen. Die Zuordnung nach Satz 4 ist zu begründen und bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung folgenden vierten

Kalenderjahres] zu befristen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich eine Zuordnung nach Satz 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 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] einen Bericht über das Ergebnis ihrer Prüfung vor. Die für den nach Satz 7 vorzulegenden Bericht erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 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.“

2. In Nummer 4 wird in § 135e Absatz 4 Satz 2 die Angabe „§135d Absatz 4 Satz 3“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 4a Satz 3“ ersetzt

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung unter Nummer 2, mit der die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ in einem eigenen Absatz geregelt wird. Daraus ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in Absatz 4, die mit dieser Änderung umgesetzt werden.

Zu Buchstabe b

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 bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des auf die Verkündung folgenden vierten Kalenderjahres] 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. Auf Grundlage ihrer Evaluation haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 36. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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 e. V. 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des 42. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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 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 Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung der Definition von Fachkrankenhäusern in § 135d Absatz 4a. Es wird ein Verweis angepasst.

Regelungsvorschlag Nr. 36

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Inhalte von Kooperationsvereinbarungen)

In Artikel 1 Nummer 4 wird in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7

nach der Angabe „vorliegt“ die folgende Angabe eingefügt:

„die Angaben zu den Kooperationspartnern und deren Eignung, Angaben zu Ort, Inhalt und Dauer der Kooperation sowie Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit von sachlicher und personeller Ausstattung enthält,“

Begründung

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 der betreffenden Kooperation erfüllen kann. Die maßgeblichen Qualitätskriterien bestimmen sich bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 SGB V aus Absatz 4 SGB V in Verbindung mit Anlage 1 zum SGB V. Diese Vorgaben gelten gleichermaßen bei einer Vorhaltung vor Ort am Krankenhausstandort als auch bei einer Kooperation. Zur Stärkung der Verbindlichkeit der Kooperation ist eine Angabe zu Ort, Inhalt und Dauer der Kooperation erforderlich. Die erforderlichen Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit von sachlicher und personeller Ausstattung legen fest, wann das für die Kooperationsleistung erforderliche Personal und die erforderlichen Sachmittel verfügbar zu sein haben, um die Qualitätskriterien auch in Kooperation zu erfüllen.

Regelungsvorschlag Nr. 37Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Klarstellung zur Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken)

In Artikel 1 Nummer 4 werden in § 135e Absatz 4 die Sätze 2 bis 4 durch den folgenden Satz ersetzt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 7 können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern und oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt, durch

- a) Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135e Absatz 4a Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“,
- b) Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ oder
- c) jeden Krankenhausstandort in begründeten Fällen in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ für die Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus.“

Begründung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 7 durch die in den im neuen Satz 2 Buchstaben a bis c genannten Krankenhausstandorte nicht erfüllt werden müssen. 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 „Geriatric“ 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.

Regelungsvorschlag Nr. 38Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b – (§ 135f Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Festlegung des Zeitpunkts für das Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen)

Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

,b) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 12. Dezember 2026 zu erlassen und tritt frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft.“

Begründung

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, die bis zum 30. September eines Kalenderjahres an das InEK zu übermitteln sind, zu berücksichtigen.

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

Regelungsvorschlag Nr. 39Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 136a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

*(Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss
für eine Richtlinie zur Erkennung von Mangelernährung)*

Artikel 1 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

:

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

„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum 30. Juni 2025 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung bei der Erkennung und Behandlung von Mangelernährung in Krankenhäusern fest. Dabei bestimmt er insbesondere die Anforderungen für eine systematische Erkennung betroffener Patienten bei der Aufnahme einer stationären Behandlung, Anforderungen an das vorzuhaltende Personal sowie Vorgaben für eine wirksame Therapieplanung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2027 zu treffen.“

Hinweis: Absatz 7 wird ausschließlich aus Gründen der Regelungstechnik in den Änderungsantrag mitaufgenommen, es wird keine Änderung gegenüber der Kabinettfassung vorgenommen.

Begründung

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 Vorgaben für das vom Krankenhaus zur Sicherstellung der Ernährungskompetenz vorzuhaltende Personal festlegen unter Berücksichtigung dessen Verfügbarkeit. Die Maßnahmen sollen auch die Erstellung eines Therapieplans 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 % der Erkrankten sind bei der stationären Aufnahme mangelernährt, vor allem akut-geriatrisch Erkrankte sind zu über 50 % 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 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.

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.

Regelungsvorschlag Nr. 40Zu Artikel 1 Nummern 11 und 14 (Anlage zu § 135e und § 275a SGB V)

(Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 11 wird der Buchstabe a gestrichen.
2. Im Anhang zu Nummer 14 werden in der Anlage 1 zu § 135e in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ zu jeder Nummer die Wörter „Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort gemäß § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden.“ eingefügt.

