

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

A. Problem und Ziel

Das derzeitige auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung gilt als stark mengenorientiert. Für die Kliniken besteht der ökonomische Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies kann dazu führen, dass gewisse mengenanfällige Krankenhausbehandlungen im derzeitigen System nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen, sondern teilweise auch zur Erlössteigerung durchgeführt werden.

Da die Krankenhäuser seit vielen Jahren unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder leiden, können sie den so entstandenen Investitionsstau bei dringend notwendigen Anschaffungen oder baulichen Maßnahmen oft nur unter Heranziehung von Behandlungserlösen abbauen. Dies erhöht den Kostendruck in den Krankenhäusern weiter und birgt das Risiko, dass sie vermeintlich weniger lukrative medizinische Leistungen nicht mehr anbieten oder sie ihren Betrieb - unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf - infolge fehlender wirtschaftlicher Perspektive einstellen. Krankenhäuser sehen sich teilweise zu Einsparungen zulasten einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gezwungen; nicht immer halten sie die für die Behandlung notwendigen Strukturen vor. Auch aufgrund dessen, dass viele Krankenhäuser bestimmte Leistungen nur selten durchführen und somit wenig Erfahrung mit der jeweiligen Leistung haben, sind Qualitätsdefizite in der Versorgung die Folge, die sich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten auswirken können.

Auch der durch die demografische Entwicklung bedingte zunehmende Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften wird perspektivisch dazu beitragen, dass mit den bestehenden Strukturen eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Nicht zuletzt blieben Potenziale in Richtung einer stärker sektorenübergreifend geprägten Erbringung von Krankenhausleistungen in der Vergangenheit vielfach ungenutzt.

Mit der Krankenhausreform werden daher drei zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung.

B. Lösung; Nutzen

Lösung

Mit Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser gesenkt, Fallmengen auszuweiten. Die Mittel für die Vorhaltevergütung werden generiert, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den gesetzlichen Auftrag erhält, die bestehenden Fallpauschalen abzusenken und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe zu ermitteln. Die Krankenhäuser erhalten die

Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, die ihnen durch die jeweilige Planungsbehörde des Landes zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen.

Die Zahlung der Vorhaltevergütung erfolgt zeitnah und wird durch weitere Maßnahmen, insbesondere einen unterjährigen Zuschlag und einen vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich flankiert, um den Krankenhäusern schnell eine finanzielle Absicherung ihrer Vorhalteaufwände zu gewährleisten. Vorgesehen wird zudem eine Konvergenzphase als Übergangsregelung, damit ein fließender Übergang von der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik, überwiegend durch Fallpauschalen, hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik gelingen kann.

Die Konzentration von Leistungen zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung und eine weitere Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung wird erreicht, indem die Vorhaltevergütung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der betreffenden Qualitätskriterien und der Mindestvorhaltezahlen verknüpft wird. Ausgangspunkt für die Leistungsgruppensystematik sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. In einem vierstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung u.a. der medizinischen Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen werden bundeseinheitliche Qualitätskriterien für diese Leistungsgruppen festgelegt sowie die anfänglichen Leistungsgruppen ausdifferenziert und weiterentwickelt.

Die Medizinischen Dienste prüfen regelmäßig, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten. Um einhergehend Bürokratie für die Krankenhäuser abzubauen und die Effizienz des Prüfwesens der Medizinischen Dienste zu verbessern, wird den Krankenhäusern die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht und der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt werden. Hieran anknüpfend wird das Berichtswesen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erweitert.

Um insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrecht erhalten zu können, wird der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Die Länder erhalten gesetzlich die Möglichkeit, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst.

Für die Umsetzung der durch die Krankenhausreform angestoßenen Prozesse können die Länder ab 2026 aus den Mitteln eines Transformationsfonds zielgenau unterstützt werden.

Daneben werden die wirtschaftliche Situation und die Liquidität der Krankenhäuser durch die vollständige, umfassende und frühzeitige Tarifierfinanzierung sowie durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts wesentlich und nachhaltig verbessert. Zudem werden die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht. Dies dient der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen und damit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung.

Nutzen

Gegenwärtig ist es den Krankenhäusern in Deutschland mit wenigen Ausnahmen grundsätzlich möglich, alle Leistungen zu erbringen. Daraus können Qualitätsdefizite resultieren, die eine erhöhte Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung, aber auch vergleichsweise hohe Kosten im Gesundheitssystem und einen weniger effizienten Personaleinsatz mit sich bringen. Durch eine Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken und eine

dadurch gesteigerte Behandlungsqualität könnten viele Lebensjahre gerettet und Todesfälle sowie unnötige Revisionsoperationen vermieden werden. Insbesondere birgt die Festlegung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität erhebliche Potenziale zur Verbesserung der Qualität der Behandlungsergebnisse. Aufgrund der bestehenden hohen Krankenhausdichte in Deutschland sind dabei keine wesentlichen Einschränkungen in Bezug auf die Erreichbarkeit zu erwarten. Eine engere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors kann zudem die Effizienz der Gesundheitsversorgung ressourcenschonend steigern und hilft dabei, Fachkräfte zielgerichteter einzusetzen. Der gesamtgesellschaftliche Nutzen einer Krankenhausreform ergibt sich somit aus einer Verbesserung der Versorgungsqualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Bevölkerung.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Neueinrichtung einer Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Koordinierung und Begleitung der Arbeit des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dauerhafte Mehrausgaben in Höhe von geschätzt rund 440 000 Euro pro Jahr.

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung durch das BMG nach § 135f SGB V dauerhafte Mehrausgaben in Höhe von geschätzt rund 310 000 Euro pro Jahr.

Begleitend zur Umstellung der Krankenhausfinanzierung und damit einhergehenden Veränderungen sind bundesweite Informations- und Aufklärungsmaßnahmen erforderlich. Dem Bundeshaushalt entstehen daher im Zuge des Transformationsprozesses Mehrausgaben in Höhe von 16 Millionen Euro für die Aufklärungsarbeit für Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Im Bereich der Beihilfe entstehen Bund, Ländern und Kommunen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag liegen können.

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wird in den Jahren 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Milliarden Euro bereitgestellt, das jeweils zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist. Durch die mit dem Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung

der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die dem zeitlich begrenzten Transformationsfonds insgesamt bis 2035 zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 25 Milliarden Euro werden – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Diesen Mehrausgaben stehen dauerhaft wirkende Einsparpotenziale gegenüber, die durch Struktureffekte wie z. B. der Konzentration der Angebotsstrukturen und der Qualitätsverbesserung entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Im Jahr 2024 entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung basiswirksame Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Ab 2025 entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 378 Millionen Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe, die ab 2027 um weitere 327 Millionen Euro für weitere vorgesehene Zuschläge jährlich aufwachsen. Zusätzlich können ab dem Jahr 2025 noch nicht bezifferbare jährliche Mehrkosten entstehen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tariffinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie bei Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, stärker koordinierten und spezialisierten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Im Jahr 2025 entstehen den gesetzlichen Krankenkassen dadurch Minderausgaben von 330 Millionen Euro, diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an.

Der Umstieg von den bisherigen Einzelfallprüfungen von Krankenhausrechnungen hin zu einer strukturierten Stichprobenprüfung kann ab dem Jahr 2027 Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger von Krankenhausrechnungen haben. Da die konkrete Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen erst noch durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Basis eines Konzepts des Medizinischen Dienstes Bund vereinbart werden muss, kann eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen noch nicht vorgenommen werden.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund -791 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 269 000 Euro. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des KHVVG:

- Artikel 1 und 2 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des SGB V bewirken für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 200 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 250 000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des KHG bewirkt für die Wirtschaft zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 3 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 15 000 Euro.
- Artikel 4 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 594 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 4 000 Euro.
- Artikel 5 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bewirkt für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Davon entfallen circa 123 000 Euro auf jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten sowie rund 243 000 Euro auf einmalige Informationspflichten. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des KHVVG:

- Artikel 1 und 2 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des SGB V bewirken eine Zunahme der Bürokratiekosten aus Informationspflichten um geschätzt rund 17 000 Euro jährlich. Die einmaligen Informationspflichten belaufen sich auf 240 000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des KHG bewirkt einmalige Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von schätzungsweise rund 3 000 Euro.
- Artikel 4 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des KHEntgG bewirkt Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund 106 000 Euro jährlich.
- Artikel 5 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen der BPfIV bewirkt für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung ändert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt rund 514 000 Euro. Davon entfallen circa 392 000 Euro an jährlichen Erfüllungsaufwand auf den Bund oder die Selbstverwaltung/Sozialversicherung und rund 122 000 Euro auf die Länder (inkl. Kommunen). Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 855 000 Euro

(darunter circa 136 000 Euro bei den Ländern). Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des KHVVG:

- Artikel 1 und 2 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des SGB V bewirken für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 390 000 Euro. Diese entfallen fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung/Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 310 000 Euro, die fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung/Sozialversicherung entfallen.
- Artikel 3 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des KHG bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 984 000 Euro. Davon entfallen rund 862 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung/Sozialversicherung sowie rund 122 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 515 000 Euro. Davon entfallen rund 379 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung/Sozialversicherung sowie rund 136 000 Euro auf die Länder.
- Artikel 4 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen des KHEntgG bewirkt für die Verwaltung eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 860 000 Euro. Diese entfallen vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung/Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 30 000 Euro für die Selbstverwaltung/Sozialversicherung.
- Artikel 5 mit Bezug auf die gesetzlichen Änderungen der BPfIV bewirkt für die Verwaltung keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Private Krankenversicherung

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag liegen können.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 39e Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1“ eingefügt.
2. § 73 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - b) Folgende Nummer 15 wird angefügt:

„15. Verordnung von medizinisch-pflegerischer Versorgung nach § 115h.“
3. § 109 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. die nach § 135e geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen; § 6a Absatz 1 Satz 5 bis 9 sowie Absatz 2 Satz 1 bis 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend oder“.
 - b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Mit der Genehmigung gelten die vereinbarten Leistungsgruppen als zugewiesen im Sinne von § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
4. In § 110 Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 6a Absatz 3 Satz 2 bis 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend“ eingefügt.
5. Nach § 115f werden die folgenden §§ 115g und 115h eingefügt:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen.

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Zudem können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches erbracht werden. Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, 5 und 6 können unter pflegerischer Leitung erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Leistungen nach Satz 2 können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird.
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit den Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 115h

Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.

(2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und
3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

(4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.“

6. § 116a wird wie folgt gefasst:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.“

7. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Belegärztliche Leistungen und sonstige ärztliche Leistungen im Krankenhaus“.

b) In Absatz 6 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Soweit das Tagesentgelt nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes keine Vergütungen ärztlicher Leistungen durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 umfasst und ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt Leistungen für diese Krankenhäuser aufgrund einer Kooperation zu erbringen hat, werden diese Leistungen nach Maßgabe des sich aus der Übersicht nach Satz 2 ergebenden jeweiligen in Punkten bewerteten ärztlichen Anteils der Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem nach § 87a Absatz 2 vereinbarten Punktwert vergütet, soweit der Bewertungsausschuss nichts abweichendes beschließt. Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht im Internet erstmals mit Wirkung zum 1. April 2024 und danach jährlich jeweils zum 31. Dezember mit Wirkung für das Folgejahr eine Übersicht über die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungsanteile und ihre Bewertung in Punkten, soweit der Bewertungsausschuss nichts Abweichendes beschließt. Die Leistungen nach Satz 1 werden dem Arzt unmittelbar von der Krankenkasse vergütet, soweit der Arzt nicht die Kassenärztliche Vereinigung, in der er Mitglied ist, gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung nach Satz 3 beauftragt hat. Der

Krankenkasse ist ein Nachweis über die Kooperation auf Verlangen von den Leistungserbringern nach Satz 1 vorzulegen.“

8. § 135d wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden in den Sätzen 2, 3 und 6 jeweils nach den Wörtern „des Krankenhausentgeltgesetzes“ die Wörter „sowie § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird in Nummer 7 der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummern 8 und 9 werden angefügt:
 - „8. die Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e, einschließlich der Information, sobald einem Krankenhaus Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind,
 9. die Ausweisung auf der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

9. Nach § 135d werden folgende §§ 135e und 135f eingefügt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
2. sachliche Ausstattung,
3. personelle Ausstattung sowie
4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1,
2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,

3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie
4. das Nähere zum Verfahren.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder ein Land die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beraten möchte, hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen. Zudem beauftragt der Ausschuss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Unterstützungsleistungen. Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum [einsetzen: vier Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Arbeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 gelten

1. die Leistungsgruppen nach Anlage 1,
2. die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (veröffentlicht am 27. April 2022 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf dessen Internetseite) festgelegt sind; dabei finden die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien keine Anwendung, und
3. die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin).

Soweit die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Vorgaben enthalten, die nur für das Land Nordrhein-Westfalen gelten, erarbeitet und veröffentlicht der Medizinische Dienst Bund bis zum [einsetzen: drei Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes im Rahmen der Prüfungen nach § 275a. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 können die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllt werden. Satz 3 gilt für Fachkrankenhäuser gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 4 Nummer

1 entsprechend mit der Maßgabe, dass die nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht anzuwenden sind. Am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden. Satz 5 gilt nicht für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummer 1 (Allgemeine Innere Medizin) und 14 (Allgemeine Chirurgie).

§ 135f

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Leistungsgruppen nach § 135e gilt jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen). Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

1. Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,
2. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie
3. Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12.

Krankenhausstandorte haben die Mindestvorhaltezahl der ihnen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe zu erfüllen, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Die Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe gilt für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt, wenn gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Abweichend von Satz 4 gilt die Mindestvorhaltezahl eines Krankenhausstandortes für eine Leistungsgruppe für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt, wenn zwei oder mehr Krankenhaussträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe künftig nur von diesem Krankenhausstandort erbracht werden (Leistungsverlagerung) und gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle der betroffenen Krankenhausstandorte gemeinsam im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Satz 5 gilt entsprechend für den Fall, dass ein Krankenhaussträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Leistungsverlagerung für zwei oder mehr seiner Krankenhausstandorte vorsieht. Im Falle der Sätze 5 und 6 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung sind bei der Ermittlung der Behandlungsfälle nach Satz 4 auch solche Krankenhausfälle anzurechnen, für die die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit, unter Beachtung der Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen nach § 135e zu erarbeiten; die Empfehlung soll in Form eines Perzentils der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d veröffentlichten

Datenauswertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit legt die Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. § 139c gilt auch für die Finanzierung der Aufgaben nach diesem Absatz.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Auswertungen zu den Auswirkungen der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach Absatz 2 auf die Anzahl und Verteilung der Krankenhausstandorte, die die Mindestvorhaltezahlen erfüllen würden. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der Empfehlungen nach Absatz 2 auf die für Patienten entstehenden Fahrtzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort nach Satz 1 zu umfassen. Die Auswertungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb von drei Monaten nach Zugang einer Empfehlung nach Absatz 2 zusammen mit einer Empfehlung für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen vorzulegen, bei der die Kriterien nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Jahres die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts je Leistungsgruppe nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und die Information, welcher Krankenhausstandort für das jeweils nächste Kalenderjahr die nach Absatz 5 bekannt gegebene Mindestvorhaltezahl welcher Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 4 bis 6 erfüllt oder nicht erfüllt.

(4) Absatz 1 Satz 3 gilt nicht, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die Entscheidung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. 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 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit legt Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach Absatz 2 sowie der Auswertungen und der Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest. Die Festlegungen erfolgen erstmalig bis zum [einsetzen: ein Jahr nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen regelmäßig.“

10. § 136 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „festzulegen“ die Wörter „, sofern diese nicht in den Qualitätskriterien nach § 135e enthalten sind“ eingefügt.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat geltende Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufzuheben, soweit die Qualitätskriterien nach § 135e vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“

11. § 136c wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- b) In Absatz 3 wird Satz 3 aufgehoben.
- c) In Absatz 4 wird Satz 3 aufgehoben.
- d) In Absatz 6 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 5“ durch die Wörter „Absätzen 3 bis 5“ ersetzt.

12. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In den Sätzen 1 bis 3 und 6 wird jeweils das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.
- b) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ angefügt.
- c) In Satz 1 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5“ durch die Wörter „§ 136a Absatz 2 und 5“ ersetzt.
- d) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
- e) In Satz 6 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1“ angefügt.

13. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) In Nummer 2 wird die Angabe „§§ 12 bis 14“ durch die Angabe „§§ 12, 12a, 13 und 14“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
 - „3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach Maßgabe der §§ 12b und 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
- b) In Satz 3 wird nach dem Wort „Innovationsfonds“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Strukturfonds“ die Wörter „und der Anteil nach Satz 1 Nummer 3 dem Transformationsfonds“ eingefügt.
- c) In Satz 4 werden die Wörter „Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „Nummer 1, 2 und 3“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 92a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „und den Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

- d) In Satz 5 und Satz 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

14. § 271 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 4 darf die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf der Geschäftsjahre 2025 bis 2035 einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten.“

- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Finanzmittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 5 und 6 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe des § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Werden in den Jahren 2026 bis 2035 die nach Satz 2 für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht oder nicht vollständig von den Ländern nach Maßgabe des § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen, stehen die nicht abgerufenen Finanzmittel bis zum 31. Dezember 2035 für einen Abruf durch die Länder zur Verfügung. Die nach Satz 3 abgerufenen Finanzmittel werden dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in dem jeweiligen Jahr jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 5 und 6 zugeführt.“

15. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst führt in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Prüfungen durch zur Einhaltung

1. der Qualitätskriterien nach § 135e,
2. von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c, einschließlich der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung, sowie

4. der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte der Krankenhäuser; abweichend davon erfolgen sie angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist. Bei Prüfungen zu Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 sind unangemeldete Prüfungen zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine angemeldete Prüfung den Prüferfolg gefährden würde. Die Prüfungen nach Satz 1 führt der Medizinische Dienst soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch, verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig und führt die Datenbank nach § 283 Absatz 5 zu den in den Standorten der Krankenhäuser nach Satz 1 geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen; vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Übermittlung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser und deren Annahme sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die Bereitstellung von Prüferunterlagen durch die Krankenhäuser kann über ein geschütztes digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes erfolgen. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. Grundlage der Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Näheres zu den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 wird in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegt. Als Standorte eines Krankenhauses sind die Standorte gemäß § 135d Absatz 3 Satz 3 anzusehen.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Die Anzahl der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Leistungsgruppen bestimmt sich abschließend nach dem konkreten Auftrag. Der Medizinische Dienst hat eine nach den Sätzen 1 und 2 beauftragte Prüfung eines Krankenhauses unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle nach Satz 1 oder Satz 2 zuzusenden. Die beauftragende Stelle nach Satz 1 oder Satz 2 hat den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären; sofern erforderlich, ist das Gutachten zu korrigieren. Die erstmaligen Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 sind bis spätestens zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat diese erstmaligen Prüfungen bis spätestens zum 30. Juni 2026 abzuschließen. Für zukünftige Folgeprüfungen nach den Sätzen 1 oder 2 ist der Medizinische Dienst rechtzeitig vor Ablauf der Frist nach Absatz 3 Satz 2 zu beauftragen.

(3) Nach Abschluss des Verfahrens gemäß Absatz 2 Satz 5 übermittelt der Medizinische Dienst der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und dem geprüften Krankenhaus auf elektronischem Wege das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung. Das Gutachten gilt längstens für einen Zeitraum von zwei Jahren als Nachweis über die

Einhaltung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf elektronischem Wege mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 3 oder aufgrund sonstiger Erkenntnisse nach Satz 4.

(4) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen in der jeweiligen Leistungsgruppe erbrachte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht abrechnen. Satz 1 gilt nicht, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Kenntnis von der nicht oder nicht rechtzeitig erfolgten Meldung nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe absieht.

(5) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch einen Bescheid abgeschlossen. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Satz 3 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen. Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

(6) Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 5 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zum 30. Juni eines Jahres, abrechnen, wenn

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

Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 5 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der Anzeige nach Nummer 1, abrechnen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der Anzeige nach Nummer 1 noch keine Anzeige nach Nummer 1 für Leistungen nach diesem Kode vorgenommen haben.

Krankenhäusern, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Satz 1 oder Satz 2 beantragt haben, keine Bescheinigung nach Absatz 5 Satz 3 erteilt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

(7) Voraussetzung für die Durchführung einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.

(8) Werden bei Durchführung einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder bei Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 dem Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber unverzüglich mit.“

16. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 angefügt:
 - „3. bei der Abrechnung von Vorhaltbewertungsrelationen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden umgesetzt.“

17. § 275d wird aufgehoben.

18. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „275d“ durch die Angabe „275c“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d“ durch die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 275c“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „275d“ durch die Angabe „275c“ ersetzt.

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 bis 4 wird jeweils das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 1 bis 3 werden jeweils nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ angefügt.

cc) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „oder der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ angefügt.

dd) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

19. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 6 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ und wird das Wort „Kontrollergebnisse“ durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.

b) In Satz 7 wird jeweils das Wort „Kontrollergebnis“ durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.

20. § 278 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund jährlich zum 1. April über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen Strukturmerkmalen der Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, einschließlich der Anzahl der Anzeigen nach § 275a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 sowie der Anzahl der Mitteilungen nach § 275a Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 Satz 3. Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Datenbank nach § 283 Absatz 5 erforderlichen Daten.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.“

21. § 280 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „275d“ durch die Angabe „275c“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ und wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

22. § 283 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden; der Medizinische Dienst Bund hat in der Richtlinie das Nähere zur Datenbank nach Absatz 5 sowie geeignete Maßnahmen festzulegen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten; die Richtlinie Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d in ihrer aktuellen Fassung ist insoweit bis zum [einsetzen: 6 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] anzupassen; die Richtlinie ist bei Bedarf anzupassen,“.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste (Begutachtungsaufträge) zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Satz 1 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Begutachtungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

c) Die Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach

1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit zweijährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 1. September sowie

2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht jährlich zum 1. September.

Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8. Der Medizinische Dienst Bund hat die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 2 seiner Stellungnahme nach § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugrunde zu legen.

(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind standortbezogen

1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen,
2. die Mitteilungen nach § 275a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5 Satz 5 sowie
3. die Feststellungen nach § 275a Absatz 3 Satz 4.

Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank nach Satz 1 erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die für die Datenbank erforderlichen Daten und erhalten auf die für ihr Zuständigkeitsgebiet relevanten und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Daten Zugriff. Sobald die Datenbank nach Satz 1 umgesetzt ist, werden die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5, Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 3 durch Gewährung eines direkten Zugriffs der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf die jeweils für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets ersetzt. Als Standorte eines Krankenhauses sind die Standorte gemäß § 135d Absatz 3 Satz 3 anzusehen. Das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und zu den konkreten Daten regelt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund setzt die Datenbank erstmals bis zum [einsetzen: 6 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] um.“

- d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

23. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.
- b) In Absatz 1a werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“ durch die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der

Fragebögen, die Risikoadjustierung oder die wissenschaftliche Begleitung erforderlich ist“ ersetzt.

bb) Es wird folgender Satz angefügt:

„Die Versendestelle nach Satz 1 ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an in der Richtlinie festgelegte Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“

d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Daten aus der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund gemäß § 283 Absatz 5 zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e, einschließlich der nach § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermittelten Daten zu Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind.“

24. In § 307 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „Anlage 2“ durch die Angabe „Anlage 3“ ersetzt.

25. Die §§ 411 und 412 werden aufgehoben.

26. Nach § 425 wird folgender § 426 eingefügt:

„§ 426

Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2029, zum 31. Dezember 2034 sowie zum 31. Dezember 2039 einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der durch die nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen hervorgerufenen Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch über Ländergrenzen hinweg,
2. die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,
3. die Auswirkungen der Maßnahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten,
4. die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern und

- 5. die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen.

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“

- 27. In der Überschrift der Anlage 2 wird die Angabe „Anlage 2“ durch die Angabe „Anlage 3“ ersetzt.
- 28. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt:

„Anlage 2 (zu § 135e)

Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen

LG-NR.	Leistungsgruppe		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	

3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin,</p> <p>LG Intensivmedizin</p> <p>LG Notfallmedizin</p> <p>LG Pneumologie</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie</p>	<p>mind. 4 Isolationsbetten mit Schleusenfunktion,</p> <p>Notfall-Labor plus PoC-Laboranalytik,</p> <p>Zugang zu Mikrobiologischem Labor (mind. 12/7)</p> <p>mind. in Kooperation,</p> <p>CT,</p> <p>MRT mind. in Kooperation,</p> <p>PET-CT mind. in Kooperation</p>	<p>FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie</p> <p>FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie</p>	<p>4 FA (VZÄ) beschäftigt mind. Rufbereitschaft: 24/7</p> <p>Davon mind. 3 FA (VZÄ) Innere Medizin und Infektiologie oder 3 FA (VZÄ) in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mind. 1 FA (VZÄ) Innere Medizin)</p> <p>sowie</p> <p>mind. 1 FA (VZÄ) Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder 1 FA (VZÄ) Hygiene und Umweltmedizin mit ZW</p>	<p>Vorliegen Weiterbildungsbezugnis für die Infektiologie (FA und/ oder ZW)</p> <p>Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice</p> <p>Antibiotic Stewardship (ABS) Team</p> <p>HIV- Ambulanz (mind. in Kooperation)</p> <p>Konsiliarische Erreichbarkeit (Mo-So 8h-17h) folgender Dienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenheilkunde • HNO • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie <p>Mind. erweiterte Notfallstufe gemäß G-BA Notfallstufen in der Fassung vom 19. April 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT</p>
---	---------------	----------------------	---	---	---	--	---	--

							Infektio- logie	18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19. Mai 2018; zu- letzt geän- dert am 20. November 2020, ver- öffentlicht im Bundes- anzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2), in Kraft getreten am 1. No- vember 2020
--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--