Begründung

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 gem. § 3 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung 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 SGB V maßgeblich.

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

Regelungsvorschlag Nr. 41Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 427 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*(Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes)*

Artikel 1 Nummer 14 wird durch die folgende Nummer 14 ersetzt:

14. § 427 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

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

b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

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

Begründung

Mit der Änderung 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 Anrechnung von Fachärzten auf bis zu drei Leistungsgruppen auf die Versorgung hat.

Regelungsvorschlag Nr. 42

Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Krankenhausstandortdefinition)

Artikel 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 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

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Krankenhausstandorte sind oder
2. abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde vor Abschluss einer in Satz 1 genannten Vereinbarung anzuhören. Gibt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Rahmen der in Satz 2 genannten Anhörung eine Stellungnahme ab, ist diese bei Abschluss der in Satz 1 genannten Vereinbarung zu berücksichtigen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.“

Begründung

Mit der Änderung wird eine 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 danach die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde vor einer Vereinbarung über eine Einzelfallabweichung anzuhören. Sofern die zuständige Landesbehörde im Rahmen der Anhörung eine Stellungnahme abgibt, ist diese durch die Selbstverwaltungspartner zu berücksichtigen.

Regelungsvorschlag Nr. 43

Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 38 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Artikel 3 Nummer 5 (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Jahr 2027)

1. Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b wird durch die folgenden Buchstaben b und c ersetzt:

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

„(1a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt für das Kalenderjahr 2027 zur Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 Nummer 1 und 2 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 bis 7. 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 Krankenhaussfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhaussfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2027 zuzuordnen. 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 § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser für das Kalenderjahr 2027 die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhaussfällen in dem jeweiligen Krankenhaus, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhaussfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2027 zuzuordnen. Der auf ein in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genanntes zugelassenes Krankenhaus nach Satz 5 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach Satz 6 für das jeweilige in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte zugelassene Krankenhaus ermittelten Vorhaltevolumens an der Summe aller für die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen 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 auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser nach Satz 7 aufgeteilten Beträge bis zum 10. Dezember 2026 barrierefrei auf seiner Internetseite.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

2. Nach Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe f wird der folgende Buchstabe g eingefügt:

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

„(3n) Die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser, für die für das Kalenderjahr 2027 ein Betrag nach § 38 Absatz 1a Satz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlicht wurde, erheben zur Abrechnung des für sie veröffentlichten 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 ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des in Satz 1 genannten Zuschlags ergibt sich, indem der für dieses Kalenderjahr 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; die Höhe ist durch den jeweiligen Krankenhausträger zu ermitteln. 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 keinen Zuschlag erheben, auch wenn

ihm Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 KHG für das Kalenderjahr 2027 zugewiesen wurden.“

Begründung

Zu Nummer 1

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 vorgesehenen 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 krankenhauserplanerischen 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, welche in den Sätzen 3 bis 7 konkretisiert wird. 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 Krankenhaüsällen, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen für die Länder und die Hochschulklinika zu ermitteln. Zur Abklärung des Status von Krankenhäusern, die nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, 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 2

Der neue Absatz 3n regelt die Auszahlung der nach § 38 Absatz 1a Satz 7 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 krankenhauserindividuellen 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 keinen Zuschlag erheben, auch dann nicht, wenn ihnen von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 KHG für das Jahr 2027 zugewiesen wurden.

Regelungsvorschlag Nr. 44Zu Artikel 3 Nummer 5a (§ 6a Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Klarstellung zu nichtberücksichtigungsfähigen, pflegefremden Tätigkeiten beim Pflegebudget)

In Artikel 3 wird nach Nummer 5 die folgende Nummer 5a eingefügt:

,5a. In § 6a Absatz 2 wird nach Satz 11 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 Aufgaben, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“ ‘

BegründungZu Nummer 5a

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 Aufgaben, 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. 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.

Regelungsvorschlag Nr. 45

Zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b – (§ 6b Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Folgeänderung zur Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung)

Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b wird durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

,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 Mindestvorhaltezahls 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.“

Begründung

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 zur Mitteilung von Ausnahmen von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahls für eine Leistungsgruppe gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verschoben. Zudem erfolgt eine Anpassung 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 Ausnahmen von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahls für eine Leistungsgruppe spätestens zum 30. September 2027 zu erfolgen.

Regelungsvorschlag Nr. 46**Zu Artikel 4 Nummer 5 (§ 6 Absatz 1 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)**

(KHTF: Informations- und Kennzeichnungspflichten der Förderung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität)

In Artikel 4 Nummer 5 wird in § 6 Absatz 1 nach Satz 6 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 nach § 9 des Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes geschlossenen Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern.“

Begründung

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass bei Vorhaben des Krankenhaustransformationsfonds 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 KHTFV 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.