16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	<p>Die Mindestvoraussetzungen der LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie sind erfüllt.</p> <p>Darüber hinaus mind. 1 Schwerpunkt (SP) gemäß nachfolgenden Spezifizierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KJ Chi-Traumatologie • KJ Chi-Orthopädie • KJ Chi-Urologie • KJ Chi-Verbrennung • KJ Chi-Onkologie • KJ Chi-Fehlbildungen • KJ-Chi-päd. HNO-Heilkunde 		<p>CT 24/7, MRT 24/7 mind. in Kooperation, Sonographie</p>	<p>FA Kinder- und Jugendchirurgie FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	<p>5 FÄ (VZÄ) mind. Rufbereitschaft: 24/7 Davon 1 FA (VZÄ) mit Zusatzqualifikation im SP beschäftigt (sofern Zusatzqualifikation verfügbar) (die 5 FA können gleichzeitig auf LG Allgemeine und LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie angerechnet werden)</p>	<p>Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen kinderanästhesiologische Kompetenz Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV</p>
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie	LG Neurochirurgie	CT 24/7, Röntgen 24/7,	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind.	Mind. erweiterte Notfallstufe gemäß G-BA Notfallstufen in der

			<p>LG Intensivmedizin</p> <p>LG Notfallmedizin</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Sonographie,</p> <p>Basislabor,</p> <p>Blutdepot,</p> <p>mind. 2 OP-Säle,</p> <p>Intensivstation mind. 6 Betten,</p> <p>MRT 24/7,</p> <p>Schockraum,</p> <p>Angiographiearbeitsplatz,</p> <p>Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls Kooperation),</p> <p>Hubschrauberlandeplatz/PIS-Landestelle***</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie</p>	<p>Rufbereitschaft: 24/7</p> <p>Davon mind. 3 FÄ (VZÄ) mit ZW Spezielle Unfallchirurgie beschäftigt</p>	<p>Fassung vom 19. April 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BANz AT 18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19. Mai 2018; zuletzt geändert am 20. November 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BANz AT 24.12.2020 B2), in Kraft getreten am 1. November 2020</p> <p>Kriterien SAV1) erfüllt</p> <p>mind. räumliche und personelle Ausstattungskriterien RTZ oder ÜTZ nach Weißbuch²⁾ erfüllt</p>
	Auswahlkriterium	<p>LG Geriatrie**</p> <p>LG Wirbelsäuleneingriffe</p>	<p>LG Urologie</p> <p>LG Plastische und</p>			<p>FA Neurochirurgie</p>	<p>3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7</p>	

- 1) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) Stand 1. Juli 2023, die auf der Internetseite der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung veröffentlicht sind.
- 2) „Weißbuch Schwerverletztenversorgung - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage, 2019, Seite 16-17 und Seite 18- 20.

			<p>LG Endoprothetik Hüfte*</p> <p>LG Endoprothetik Knie*</p>	<p>Rekonstruktive Chirurgie</p> <p>LG Thoraxchirurgie</p> <p>LG HNO</p> <p>LG Herzchirurgie</p> <p>LG MKG</p>				
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	<p>Die Mindestvoraussetzungen der LG 46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin sind erfüllt.</p> <p>Darüber hinaus mind. 1 Schwerpunkt (SP) gemäß nachfolgenden Spezifizierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KJ-Endokrinologie und Diabetologie, • KJ-Gastroenterologie und 			<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	<p>5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7</p> <p>Davon 3 FA (VZÄ) mit Zusatzqualifikation im SP beschäftigt (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	Kinderkrankenpflegeausbildung (mind. in Kooperation)

			<p>Hepato- logie,</p> <ul style="list-style-type: none">• KJ-In- fektio- logie,• KJ-In- tensiv- medizin,• KJ-Kar- diologie,• KJ-Ne- phrolo- gie,• KJ-Not- fallmedi- zin,• KJ- Pneumo- logie, Al- lergolo- gie und Schlaf- medizin,• KJ- Rheuma- tologie,• Neuro- pädiatrie,• Sozial- pädiatrie,• Päd. Stoff- wechsel- medizin,• KJ-Pal- liativme- dizin. <p>Ver- pflich- tend vor- zuhalten ist (Aus- nahme Fachkli- nik, z.B. für Kin- der- und</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>Jugend- rheuma- tologie, Neuropä- diatrie, Sozialpä- diatrie):</p> <p>LG Peri- natal- zentrum Level 2</p> <p>LG Inten- sivmedi- zin</p>					
		Aus- wahl- krite- rium	<p>LB Ne- onato- logie</p> <p>LG Kin- der- und Jugend- chirurgie</p> <p>LG Spe- zielle Kinder- und Ju- gendchi- rurgie</p>					<p>Vorliegen einer Wei- terbil- dungsbe- fugnis im Schwer- punkt (opti- onal)</p>
65	Not- fallme- dizin	Min- dest- vo- raus- set- zung	<p>LG Inten- sivmedi- zin</p> <p>LG Allge- meine In- nere Me- dizin</p> <p>LG Allge- meine Chirurgie</p>		<p>Ultra- schall,</p> <p>Videola- ryngosko- pie,</p> <p>Möglich- keit zur nichtinva- siven und invasiven Beatmung / Trans- portbeat- mung,</p> <p>Sauer- stoffthera- pie,</p> <p>Blut- gasana- lyse,</p> <p>Röntgen,</p> <p>CT 24/7,</p>	<p>FA aus dem Ge- biet In- nere Me- dizin o- der FA aus dem Gebiet Chirur- gie oder FA An- ästhesi- ologie o- der FA Neurolo- gie</p> <p>FA aus dem Ge- biet In- nere Me- dizin o- der FA aus dem Gebiet Chirur- gie oder</p>	<p>5 FA (VZÄ) beschäf- tigt, mind. Rufbe- reit- schafts- dienst: 24/7</p> <p>davon mind. 3 FA mit der ZW Klini- sche Akut- und Not- fallmedi- zin</p> <p>FA müs- sen zu mind. 80% in der</p>	<p>Mind. Ba- sisnotfall- versorgung gemäß G- BA Notfall- stufen in der Fas- sung vom 19. April 2018, ver- öffentlicht im Bundes- anzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19. Mai 2018; zu- letzt geän- dert am 20. November 2020, ver- öffentlicht im Bundes- anzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2), in Kraft</p>

					Telemedi- zinische Behand- lung, Monito- ring von EKG	FA An- ästhesi- ologie o- der FA Neurolo- gie je- weils mit ZW Kli- nische Akut- und Not- fallmedi- zin	Notauf- nahme tätig sein	getreten am 1. No- vember 2020
--	--	--	--	--	---	---	--------------------------------	---

*= wegen periprothetischen Frakturen

**= wegen Alterstraumatologie Becken/ WS

***= Ausnahmetatbestand: Ein Krankenhaus erhält keine Genehmigung einer Hub-
schrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des
Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften).“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des
Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 die-
ses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „den in Anlage 1 genannten
Leistungsgruppen“ durch die Wörter „den Leistungsgruppen gemäß der Rechtsverord-
nung nach § 135e Absatz 2“ ersetzt.
2. In § 307 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „Anlage 3“ durch das Wort „Anlage“ ersetzt.
3. Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e werden aufgehoben.
4. In der Überschrift zur Anlage 3 wird die Angabe „Anlage 3“ durch das Wort „Anlage“
ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.
April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember
2023 (BGBl. 2023 I Nr. 406) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 wird Absatz 1a aufgehoben.

2. § 6a wird wie folgt gefasst:

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuweisen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Qualitätskriterien. Ein Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens zum Abschluss der erstmaligen Prüfung nach § 275a Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Krankenhaus hat die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Selbsteinschätzung zu begründen. Das Gutachten nach § 275a Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle der Selbsteinschätzung nach Satz 6. Den Bundeswehrkrankenhäusern und den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung oder nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,
2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb einer Frist von höchstens drei Jahren zu verbinden. Solange ein Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a

Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung nach Satz 1 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

(3) Die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe ist unverzüglich aufzuheben, wenn

1. das Krankenhaus die Auflage nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 Satz 4 nicht erfüllt,
2. die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 und 3 nicht erfüllt sind oder eine Mitteilung des Krankenhauses oder des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 3 oder Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt oder
3. die Geltungsdauer des Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschritten ist.

Ist absehbar, dass der Grund für die nach § 275a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldete Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als drei Monate andauert, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abweichend von Satz 1 dem Krankenhaus eine Frist von bis zu drei Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einzuholen. Sind die Qualitätskriterien nach Ablauf der Frist nach Satz 2 nicht erfüllt, gilt Satz 1 Nummer 2. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 und 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen; Absatz 2 Satz 2 bis 7 gilt entsprechend. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres folgende Daten zum Zweck der Ermittlung der Vorhaltevergütung nach § 37 zu übermitteln:

1. Eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort nach Absatz 1 zugewiesenen oder als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen und, sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Fallzahlen vorgibt oder Fallzahlen im Versorgungsvertrag vereinbart werden (Planfallzahlen), die vorgegebenen oder vereinbarten Fallzahlen je Leistungsgruppe,
2. die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 3 sowie deren Zeitpunkt,
3. das vollständige oder teilweise Ausscheiden eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung sowie den Zeitpunkt des Ausscheidens,
4. den vollständigen oder teilweisen Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser sowie den Zeitpunkt des Zusammenschlusses und
5. im Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung einer Leistungsgruppe die Planfallzahl und

6. die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6b, sofern es bislang stationäre Leistungen mit den auf Bundesebene vereinbarten bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat sowie den Zeitpunkt ab dem es Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6c Absatz 8 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes abrechnet.

Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Zur Förderung der Qualität der Versorgung durch Transparenz nach § 135d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der benannten Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die einem Krankenhaus nach Absatz 1 bis Absatz 3 zugewiesenen und aufgehobenen Leistungsgruppen zu melden.

(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

1. Die krankenhäusübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Nähere zu den Aufgaben nach Satz 1 regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die Aufgaben nach Satz 1 dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe nach Satz 3 zugeordnet, dürfen die Aufgaben nach Satz 1 auch Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuweisung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.“

3. Nach § 6a wird folgender § 6b eingefügt:

„§ 6b

Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Die

Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid.

(2) Zur Förderung der Qualität der Versorgung durch Transparenz nach § 135d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und diesbezügliche Änderungen mitzuteilen.“

4. In § 8 werden die Absätze 1a bis 1c aufgehoben.

5. § 12a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die Mittel nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, stehen diese Mittel ergänzend für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b zur Verfügung; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“

6. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:

„§ 12b

Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 4 aufgenommen worden sind. Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,

2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und
6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 % des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch zuteilbaren, aber nicht abgerufenen Mittel können auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Soweit die Mittel nach den Sätzen 1 und 3 bis zum 31. Dezember 2035 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, verbleiben sie beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres gestellt werden,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen hat,
3. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
4. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2025 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und
5. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 3 und auf die in den Jahren 2026 bis 2035 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 das Nähere

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
 2. zum Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
 3. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“
7. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „§§ 12 und 12a“ durch die Angabe „§§ 12 bis 12b“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Dezember 2020“ ein Komma und die Wörter „für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027“ eingefügt.
 - c) In Satz 5 werden nach dem Wort „Zeitpunkt“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2026“ eingefügt.
 - d) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Nach dem 1. Januar 2027 entstehende Aufwendungen für die Auswertung nach §§ 12a und 12b werden aus dem Betrag nach § 12b Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt.“
8. § 17b wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Absatz 4b“ eingefügt.
 - b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.
 - c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 Buchstabe f wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.

bb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem Beruf nach Nummer 1, Nummer 2 Buchstabe a oder b absolvieren, in dem Umfang der nach § 17a Absatz 1 Satz 3 und § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes anzurechnenden Anteile der Kosten der Ausbildungsvergütungen und

5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“

d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Einführung einer Vorhaltevergütung erstmals für das Jahr 2025 jährlich einen Anteil in Höhe von 60 Prozent aus den Kosten, die für die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Absatz 1 Satz 4, Absatz 4 Satz 5 und Satz 3 zugrunde gelegt werden, auszugliedern; die Kosten sind hierzu vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern (verminderte Kosten). Die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 gehören zu dem Anteil nach Satz 1 und ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung (Vorhaltebewertungsrelationen) sind die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4, wenn ihr Anteil an den verminderten Kosten unterhalb von 60 Prozent liegt, von 60 Prozent dieser Kosten abzuziehen. Wenn in Ausnahmefällen der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent entspricht, betragen die Vorhaltebewertungsrelationen null. Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Vorhaltebewertungsrelationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 3 zu erhöhen. Die Änderungen durch die Sätze 1 bis 5 sind erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen.

(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung in den Jahren 2027 bis 2030, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und gibt vor diesem Hintergrund Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung. Es legt dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vor und veröffentlicht die Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben jeweils vor der Erstellung der Berichte gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Stellung zu nehmen. Die Kosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert.“

e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.

f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und die Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „sowie der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.

9. § 17c wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Ab dem 1. Januar 2027 wird zur Prüfung der Einhaltung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Verpflichtungen bei Rechnungen der Krankenhäuser bei Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger ist, die Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung ersetzt, die vom Medizinischen Dienst durchgeführt wird. Der Medizinische Dienst Bund entwickelt bis zum 28. Februar 2026 ein Konzept für eine Stichprobenprüfung und legt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor. Auf der Grundlage dieses Konzepts vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30. Juni 2026 eine Stichprobenprüfung. Sobald die Vereinbarung nach Satz 3 oder eine Festsetzung nach Satz 6 in Kraft tritt, finden die Regelungen des § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Anwendung mehr für Krankenkassen und Krankenhäuser. In dem Konzept nach Satz 2 und der Vereinbarung nach Satz 3 festzulegen ist insbesondere das Nähere

1. zur Ausgestaltung der Methodik der Prüfung und des Umfangs der Stichprobe,
2. zur Ausgestaltung und zeitlichen Abfolge des Prüfverfahrens mit Festlegungen zu den Zuständigkeiten bei den Verfahrensschritten sowie zu erforderlichen Fristen und Intervallen für die Durchführung von Stichprobenprüfungen,
3. zum Umgang mit Beanstandungen und deren finanziellen Ausgleich sowie
4. zu Dokumentationspflichten für die Beteiligten, insbesondere für den Medizinischen Dienst.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest.“

b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.

bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

- d) In Absatz 7 Satz 2 wird die Angabe „275d“ durch die Wörter „275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
10. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
11. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 wird nach den Wörtern „sonstigen Entgelte“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Komma am Ende ein Komma und die Wörter „der Vorhaltevergütung und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.
- b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Pflegebewertungsrelationen und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.
- c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:
- „5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, sowie die Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes,“.
12. Nach § 36 werden die folgenden §§ 37 bis 40 angefügt:

„§ 37

Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung

(1) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils im selben Jahr bis zum 30. November für dieses Land die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhaltevolumen). Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, mit Ausnahme der Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, und die Vorhaltebewertungsrelationen für das Folgejahr. Das nach Satz 1 ermittelte Vorhaltevolumen je Land ist nach den Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu gliedern. Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe ist auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen worden ist, entsprechend den nach Absatz 2 Satz 2 oder 5 ermittelten Anteilen aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt erstmals bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe sowie je Krankenhausstandort und veröffentlicht dieses barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Der

Anteil ergibt sich, indem die Anzahl der Fälle des Krankenhausstandorts nach Satz 3 in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) nach Satz 4 in dieser Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die über alle Krankenhausstandorte dieses Landes in dieser Leistungsgruppe addierten Produkte geteilt wird. Bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 gilt Folgendes:

1. Im Fall der Übermittlung von Planfallzahlen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 sind diese zu verwenden,
2. falls keine Planfallzahlen übermittelt werden, ist die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle aus den nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 zu verwenden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung nach § 135f Absatz 1 Satz 5 oder Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte die Leistungsverlagerungen bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 zugrunde zu legen sind.

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zu ermitteln; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, die nach Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz Teil von Leistungsverlagerungen sind, sind bei der Ermittlung der Vorhalte-Casemixindexe der betroffenen Krankenhausstandorte entsprechend einzurechnen oder zu bereinigen. Im Fall von § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Wirkung ab dem Folgejahr den Anteil nach Satz 2 durch Multiplikation der Planfallzahl mit dem Vorhalte-Casemixindex in der Leistungsgruppe im jeweiligen Land. Die Ermittlung nach Satz 2 oder Satz 5 erfolgt bis zum 30. November des Jahres der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November durchzuführen. Bei der Ermittlung nach Satz 6 zweiter Halbsatz zu verwenden ist in der jeweiligen dem Krankenhausstandort nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe

1. der aktuelle Vorhalte-Casemixindex sowie
2. als Fallzahl
 - a) die Planfallzahl im Fall der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5, anderenfalls
 - b) anstelle der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl die aktuelle Fallzahl nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, sofern diese gegenüber der vorangegangenen Ermittlung um mehr als 20 Prozent abweicht und bei der vorangegangenen Ermittlung keine Planfallzahl übermittelt worden ist; Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz gilt bei der Ermittlung entsprechend.

Sofern zwischen den Zeitpunkten für die neue Ermittlung nach Satz 6 zweiter Halbsatz ein Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 6 eintritt, ist in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land und in den an das Land angrenzenden Ländern für die Krankenhausstandorte eine neue Ermittlung nach Satz 7 vorzunehmen, die für die Vorhaltevergütung im jeweiligen Folgejahr Wirkung entfaltet. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus die nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina jeweils für das Jahr 2027

und 2028 über alle Leistungsgruppen, die dem Krankenhausstandort oder den Krankenhausstandorten des Krankenhauses nach § 6a zugewiesen worden sind. Das jeweilige Ergebnis nach Satz 1 ist jeweils von der Summe der für das Jahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des Krankenhauses abzuziehen und die Differenz ist im Jahr 2028 für das Jahr 2027 mit 66 Prozent sowie im Jahr 2029 für das Jahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus je Land jeweils für das Jahr 2027 und 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 ist um den jeweiligen landesbezogenen Saldo nach Satz 3 abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den jeweiligen landesbezogenen Saldo nach Satz 3 zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.

(4) Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, ist das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 1 und 3 bei der nächsten Ermittlung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem jeweiligen Land und in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen zu erhöhen. Der Umfang der Erhöhung nach Satz 1 ergibt sich, indem das nach Absatz 1 Satz 4 ermittelte Vorhaltevolumen des jeweils betroffenen Krankenhausstandortes und der jeweils betroffenen Leistungsgruppe durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ereignis eingetreten ist.

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt jährlich bis zum 10. Dezember eines Jahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Jahr 2027, gegenüber dem Krankenhausträger einen Bescheid über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie über die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4. Für die Jahre 2025 und 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 bis zum 10. Dezember desselben Jahres für das Folgejahr dem Krankenhausträger eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Soweit für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses nach Maßgabe von Satz 4 insoweit aufzuheben. Den Umfang des nach Satz 3 aufzuhebenden Teils des Bescheides nach Satz 1 bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, indem es die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 durch 365 teilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert, die zwischen dem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger unverzüglich nach Erlass des Bescheides nach Satz 1 sowie nach dessen Aufhebung nach Satz 3 die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 barrierefrei auf seiner Internetseite.

§ 38

Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich die zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6a Absatz 5 bundesweit festgelegte Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die einzelnen Länder auf, erstmals für das Jahr 2027. Dazu ermittelt es das bundesweite Vorhaltevolumen (Gesamtvorhaltevolumen). Die rechnerische Aufteilung der Gesamtsumme zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erfolgt entsprechend dem Anteil des Vorhaltevolumens des Landes nach § 37 Absatz 1 Satz 1 am Gesamtvorhaltevolumen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 3 ermittelten Förderbetrag je Land auf die nach § 6a Absatz 5 Satz 3 zuschlagsberechtigten Krankenhäuser rechnerisch gemäß dem Anteil des Vorhaltevolumens des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses an der Summe des Vorhaltevolumens aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser im jeweiligen Land auf. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Für den Fall der nicht fristgerechten Übermittlung nach § 6a Absatz 5 Satz 5 ist für die Krankenhäuser im Land ein Förderbetrag nach Satz 4 für das betreffende Jahr nicht zu ermitteln und nicht nach § 5 Absatz 3j des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbar.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich die zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bundesweit festgelegte Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser auf, erstmals für das Jahr 2027. Dazu ermittelt es das bundesweite Vorhaltevolumen aller nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt die Gesamtsumme nach Satz 1 auf die nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser rechnerisch gemäß dem Anteil des Vorhaltevolumens des einzelnen Krankenhauses an der Summe des Vorhaltevolumens aller nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser auf. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Beträge nach Satz 3 bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.

§ 39

Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

(1) Krankenhausstandorte erhalten jährlich ab dem Jahr 2027 Förderbeträge, die zusätzlich zum Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe gemäß § 37 Absatz 1 Satz 4 finanziert werden. Förderfähig sind Standorte, denen eine Leistungsgruppe gemäß der Festlegung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Satz 4 von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen wurde, wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah vorliegt. Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin werden bundesweit folgende Förderbeträge festgelegt, welche gemäß Absatz 2 Satz 4 zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden:

1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus legt fest, welche Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Bereichen nach Satz 3 zugeordnet werden. Im Falle einer zukünftigen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen prüft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine Anpassung der Festlegung nach Satz 4.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt die bundesweit festgelegten Förderbeträge nach Absatz 1 Satz 3 jährlich, erstmals für das Jahr 2027, auf die nach Absatz 1 Satz 4 festgelegten Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin rechnerisch auf. Die rechnerische Aufteilung erfolgt entsprechend dem Anteil des bundesweiten Vorhaltevolumens der nach Absatz 1 Satz 4 festgelegten Leistungsgruppen am bundesweiten Vorhaltevolumen des Bereiches, dem die Leistungsgruppen zugeordnet wurden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt landesindividuelle Förderbeträge je Leistungsgruppe, indem es die bundesweit nach Satz 1 ermittelten Förderbeträge je Leistungsgruppe jährlich, erstmals für das Jahr 2027, entsprechend dem Anteil des landesweiten Vorhaltevolumens der Leistungsgruppe am bundesweiten Vorhaltevolumen der jeweiligen Leistungsgruppe rechnerisch aufteilt. Die nach Satz 3 ermittelten landesindividuellen Förderbeträge je Leistungsgruppe sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entsprechend den nach § 37 Absatz 1 Satz 4 ermittelten Anteilen an der Vorhaltevergütung je Standort der jeweils entsprechenden Leistungsgruppe rechnerisch zu verteilen und separat auf dem Bescheid des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 37 Absatz 5 Satz 1 auszuweisen.

(3) Die Zahlung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten standortindividuellen Förderbeträge erfolgt über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4b Satz 5, deren Erhöhung ab dem Jahr 2027 um einen nach Satz 2 berechneten Prozentsatz vorgenommen wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet den Prozentsatz für jede der nach Absatz 1 Satz 4 für die förderfähigen Bereiche festgelegten Leistungsgruppen jährlich, erstmals für den Entgeltkatalog für das Jahr 2027, als Verhältnis der nach Absatz 2 Satz 1 ermittelten bundesweiten Förderbeträge je Leistungsgruppe und der bundesweiten Summe der Vorhaltebewertungsrelationen je Leistungsgruppe, die mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes des Jahres der Berechnung multipliziert wird. Die Vorhaltebewertungsrelationen der förderfähigen Bereiche werden um den nach Satz 2 ermittelten Prozentsatz der jeweiligen Leistungsgruppe erhöht.

(4) Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt und dieses Ereignis eine Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 4 betrifft, ist die Gesamtsumme der Förderbeträge der betroffenen Leistungsgruppe nach Absatz 2 Satz 1 für das Folgejahr durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem jeweiligen Land und in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen zu erhöhen. Der Umfang der Erhöhung nach Satz 1 ergibt sich, indem der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelte Förderbetrag des jeweils betroffenen Krankenhausstandortes und der jeweils betroffenen Leistungsgruppe durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem

Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ereignis eingetreten ist.

§ 40

Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte definiert alle chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung der entsprechenden Leistungen anhand von Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und von Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jeweils auf Basis der Version für das Jahr 2023. Für die Erstellung der Aufstellung nach Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Erstellung der Aufstellung nach Satz 1 zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für alle chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose; die Deutsche Krebsgesellschaft ist zu beteiligen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die Aufstellung nach Satz 1 in eine nach Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die Aufstellung nach Satz 1 ab dem Jahr 2026 jährlich auf Basis der aktuellen Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und übermittelt die angepasste Aufstellung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die Liste nach Satz 4 entsprechend aktualisiert und bis zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3. Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 Prozent führt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat zu gewährleisten, dass Fälle eindeutig den Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 zugeordnet werden können und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen unter Berücksichtigung dieser Vorgabe. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 2 genannte Liste.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes die Auswirkungen der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose auf die Versorgung in den Jahren 2027 bis 2031 und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 finanziert.“

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b,“.
 - b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. krankenhausesindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1.“
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie für die Jahre 2025 und 2026 jeweils auch die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Der Fixkostendegressionsabschlag wird letztmalig für das Jahr 2026 angewendet und entsprechend Satz 1 erhoben.“
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „und ab dem Jahr 2027 zu 0 vom Hundert“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „vereinbaren“ ein Semikolon und die Wörter „ab dem Jahr 2027 gilt diese Vorgabe der abweichenden Ausgleichsvereinbarung nur für Mehrerlösausgleiche“ eingefügt.
 - cc) In Satz 7 werden die Wörter „1, 2 und 5“ durch die Wörter „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ und die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.
- b) In Absatz 2b Satz 1 bis 3 und 5 wird jeweils die Angabe „2023 und 2024“ durch die Angabe „2023, 2024, 2025 und 2026“ ersetzt.
- c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1, 4 und 7 wird jeweils die Angabe „2023 oder 2024“ durch die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „werden“ ein Semikolon und die Wörter „der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2025 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2025 und dem 31. Dezember 2025 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden; der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2026 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2026 und dem 31. Dezember 2026 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden“ eingefügt.
- d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:

„(3j) Krankenhäuser, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemäß § 6a Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen worden sind, erheben ab dem Jahr 2027 einen Zuschlag nach Satz 2. Die Abrechnung des vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrages je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus erfolgt gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder ihren Kostenträgern durch einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag, der sich ergibt, indem der jährlich nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Zuschlag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2027 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Sofern die abgerechnete Summe der Zuschläge für das jeweilige Kalenderjahr von dem krankenhausesindividuellen Betrag nach § 38 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweicht, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Hierzu ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. November 2024 auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2023 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen übergeleitet auf das Entgeltsystem für das Jahr 2024; dabei sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Jahres 2024 zu multiplizieren und um den für das

Jahr 2025 maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zu erhöhen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2025 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und des nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens, das um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist und veröffentlicht den Prozentsatz barrierefrei bis zum 15. Dezember 2024 auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2026 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und dem um den für das Jahr 2026 maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erhöhten nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumen, das um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist und veröffentlicht den Prozentsatz barrierefrei bis zum 15. Dezember 2025 auf seiner Internetseite. Die nach den Sätzen 5 und 6 berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Das Krankenhaus berechnet den nach Satz 5 ermittelten Prozentsatz als Zuschlag für die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommenen maßgeblichen Fälle nach Satz 3, auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und weist diesen Prozentsatz jeweils gesondert in der Rechnung aus. Das Krankenhaus berechnet den nach Satz 6 ermittelten Prozentsatz als Zuschlag für die im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommenen maßgeblichen Fälle nach Satz 3, auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und weist diesen Prozentsatz jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2025 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Satz 5 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2026 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Satz 6 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(3l) Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die ab dem Jahr 2027 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte für das jeweilige Jahr ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 3k Satz 3, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 3k Satz 6 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(3m) Nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Krankenhäuser erheben ab dem Jahr 2027 zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag nach Satz 2. Der Krankenhausträger ermittelt den Zuschlag, indem der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich nach § 38 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses

geteilt wird. Der Zuschlag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2027 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Sofern die abgerechnete Summe der Zuschläge für das jeweilige Kalenderjahr von dem krankenhausindividuellen Betrag nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abweicht, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.“

4. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt und werden in Nummer 2 nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vorhaltevergütung und“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums und ansonsten“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz neu zu vereinbaren.“

5. In § 6a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

6. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b

Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn die Mindestvorhaltezahle nach § 135 f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Der Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes weist die Höhe der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aus, die der Berechnung des dem Krankenhaus zustehenden jährlichen Vorhaltebudgets zu Grunde liegen. Das Gesamtvorhaltebudget des Krankenhauses ergibt sich aus der Summe der im Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Multiplikation der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen nach Satz 2 mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert.

(2) Die Auszahlung der Vorhaltevergütung erfolgt gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b.

(3) Soweit die tatsächlichen Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des ersten oder zweiten Quartals voraussichtlich jeweils 10 Prozent des einem Krankenhaus für ein Viertel des laufenden Jahres zustehenden Gesamtvorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 3 unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass auf die restlichen neun oder sechs Monate des laufenden Jahres ein prozentualer Zuschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b berechnet wird. Die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 beträgt 10 Prozent. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bezogen auf das erste Quartal bis zum 31. März und bezogen auf das zweite Quartal bis zum 30. Juni des laufenden Jahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft darzulegen; § 14 findet keine Anwendung.

(4) Weicht die Summe der an das Krankenhaus für das Vorjahr gezahlten Erlöse des Vorhaltebudgets von der Höhe des dem Krankenhaus für das Vorjahr zustehenden Gesamtvorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 3 ab, gilt für den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen ab dem Jahr 2027(Ausgleichsbetrag):

1. Mindererlöse, die infolge der Anwendung des § 275a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden nicht ausgeglichen,
2. Mehrerlöse, die infolge der Anwendung des § 275a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden zu 100 vom Hundert ausgeglichen,
3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrages bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 aller bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassenen Fälle; noch nicht abgerechnete Entgelte sind dabei vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Über einen Zeitraum von 12 Wochen nach der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a wird der auf der Grundlage nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt das Ergebnis der Summe der abgerechneten Entgelte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der sachgerechten Schätzung, die Höhe des Ausgleichsbetrages, die Höhe des prozentualen Zu- oder Abschlags und dessen Abrechnungszeitraum sowie den der Berechnung zu Grunde liegenden Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich für das Vorhaltebudget endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

(5) Nach der budgetneutralen Einführung der Vorhaltevergütung schließt sich in den Jahren 2027 und 2028 eine Konvergenzphase an. Für die Ermittlung des für die Jahre 2027 und 2028 jeweils geltenden Konvergenzbetrages nach Satz 6 wird zunächst der für das Jahr 2027 und 2028 jeweils geltende Ausgangswert nach Maßgabe der Sätze 3 und 4 ermittelt. Die für das Jahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des Krankenhauses werden für die Jahre 2027 und 2028 jeweils mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert multipliziert. Das Produkt nach Satz 3 bildet den Ausgangswert zur Ermittlung des jeweiligen Konvergenzbetrages nach Satz 6. Zielwert der Konvergenz des Krankenhauses ist das jeweils für die Jahre 2027 und 2028 ermittelte Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3 ohne Berücksichtigung der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Für eine schrittweise

Heranführung an den Zielwert wird die Differenz zwischen Ausgangswert und Zielwert unter Beachtung des Vorzeichens im Jahr 2027 zu 66 vom Hundert und im Jahr 2028 zu 33 vom Hundert ausgeglichen (Konvergenzbetrag). Der Konvergenzbetrag wird von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbart und über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 abgerechnet. Absatz 4 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

§ 6c

Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die ihm vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen sowie für die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses nach § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen). Das Gesamtvolumen ist sachgerecht aufzuteilen auf:

1. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen Fälle, in denen das Krankenhaus die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, sowie dessen Degression sowie
3. soweit es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression.

(2) Das Gesamtvolumen nach Absatz 1 ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Ermittlung des Gesamtvolumens ist der voraussichtlich zu erbringende Leistungsinhalt und -umfang des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen und die Kosten und Leistungen zu anderen Leistungsbereichen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind abzugrenzen sowie die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu beachten. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen. Dabei sind die für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition und Abgrenzung der Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2 Satz 1 maßgeblich. Zu- und Abschläge sind gemäß der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Gesamtvolumen für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.

(3) Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stationär (Überlieger) oder im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung behandelt werden, werden die Erlöse aus den Tagesentgelten tagesbezogen dem Jahr zugeordnet, in dem sie durch eine Behandlung anfallen. Für das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen darf das um den Veränderungswert nach

§ 9 Absatz 1b Satz 1 veränderte Gesamtvolumen des Vorjahres nur überschreiten, sofern die Überschreitung durch Kostensteigerungen für Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt ist oder soweit Veränderungen von Art und Menge der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen vorliegen. Wird eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte Gesamtvolumen um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.

(4) Für die in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbrachten voll- und teilstationären Leistungen sowie für die erbrachte medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden ausschließlich die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 oder die vorläufigen Tagesentgelte nach Absatz 8 Satz 4 abgerechnet. Zusätzlich zu den krankenhausindividuellen Tagesentgelten dürfen von Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine anderen Entgelte für die in Satz 1 genannten Leistungen abgerechnet werden. Ferner dürfen die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht berechnet werden, wenn die Prüfung nach § 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden. Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 sind anzuwenden.

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach Absatz 1 Satz 2 von dem Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 ab, werden Mindererlöse zu 40 vom Hundert und Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Ausgenommen hiervon sind Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, für diese sind Mehr- oder Mindererlöse vollständig auszugleichen. Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach Absatz 1 Satz 2 den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausindividuellen Tagesentgelten nach Absatz 1 Satz 2 oder den vorläufigen Tagesentgelten nach Absatz 8 Satz 4 sowie die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen. Der ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 6 für das Krankenhaus ermittelt und über erhöhte oder abgesenkte Tagesentgelte abgerechnet. Mehr- und Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 8 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 8 Satz 4 werden im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen.

(6) Nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 und 5 sowie unter Beachtung der Prüfergebnisse nach § 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regeln die Vertragsparteien nach § 11 in ihrer Vereinbarung für das Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1, die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2, Art und Menge der zugrundeliegenden Leistungen und die Mehr- oder Mindererlösausgleiche nach Absatz 5. § 11 Absatz 1 Sätze 2, 3 und 4 erster Halbsatz sowie Absatz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarung ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der in § 9 Absatz 1 Nummer 10 vorgegebenen Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden,

dass das neue Gesamtvolumen und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.

(7) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist im Rahmen der erhöhten oder abgesenkten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 5 Satz 4 abzurechnen.

(8) Die für das Kalenderjahr zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben. Sofern bei der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, werden die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte abgerechnet. Bei der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgt die Umstellung der Vergütung auf krankenhausesindividuelle Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 oder auf vorläufige Tagesentgelte nach Satz 4 zum 1. Januar eines Jahres.“

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

„6b. ab 2025 eine Vorhaltevergütung zur Abzahlung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.

bbb) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

ccc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. krankenhausesindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2.“

bb) In Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 6c Absatz 4 Satz 2 bleibt unberührt“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bbb) Nach Nummer 4 werden folgende Nummern 5 und 6 eingefügt:

- „5. eine Vorhaltevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert,
- 6. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 unter Berücksichtigung der Degression werden tagesbezogen berechnet.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Nr. 3“ durch die Wörter „Nummer 3 und 10“ ersetzt.

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „sowie die Vorhaltevergütung“ eingefügt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Ferner dürfen ab dem Jahr 2027 Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen nicht abgerechnet werden, wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt ist oder die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitgeteilt hat. Ab dem Jahr 2027 dürfen für Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach § 40 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in einem Indikationsbereich, in dem der Krankenhausstandort auf der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes benannt ist, erbracht werden, Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht abgerechnet werden.“

c) In Absatz 6 werden die Wörter „einer Fallpauschale“ durch die Wörter „einem Entgelt“ und werden die Wörter „die Fallpauschale“ durch die Wörter „das Entgelt“ ersetzt.

d) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bb) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:

„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nähere Einzelheiten zur Verhandlung des

Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der sachgerechten Ermittlung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte, einschließlich deren Degression, nach § 6c Absatz 1 Satz 2, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der dabei zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge, eine einheitliche Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Gesamtvolumens, der vereinbarten Tagesentgelte, der berücksichtigten Kosten und der wesentlichen Rechengrößen sowie Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen, Abrechnungsbestimmungen für die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 und vorläufige Tagesentgelte sowie deren Degression.“

- b) In Absatz 1a Nummer 5 werden nach dem Semikolon am Ende die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um insgesamt 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ eingefügt.
- c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend vom Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren, für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.

10. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter „sowie mit der Einführung der Vorhaltevergütung nach § 6b“ eingefügt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und wird die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und werden die Wörter „und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen“ gestrichen.
 - dd) In Satz 4 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Wörter „innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen nach Satz 3 für das laufende Kalenderjahr“ und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen“ eingefügt.
 - ee) Folgender Satz 8 wird angefügt:

„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 1 während des laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrates nach Satz 5 und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „ermitteln“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt und werden die Wörter „die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren“ gestrichen.

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen.“

e) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „der bis zum 30. November 2024 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bis [einsetzen: Datum sechs Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7 Satz 1] neu zu vereinbaren“ eingefügt.

11. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „§§ 3 bis 6a“ werden durch die Wörter „§§ 3 bis 6b“ ersetzt.

bb) Die Angabe „§ 275d“ wird durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

cc) Die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ werden durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den Ausgleich des Vorhaltebudgets nach § 6b Absatz 4 Satz 5“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz neu zu vereinbaren.“

12. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „oder über“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

13. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Vereinbarung nach“ die Wörter „§ 6c Absatz 6,“ eingefügt.

14. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschlüsse“ die Wörter „ und des

Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1“ eingefügt.

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

„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist die Genehmigung

1. des Ausgleichsbetrages nach § 6b Absatz 4 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie
2. des Konvergenzbetrages nach § 6b Absatz 5 Satz 6 von einer der Vertragsparteien

zu beantragen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die Anträge nach Satz 1.“

15. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatienten die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ab.“

16. § 21 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:

„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 sowie der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr, sowie die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten nach § 6c abgerechnet werden, sowie der Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Jahren 2026 und 2027 jeweils zusätzlich die Summe der für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen,“.

- bb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „Leistungsgruppen nach § 135e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte Leistungsgruppe“ durch die Wörter „Leistungsgruppe nach § 135e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „55 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Alternativ zu Absatz 4 Satz 1 kann das Krankenhaus ab der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den Rest des jeweiligen Jahres den Basisentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anwenden.“
2. In § 8 Absatz 3 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
3. In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend vom Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren, für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.
4. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz neu zu vereinbaren.“

Artikel 6

Verordnung nach § 10 Absatz 6a KHEntgG zur Übertragung der Verordnungsermächtigung nach § 10 Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz KHEntgG auf das Statistische Bundesamt

Die in § 10 Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausentgeltgesetzes enthaltene Ermächtigung wird auf das Statistische Bundesamt übertragen.

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Artikel 2 sowie Artikel 4 Nummer 16 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b treten an dem Tag in Kraft, an dem die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft tritt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Das derzeitige auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung gilt als stark mengenorientiert. Für die Kliniken besteht der ökonomische Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Das kann dazu führen, dass gewisse mengenanfällige Krankenhausbehandlungen im derzeitigen System nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen, sondern teilweise auch zur Erlössteigerung, durchgeführt werden.

Da die Krankenhäuser seit vielen Jahren unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder leiden, können sie den so entstandenen Investitionsstau bei dringend notwendigen Anschaffungen oder baulichen Maßnahmen oft nur unter Heranziehung von Behandlungserlösen abbauen. Dies erhöht den Kostendruck in den Krankenhäusern weiter und birgt das Risiko, dass sie vermeintlich weniger lukrative medizinische Leistungen nicht mehr anbieten oder sie ihren Betrieb - unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf - infolge fehlender wirtschaftlicher Perspektive einstellen. Krankenhäuser sehen sich teilweise zu Einsparungen zulasten einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung gezwungen; nicht immer halten sie die für die Behandlung notwendigen Strukturen vor. Auch aufgrund dessen, dass viele Krankenhäuser bestimmte Leistungen nur selten durchführen, sind Qualitätsdefizite in der Versorgung die Folge, die sich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten auswirken können.

Auch der durch die demografische Entwicklung bedingte zunehmende Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften wird perspektivisch dazu beitragen, dass in den bestehenden Strukturen eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Nicht zuletzt blieben Potenziale in Richtung einer stärker sektorenübergreifend geprägten Erbringung von Krankenhausleistungen in der Vergangenheit vielfach ungenutzt.

Die Regierungsparteien SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben sich daher für die aktuelle Legislaturperiode von 2021 bis 2025 auf eine Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung verständigt. Hierfür sollte eine neu einzurichtende Regierungskommission insbesondere Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorlegen. Das bisherige Vergütungssystem sollte demnach um ein nach Versorgungsstufen differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt werden.

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ (Regierungskommission) wurde im Mai 2022 vom BMG eingerichtet.

Anfang Dezember 2022 hat die Regierungskommission ihre dritte Stellungnahme und Empfehlung für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgestellt. Die Empfehlungen der Regierungskommission wurden als grundsätzlich geeignete Diskussionsgrundlage für gesetzliche Anpassungen angesehen und im Zeitraum von Januar 2023 bis Juli 2023 im Rahmen einer „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“ gemeinsam mit den Ländern und Koalitionsfraktionen beraten sowie zu einem umfassenden Eckpunktepapier weiterentwickelt.

Im Eckpunktepapier vereinbart wurde insbesondere die Einführung einer Vorhaltevergütung, über die die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung gesichert und der Anreiz zur

Fallmengenausweitung gesenkt wird. Ausgeschüttet werden solle die leistungsgruppenbezogene Vorhaltevergütung nur an die Krankenhäuser, denen aufgrund einer Zuweisungsentscheidung der Länder die konkrete Leistungsgruppe zugewiesen wird und die die entsprechenden Qualitätskriterien grundsätzlich erfüllen.

In den Eckpunkten wurde sich zudem auf die Einführung einer Leistungsgruppensystematik verständigt, die auf Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalen basiert. Die Festlegung von bundeseinheitlichen Qualitätskriterien für diese Leistungsgruppen sowie die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der anfänglichen Leistungsgruppen solle in einem vierstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung u.a. der medizinischen Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen erfolgen.

Um auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten und der regionalen Unterversorgung entgegenwirken zu können, solle der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben werden.

Zudem bedürfte es einer Verschlinkung der bürokratischen Vorgaben.

Mit der Krankenhausreform sollen drei zentrale Ziele verfolgt werden: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung.

Damit steht der Entwurf im Kontext der gefährdeten rechtzeitigen Erreichung der Ziele der Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 25. September 2015 „Transformation unserer Welt: die UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“. Der Entwurf soll insbesondere zur Erreichung von Nachhaltigkeitsziel 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ beitragen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Um die skizzierten Ziele zu erreichen, erhalten die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sowie Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen. Die Qualitätsziele werden durch die der Zuweisung der Leistungsgruppen zu Grunde liegenden Qualitätsvoraussetzungen erreicht. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen, die bei inhaltlichem Bedarf erweitert werden.

Der Entwurf dieses Gesetzes enthält daher im Wesentlichen folgende Regelungen:

Vorhaltevergütung

Um den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu senken, ist zentraler Bestandteil der Reform die Einführung einer Vorhaltevergütung. Damit wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert. Für die Zahlung eines nach Ländern und Leistungsgruppen differenzierten Vorhaltebudgets an die Krankenhäuser erhält das InEK den gesetzlichen Auftrag, die Mittel aus den bestehenden Fallpauschalen auszugliedern; die Fallpauschalen werden abgesenkt. Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien sowie Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen und die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen wird die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt.

Die Zahlung der Vorhaltevergütung erfolgt zeitnah und wird durch weitere Maßnahmen, insbesondere einen unterjährigen Zuschlag und einen vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich, flankiert, um den Krankenhäusern schnell eine finanzielle Absicherung ihrer Vorhalteaufwände zu gewährleisten. Vorgesehen wird zudem eine Konvergenzphase als Übergangsregelung, damit ein fließender Übergang von der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik, überwiegend durch Fallpauschalen, hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik, die maßgeblich durch die Zuweisung der Leistungsgruppen der Länder beeinflusst ist, gelingen kann. Veränderte krankenhauplanerische Kapazitätsplanungen werden durch die Konvergenzphase schrittweise, jedoch zeitnah im neuen Finanzierungssystem umgesetzt.

Neben der Vorhaltevergütung werden für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt.

Leistungsgruppen

Die angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität wird durch Leistungsgruppen und dafür hinterlegte Qualitätsvoraussetzungen erreicht.

Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab. Sie können als Instrument einer leistungsdifferenzierten und qualitätsorientierten Krankenhausplanung dienen. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen sollen bundesweit hochwertige Versorgungsstandards, eine Stärkung der Patientensicherheit und eine hohe Behandlungsqualität gefördert werden.

Die Leistungen der Krankenhausbehandlung werden nach 65 Leistungsgruppen differenziert. Die in Anlage 1 zu § 135d SGB V enthaltene Auflistung von Leistungsgruppen enthält die sechzig somatischen Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022. Diese wurden um fünf zusätzlichen Leistungsgruppen ergänzt, die unter Berücksichtigung der Vorschläge aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) im Zuge des Eckpunktepapiers für eine Krankenhausreform am 10. Juli 2023 gemeinsam mit den Ländern beschlossen wurden. Das Eckpunktepapier ist unter nachfolgender Internetseite https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Ermächtigungsgrundlage geschaffen, damit das BMG mit Zustimmung des Bundesrats eine Rechtsverordnung zur Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erlässt.

Die Definition von Leistungsgruppen beinhaltet auch die Festlegung von sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe. Unter anderem soll damit sichergestellt werden, dass Krankenhäuser Leistungen künftig nur noch erbringen dürfen, soweit sie geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale erfüllen. Das bedeutet, dass ein bestimmtes Maß an technischer Ausstattung, das richtig qualifizierte Personal sowie die erforderlichen Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung vorhanden sind.

Die Medizinischen Dienste prüfen regelmäßig, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten.

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung und Reduktion von Aufwänden werden die bestehenden und bislang in §§ 275a und 275d SGBV normierten Qualitätskontrollen und Prüfungen von Strukturmerkmalen der Krankenhäuser (Strukturprüfung) in den neuen § 275a SGB V integriert. Hierzu wird § 275a SGB V neu gefasst und es werden Maßnahmen getroffen, die auf eine Harmonisierung und Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes abzielen. Den Krankenhäusern wird die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht und der

Medizinische Dienst Bund verpflichtet, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt werden.

In dem Zusammenhang werden nicht mehr erforderliche Regelungen aus der Übergangsphase der Einführung der Strukturprüfung gestrichen.

Darüber hinaus wird der GKV-Spitzenverband von seiner Aufgabe, im Rahmen seiner Jahresstatistik zur Abrechnungsprüfung Erhebungen zur Strukturprüfung anzustellen, entbunden und stattdessen das Berichtswesen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund zur Strukturprüfung erweitert.

Neben Qualitätskriterien sollen zur qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung in Krankenhäusern auch Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gelten. Mindestvorhaltezahlen sind eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen. Sie werden durch das BMG auf Grundlage der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie der Auswertungen und der Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Krankenhäuser, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Indem die Länder Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmen können, wird Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, über die stationären Leistungen hinaus weitere im Katalog nach § 115g Absatz 2 SGB V aufgeführte Leistungen zu erbringen. Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden außerdem die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue Versorgungsform etabliert (§ 115h SGB V) sowie zusätzliche ambulante Versorgungsmöglichkeiten, u. a. in der hausärztlichen Versorgung, geschaffen (§ 116a SGB V). Die Regelungen stellen einen wichtigen Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dar.

Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115 h SGB V erfolgt über degressive krankenhausespezifische Tagesentgelte.

Weitere Regelungen

Insbesondere Hochschulkliniken erhalten zukünftig für die ihnen zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zusätzliche finanzielle Mittel. Auch für ihre spezielle Vorkhaltung erhalten Hochschulkliniken künftig zusätzliche finanzielle Mittel.

Daneben werden zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage und ihrer Liquidität sowohl für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen als auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser die schon bestehenden Regelungen zur Tarifkostenrefinanzierung modifiziert: Ab dem Jahr 2024 tritt an die Stelle der bisherigen hälftigen Tarifkostenrefinanzierung eine vollständige Tarifkostenrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen, die bereits unterjährig und nicht erst für das Folgejahr umzusetzen ist. Zudem ist bei der Ermittlung der Obergrenze für den jährlichen Anstieg des Landesbasisfallwerts für die somatischen Krankenhäuser sowie des Gesamtbetrags für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der Erlössumme für die besonderen Einrichtungen der volle anteilige Orientierungswert zu Grunde zu legen. Dabei ist eine bereits erfolgte Tarifkostenrefinanzierung mindernd zu berücksichtigen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Zudem werden die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht. Dies dient auch der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung.

Um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten, wird bei den Prüfungen von Krankenhausabrechnungen eine grundlegende Änderung vorgesehen. Die bisherigen Einzelfallprüfungen sollen insoweit künftig durch eine strukturierte Stichprobenprüfung ersetzt werden. Um für alle Krankenhäuser ein einheitliches Prüfverfahren sicherzustellen, gilt dies auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Die Änderung des Prüfverfahrens soll zu einer Reduktion des Prüfaufwands bei allen Beteiligten beitragen. Die Prüfungen werden weiterhin durch die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen durchgeführt. Der Umstieg von der Einzelfallprüfung auf die neu zu entwickelnde Stichprobenprüfung soll zeitgleich mit der budgetwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2027 erfolgen.

Der seit 2016 laufende für die Unterstützung von Umstrukturierungsprozessen in der Krankenhausversorgung eingerichtete Krankenhausstrukturfonds wird um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert und ab 2026 als Transformationsfonds neu aufgesetzt. Damit können die Länder für die mit der Krankenhausreform angestoßenen Prozesse zielgenau finanziell unterstützt werden. Hierzu werden Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bereitgestellt. Die Strukturen des Krankenhausstrukturfonds einschließlich der Voraussetzung einer 50-prozentigen Ko-Finanzierung durch die Länder bzw. die Krankenhausträger werden beibehalten.

In Folge der Einführung des Transformationsfonds wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds befristet für die Jahre 2025 bis 2035 von 25 Prozent auf 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds erhöht. Überschüssige Mittel verbleiben somit vorübergehend im Gesundheitsfonds und werden für die Auszahlung an den Transformationsfonds angespart.

Zur Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie (Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten) wird die Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen gefördert. Sofern Krankenhäuser mit ihren Standorten zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem Indikationsbereich aufweisen, wird die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, ausgeschlossen. Damit soll ein Anreiz gesetzt werden, Gelegenheitsversorgung in dem Bereich der onkochirurgischen Leistungen zu vermeiden.

III. Alternativen

Keine. Die Ziele können nur durch eine Gesetzesänderung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv. Die Reform auf Bundesebene ist mit Blick auf die strukturell bedingte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sowie die vorhandenen Defizite in der Qualität der medizinischen Versorgung und angesichts des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Alternative Regelungen, die potentiell der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung dienen, sind nicht in gleichem Maße geeignet. Als Grundlage für den Gesetzentwurf diente das in intensiven Beratungen gemeinsam mit den Ländern erarbeitete und beschlossene Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023. Auch bei der Erarbeitung der gesetzlichen Regelungen wurden Länder weiterhin eingebunden. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im SGB V folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG,

Sozialversicherung). Danach hat der Bund für die Sozialversicherung die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz. Diese Gesetzgebungskompetenz umfasst die Beitrags- und Leistungsaspekte der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf diese Gesetzgebungskompetenz kann der Gesetzgeber daher Regelungen zum Inhalt, zu den Voraussetzungen, den Modalitäten und zum Umfang der versicherungsrechtlichen Leistungen stützen. Zu den Modalitäten der Leistungen gehören insbesondere auch Regelungen zur Qualität der voll- und teilstationären Leistungen.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des KHG, des KHEntgG sowie der BPfIV stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Diese Gesetzgebungskompetenz umfasst alle Regelungen, die die Entgelte der Krankenhausleistungen nach Höhe und Struktur beeinflussen, und damit auch Regelungen zur Ergänzung der fallbezogenen Vergütung durch eine Vorhaltevergütung. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 GG erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, indem künftig Qualitätsaspekte bereits eine Voraussetzung für die Erteilung eines Versorgungsauftrags sind. Zudem werden die bestehenden Qualitätskontrollen und Strukturprüfungen in eine Norm integriert, um Synergieeffekte und eine Bürokratieentlastung für die Beteiligten zu erreichen. In dem Zusammenhang werden nicht mehr erforderliche Regelungen aus der Übergangsphase der Einführung der Strukturprüfung gestrichen.

Hinzu kommt, dass der Fixkostendegressionsabschlag ab 2027 entfällt. Darüber hinaus werden Krankenhäuser von Bürokratie entlastet, indem bei den Abrechnungsprüfungen eine Umstellung von Einzelfallprüfungen hin zu einer Stichprobenprüfung erfolgt. Bei der Jahresstatistik zu den Abrechnungsprüfungen erfolgt ebenfalls eine Umstellung, durch die zukünftig der Medizinische Dienst Bund als der primäre Datenhalter die Ergebnisse der Strukturprüfung jährlich ausweist und dadurch Umwege über die GKV als sekundäre Datenhalter vermieden werden.

Außerdem wurden Regelungen ergänzt, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsanforderungen nur noch normieren darf, soweit diese nicht bereits in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen festgelegt sind. Bereits bestehende Richtlinien sind

entsprechend aufzuheben, sofern nicht die Qualitätskriterien selbst Bezug auf G-BA-Richtlinien nehmen (z.B. QFR-RL).

Durch die Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entfallen für die Krankenhäuser die quartalsweisen Datenübermittlungen, die Datenvalidierungen sowie der Vorbereitung und Durchführung von Stellungnahmen im Rahmen der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Bei den Leistungserbringern wird darüber hinaus die Verpflichtung aufgehoben, die Rechtsfolgen der Zusammenarbeit im Zusammenhang mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vertraglich zu regeln (vgl. § 121 Absatz 6 Satz 3 SGB V).

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

Die Regelungen im Gesetzentwurf sehen eine Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und der Krankenhausvergütung vor und leisten insoweit einen Beitrag zur Verwirklichung von Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Dieses Nachhaltigkeitsziel verlangt mit seiner Zielvorgabe 3.4. u.a. die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung zu senken. Durch die angestrebte Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten leistet der Entwurf einen gewichtigen Beitrag zur Verwirklichung dieses Ziels. Durch die mit der Reform vorgesehene Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung entspricht der Entwurf zudem der Zielvorgabe 3.8, die unter anderem verlangt, die allgemeine Gesundheitsversorgung sowie den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten für alle zu erreichen.

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

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Neueinrichtung einer Geschäftsstelle beim BMG zur Koordinierung und Begleitung der Arbeit des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 SGB V Ausgaben, die insbesondere abhängig von der Häufigkeit der Ausschusssitzungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 SGB V sind. Daher können die Ausgaben nicht abschließend quantifiziert werden, es handelt sich um

dauerhafte Mehrausgaben. Zunächst ist schätzungsweise von 3 Vollzeitkräften als personelle Ressourcen der Geschäftsstelle zur Koordinierung und Begleitung der Arbeit des Ausschusses auszugehen. Dabei werden zwei Beschäftigte des höheren Dienstes (Personalkosten einschließlich dafür anfallender Sachkosten in Höhe von jeweils rund 155 000 Euro pro Jahr) für die fachliche und juristische Begleitung des Ausschusses und eine beschäftigte Person des gehobenen Dienstes (Kosten von rund 126 000 Euro pro Jahr) für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen sowie die Koordinierung der Ausschussarbeit für erforderlich erachtet (Berechnungsbasis: Durchschnittliche Kostensätze des Bundesministeriums der Finanzen zu Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen). Insgesamt betragen die laufenden Kosten geschätzt rund 440 000 Euro pro Jahr.

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung durch das BMG nach § 135f SGB V Ausgaben, die insbesondere abhängig von den Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie den Auswertungen und der Empfehlung des InEK sind. Daher können die Ausgaben nicht abschließend quantifiziert werden, es handelt sich um dauerhafte Mehrausgaben. Zunächst ist schätzungsweise von 2 Vollzeitkräften als personelle Ressource auszugehen. Dabei werden zwei Beschäftigte des höheren Dienstes (Personalkosten einschließlich dafür anfallender Sachkosten in Höhe von jeweils rund 155 000 Euro pro Jahr) für die fachliche und juristische Betreuung für erforderlich erachtet (Berechnungsbasis: Durchschnittliche Kostensätze des Bundesministeriums der Finanzen zu Personal- und Sachkosten in der Bundesverwaltung für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und Kostenberechnungen). Insgesamt betragen die laufenden Kosten geschätzt rund 310 000 Euro pro Jahr.

Begleitend zur Umstellung der Krankenhausfinanzierung und damit einhergehenden Veränderungen sind bundesweite Informations- und Aufklärungsmaßnahmen erforderlich. So soll der Reformprozess für Bürgerinnen und Bürger transparent und nachvollziehbar gemacht und herausgestellt werden, welche Vorteile sich daraus für sie ergeben. Dem Bundeshaushalt entstehen daher im Zuge des Transformationsprozesses Mehrausgaben in Höhe von 16 Millionen Euro für die Aufklärungsarbeit für Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ab 2025 fallen jährlich 4 Millionen Euro (bis 2028) für die begleitende digitale (50%) und analoge (50%) Information über die Maßnahmen und Ziele der Krankenhausreform sowie über die einzelnen Transformationsschritte an.

Die Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen bewirkt ab dem Jahr 2024 einen dauerhaften und basiswirksamen Haushaltsaufwand. Bund, Ländern und Kommunen entstehen im Bereich der Beihilfe hierdurch für Tarifsteigerungen des Jahres 2024 im Jahr 2024 Mehrausgaben von 13 Millionen Euro.

Zusätzlich ergeben sich ab dem Jahr 2025 für in der Höhe noch nicht absehbare Tarifsteigerungen jeweils jährliche, jedoch nicht quantifizierbare Mehraufwendungen, deren Höhe in Abhängigkeit der Tarifabschlüsse variieren wird.

Ab dem Jahr 2025 erfolgt die Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser. Hieraus resultiert eine Erhöhung der Obergrenze für den jährlichen Anstieg des Landesbasisfallwerts sowie des Gesamtbetrags für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und der Erlössumme für besondere Einrichtungen. Da die Personalkostensteigerungen der Krankenhäuser bereits ab dem Jahr 2024 im Rahmen der umfassenden Tarifierfinanzierung vollständig refinanziert werden, ist dies bei der Ermittlung der Obergrenze zu berücksichtigen, weil ansonsten eine Doppelfinanzierung erfolgen würde.

Durch die Erhöhung der bislang geltenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser entstehen ab 2025 Mehrausgaben im Bereich der Beihilfe in Höhe von rund 400 000 Euro jährlich.

Durch die Weiterführung der Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der geburtshilflichen Versorgung entstehen Bund, Ländern und Kommunen im Bereich der Beihilfe in den Jahren 2025 und 2026 Mehrausgaben in Höhe von jeweils 10,5 Millionen Euro.

Ab dem Jahr 2027 entstehen Bund, Ländern und Kommunen Mehrausgaben durch die unbefristete Einführung der Förderbeträge nach § 39 KHG im Bereich der Beihilfe von jährlich 13,75 Millionen Euro.

Die Einführung der gesonderten unbefristeten Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bewirkt bei Bund, Ländern und Kommunen im Bereich der Beihilfe einen zusätzlichen jährlichen Haushaltsaufwand von 5 Millionen Euro.

Darüber hinaus werden die Zuschläge für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dauerhaft erhöht. Dies entspricht zusätzlichen jährlichen Haushaltsausgaben bei Bund, Ländern und Kommunen im Rahmen der Beihilfe in Höhe von 825 000 Euro.

Der Wegfall der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag wird für Bund, Länder und Kommunen einen zusätzlichen Haushaltsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe bewirken.

Der Gesetzentwurf sieht u. a. die Einrichtung eines Transformationsfonds vor, mit dessen Mitteln die Anpassung der Krankenhausstrukturen an die Neuausrichtung der Regelungen zur Erbringung und Finanzierung von Krankenhausleitungen gefördert werden kann. Die Förderung soll jeweils zur Hälfte durch die GKV und die Länder erfolgen. Das von der GKV bereitzustellende Fördervolumen beträgt ab 2026 jährlich 2,5 Milliarden Euro über einen Zeitraum von zehn Jahren, das schrittweise abgerufen werden kann, sofern die Länder Mittel in gleicher Höhe zur Verfügung stellen. In dem Umfang, in dem die Länder sich an den Maßnahmen der Strukturförderung beteiligen, können ab 2026 deren Haushalte belastet werden. Sofern die Förderung zu einer Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten führt, werden u. a. auch Mittel frei, die die Länder für eine angemessene Investitionsfinanzierung der anderen Krankenhäuser einsetzen können. Außerdem ist von einer Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen, die zu finanziellen Einsparungen beiträgt. Eine exakte Quantifizierung der Mehr- und Minderbelastungen ist nicht möglich, weil Umfang und Zeitrahmen einer Inanspruchnahme der Fördermöglichkeit nicht bekannt sind.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen bewirkt ab dem Jahr 2024 einen dauerhaften und basiswirksamen Haushaltsaufwand. Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen hierdurch für Tarifiersteigerungen des Jahres 2024 im Jahr 2024 Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Zusätzlich ergeben sich ab dem Jahr 2025 noch nicht bezifferbare jährliche Mehrkosten.

Ab dem Jahr 2025 erfolgt die Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser. Hieraus resultiert eine Erhöhung der Obergrenze für den jährlichen Anstieg des Landesbasisfallwerts sowie des Gesamtbetrags für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und der Erlössumme für besondere Einrichtungen. Da die

Personalkostensteigerungen der Krankenhäuser bereits ab dem Jahr 2024 im Rahmen der umfassenden Tarifrefinanzierung vollständig refinanziert werden, ist dies bei der Ermittlung der Obergrenze zu berücksichtigen, weil ansonsten eine Doppelfinanzierung erfolgen würde.

Durch die Erhöhung der bislang geltenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2025 jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 15 Millionen Euro.

Durch die Weiterführung der Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der geburtshilflichen Versorgung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2025 und 2026 Mehrausgaben in Höhe von jeweils 378 Millionen Euro.

Ab dem Jahr 2027 entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die unbefristete Einführung der Förderbeträge nach § 39 KHG von jährlich 495 Millionen Euro.

Die Einführung der gesonderten unbefristeten Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bewirkt bei der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben von 180 Millionen Euro.

Darüber hinaus werden die Zuschläge für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dauerhaft erhöht. Dies entspricht zusätzlichen jährlichen Haushaltsausgaben in Höhe von 29,7 Millionen Euro, die der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen.

Der Wegfall der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag wird bei der gesetzlichen Krankenversicherung einen zusätzlichen Haushaltsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe bewirken.

Der Umstieg von den bisherigen Einzelfallprüfungen von Krankenhausrechnungen hin zu einer strukturierten Stichprobenprüfung kann ab dem Jahr 2027 Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger von Krankenhausrechnungen haben. Da die konkrete Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen erst noch durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Basis eines Konzepts des Medizinischen Dienstes Bund vereinbart werden muss, kann eine Abschätzung der finanziellen Auswirkungen noch nicht vorgenommen werden. Im Jahr 2022 lagen die realisierten Prüfquoten der Einzelfallprüfungen in den einzelnen Quartalen zwischen 8,32 Prozent und 8,81 Prozent (vierteljährliche Auswertungen gemäß § 275c Absatz 4 SGB V). Der Jahresstatistik nach § 17c Absatz 6 KHG ist zu entnehmen, dass sich je geprüftem und beanstandetem Fall die durchschnittliche Höhe der Differenz zwischen dem ursprünglich in Rechnung gestellten Betrag und dem Betrag nach Beanstandung im Jahr 2022 auf rund 1.859 Euro belief. Die Quote an Beanstandungen betrug dabei rund 48 Prozent. Angesichts der Tatsache, dass bei den heutigen Einzelfallprüfungen die Fälle, für die eine Prüfung veranlasst wird, gezielt ausgewählt werden, ist auch bei der Ausgestaltung der Stichprobenprüfung sicherzustellen, dass ein hohes Maß an Zielgenauigkeit von Prüfungen aufrecht erhalten wird. Insoweit soll nach der gesetzgeberischen Intention eine Bürokratieentlastung bewirkt und hierbei gleichsam starke Anreize für eine regelkonforme Abrechnung beibehalten werden. Dies soll durch ein effizientes, zielgenaues und im Sinne der Vermeidung zu beanstandender Abrechnungen effektives Verfahren der Fallauswahl gewährleistet werden. Entscheidend hierbei wird insofern unter anderem sein, wie viel Prozent der Krankenhausrechnungen in die Stichprobe einbezogen und geprüft werden, inwiefern dabei zu beanstandende bzw. potenziell zu beanstandende Abrechnungen gezielt erfasst werden und wie die Übertragung der Prüfergebnisse auf die Grundgesamtheit der Fälle erfolgt, um dem Grundgedanken des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) Rechnung zu tragen.

Für den Transformationsfonds, der die Anpassung der stationären Versorgungsangebote an die Neusaurichtung der Regelungen zur Erbringung und Finanzierung von Krankenhausleistungen fördern soll, können aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im gesamten Zeitraum von 2026 bis 2035 insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro abgerufen werden, sofern sich die jeweils betroffenen Länder in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen (§ 12b KHG). Diese Förderung soll zu dauerhaften Qualitätsverbesserungen und Einsparungen in der stationären Versorgung beitragen. Eine exakte Quantifizierung der Mehr- und Minderbelastungen ist insbesondere deshalb nicht möglich, weil nicht absehbar ist, in welchem Umfang und in welchem Zeitrahmen Krankenhausträger und Länder von der Förderung Gebrauch machen und ab welchem Zeitpunkt sich welche Auswirkungen hieraus auf die Krankenhausversorgung im jeweiligen Land ergeben. Die für die Finanzierung des Transformationsfonds benötigten Mittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro jährlich (zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre) sind bei der Ermittlung des zur Verfügung stehenden Zuweisungsvolumens gemäß § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass die Mittel des Transformationsfonds überwiegend über eine jährliche Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden. So wird sichergestellt, dass der Gesundheitsfonds über liquide Mittel in Höhe der gesetzlichen Mindestreserve von 20 Prozent einer Monatsausgabe verfügt.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, stärker koordinierten und spezialisierten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Im Jahr 2025 entstehen den gesetzlichen Krankenkassen dadurch Minderausgaben von 330 Millionen Euro, diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an.

4. Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand wird für die einzelnen Artikel dargestellt.

Bürgerinnen und Bürger

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

Wirtschaft

Bei einer Reihe von Vorgaben bewirken die gesetzlichen Änderungen wahrscheinlich eine Veränderung des zukünftigen Erfüllungsaufwands auf Bagatellfallniveau (Belastungsänderung unter 100 000 Euro). In Einzelfällen dürfte die Belastungsänderung etwas höher ausfallen. Zur Bewertung der Höhe des Erfüllungsaufwands wird sich hierbei an Erfahrungswerten und vergleichbaren Vorgaben, die bereits im Datenbanksystem des Statistischen Bundesamtes zum Erfüllungsaufwand vorhanden sind, orientiert.

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das SGB V (Artikel 1 und 2):

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, § 115g Absatz 3 SGB V. Hier einmaliger Erfüllungsaufwand und laufender Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Aktualisierung für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und infolge des Benehmens für den Verband der privaten Krankenversicherungen.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Festlegung des Vereinbarungsinhalts zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung, § 115g Absatz 3 SGB V (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115041901, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PfIBG mit einer Belastung von 4 000 Euro). Einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Informationspflicht Bericht im zweijährigen Turnus über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an das BMG, § 115g Absatz 4 SGB V. Hier Erfüllungsaufwand für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und infolge des Erfordernisses des Benehmens für den Verband der Privaten Krankenversicherung. Den Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht dadurch Erfüllungsaufwand, dass sie die hierfür erforderlichen Daten zu übermitteln haben. Zunahme des jährlichen Erfüllungsaufwands in Form von Bürokratiekosten, da eine Informationspflicht zu erfüllen ist (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2019120214203601_31X, Gemeinsamer Bericht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen in Verbindung mit dem MDK-Reformgesetz, § 17c Absatz 7 KHG mit einer geschätzten einmaligen Belastung von 80 000 Euro). Aufgrund des zweijährigen Turnus wird hier von jährlich 40 000 Euro ausgegangen.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Kooperationsvereinbarung zwischen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung und Vertragsarzt, § 115h Absatz 2 SGB V. Einmaliger Erfüllungsaufwand und Zunahme des jährlichen Erfüllungsaufwands.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zur medizinisch-pflegerischen Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 115h Absatz 3 SGB V. Hier einmaliger Erfüllungsaufwand für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung und infolge des Benehmens für den Verband der privaten Krankenversicherung.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Entscheidung durch die Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung, § 115h Absatz 3 SGB V (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115041901, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PfIBG mit einer Belastung von 4 000 Euro). Einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses zur vertragsärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung, § 116a SGB V. Es fällt die 2-Jahresperiodizität der Überprüfung der Ermächtigung weg, zukünftig erfolgt eine Überprüfung nach Bedarf durch den Zulassungsausschuss. Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands.
- Informationspflicht Antrag auf Ermächtigung seitens einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bei drohender Unterversorgung, § 116a Absatz 2 SGB V. Es ist mit einem moderaten Anstieg des Erfüllungsaufwands für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu rechnen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen.
- Informationspflicht Antrag auf Ermächtigung seitens einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung, § 116a Absatz 3 SGB V. Es ist mit einem moderaten Anstieg des Erfüllungsaufwands für die

sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu rechnen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen.

- Informationspflicht Nachweis über die Kooperation des Vertragsarztes mit der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung auf Verlangen der Krankenkasse, § 121 Absatz 7 SGB V. Zunahme des jährlichen Erfüllungsaufwands in Form von Bürokratiekosten, da eine Informationspflicht zu erfüllen ist.
- Durch die Änderungen des Auftrags an den G-BA, Mindestanforderungen festzulegen (§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V), ist mit weiteren Aufwandseinsparungen bei den Krankenhäusern zu rechnen. Die genaue Höhe ist nicht quantifizierbar. Potentiell entstehen Einsparungen durch die Einschränkung bzw. den Wegfall von Dokumentationspflichten, Datenübermittlungen und Kontrollen der Einhaltung der Mindestanforderungen. Es ist jedoch nicht absehbar, welche Mindestanforderungen oder Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V insgesamt zukünftig vom G-BA aufgehoben werden.
- Informationspflicht Elektronischer Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten sowie anderen Beteiligten über ein digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes, § 275a SGB V i.V.m § 283 Absatz 5 SGB V. Es ist davon auszugehen, dass auf bereits bestehende IT-Strukturen zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten aufgebaut werden kann. Daher dürfte es sich um einmaligen Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser (sowie die privaten Krankenkassen) auf Bagatellfallniveau handeln, um erforderliche Anpassungsmaßnahmen durchzuführen. Laufend könnte es zu Entlastungseffekten kommen (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierten Vorgabe unter der ID 2019112211083302, Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Medizinischem Dienst, § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG, und das dazugehörige Regelungsvorhaben des MDK-Reformgesetzes, RV-Nr. 4826).
- Für die Krankenhäuser und Arztpraxen könnte ein geringer nur schwer quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für etwaige Verpflichtungen zur weiteren Lieferung von Daten an die Versendestelle im Rahmen der Patientenbefragungen entstehen (§ 299 Absatz 4 SGB V). Der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Regelungen des G-BA abhängig sein. Es wird davon ausgegangen, dass in wenigen Verfahren, die zu übermittelnden Daten jeweils nur um wenige Informationen ergänzt werden. Diese zusätzlichen Daten können mutmaßlich automatisch aus den Krankenhausinformationssystemen bzw. den Praxisverwaltungssystemen versendet werden. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg, so dass die Datenübermittlungssysteme nicht angepasst werden müssen.
- Krankenhäuser, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt werden, werden einmalig und laufend einen erhöhten Aufwand haben durch zusätzliche administrative Aufgaben und Vorgaben im Zusammenhang mit Umstrukturierungen und der organisatorischen Trennung beispielsweise von Einheiten, die Pflege nach den Regelungen des SGB XI erbringen. Es wird davon ausgegangen, dass sich der dabei anfallende einmalige als auch laufende Erfüllungsaufwand auf Bagatellfallniveau bewegt.
- Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt werden und zukünftig zusätzliche ambulante und medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen, die sie bisher nicht erbracht haben, entsteht durch die Anwendung unterschiedlicher Abrechnungsregelungen geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand (§§ 115g SGB V).

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHG (Artikel 3):

- Informationspflicht Wirtschaft Selbsteinschätzung des Krankenhauses, § 6a Absatz 1 Satz 6 und 7 KHG. Aufgrund der Annahme, dass in Einzelfällen eine Selbsteinschätzung abgegeben wird, entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand (Bürokratiekosten aus Informationspflichten).
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Krankenhausgesellschaft, § 6a Absatz 5 Satz 2 KHG. Für die Bestimmung des Näheren zu den Aufgaben nach Satz 1, beispielsweise einer bundeseinheitlichen Definition der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand auf Seiten des Verbands der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Fallpauschalenvereinbarung, § 17b Absatz 4b KHG. Die Änderungen aufgrund der Einführung einer Vorhaltevergütung sind bei der Fallpauschalenvereinbarung durch die Vertragsparteien zu berücksichtigen. Für den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entsteht jährlich geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Stellungnahme von Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, § 17b Absatz 4c KHG. Die Vertragsparteien haben vor der Erstellung der Berichte durch das InEK Stellung zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung gegenüber dem InEK zu nehmen. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zur Finanzierung, § 17b Absatz 5 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung einer Stichprobenprüfung, § 17c Absatz 1a Satz 3 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand für die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHEntgG (Artikel 4):

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Geltend machen von Ansprüchen des Krankenhauses auf das jährliche Vorhaltebudget, § 7 Absatz 1 KHEntgG. Es ist zu vermuten, dass der jährliche Erfüllungsaufwand im Bagatellbereich liegt, da die Krankenhäuser auch schon vor der Gesetzesänderung ihre erbrachten Leistungen geltend machen mussten.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu Einzelheiten für die Verhandlungen zum Gesamtvolumen und für die krankenspezifische Ermittlung der Tagesentgelte gemäß § 6c Absatz 1 und 2 KHEntgG für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG. Hierbei entsteht einmaliger und laufender Erfüllungsaufwand für den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Neuvereinbarung des Veränderungswerts unter Berücksichtigung des vollen Orientierungswerts für das Jahr 2025 durch die Vertragsparteien auf Bundesebene, § 9 Absatz 1b KHEntgG, § 9 Absatz 1 Nummer 5 BPfIV.

Hierbei entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung des Landesbasisfallwerts in Folge von Tariflohnsteigerungen auf Landesebene, § 10 Absatz 5 KHEntgG. Da es sich hierbei um Ausnahmefälle bei Tariflohnsteigerungen handelt und das nicht jedes Jahr der Fall sein wird, wird ein Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich angenommen. Ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Bagatellbereich wird auch angenommen für die einmalige Neuvereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, § 10 Absatz 10 KHEntgG.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Entscheidung der Schiedsstelle, § 10 Absatz 5 KHEntgG. (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115041901, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PfIBG mit einer Belastung von 4 000 Euro). Zu den Mitgliedern der Schiedsstelle gehören auch Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser. Da die Schiedsstelle im Ausnahmefall tätig wird, wird der Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich als einmalig angesetzt.
- Weitere Vorgabe Wirtschaft Neuvereinbarung des Budgets bei Krankenhäusern und der Erlössumme bei Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2025, §§ 11 Absatz 3 KHEntgG und BPfIV sowie § 6 Absatz 3 KHEntgG. In den Fällen, in denen bereits vor der Neuvereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 ein Budget oder eine Erlössumme vereinbart wurde, ist eine Neuvereinbarung erforderlich. Da dabei nur die Anpassung an den neu vereinbarten Landesbasisfallwert zu vereinbaren ist, ist von einem niedrigen einmaligen Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich auszugehen.
- Informationspflicht Übermittlung der Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle der krankenhausindividuellen Tagesentgelten nach § 6c KHEntgG sowie der Ausgleichsbeträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Auch bisher mussten die Krankenhäuser schon ihre Daten übermitteln. Der Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten liegt daher vermutlich im unteren Bagatellbereich.

Nachfolgend werden einzelne gesetzliche Änderungen des Entwurfs aufgegriffen, durch die eine größere Veränderung beim Erfüllungsaufwand zu erwarten ist oder bei denen aus anderen Gründen eine Erläuterung sinnvoll ist.

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das SGB V (Artikel 1 und 2):

Durch die **weitere Vorgabe der Wirtschaft zur Vereinbarung des Versorgungsumfangs der medizinisch-pflegerischen Versorgung seitens der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und dem Landesverband der Krankenkassen und der Ersatzkassen, § 115h Absatz 4 SGB V**, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen. Zur Einschätzung des Zeitaufwandes wird sich als Hilfsgröße auf die Vorgabe zur Vereinbarung eines Pflegebudgets mit krankenhausindividuellen Vergütungen von Pflegepersonalkosten bezogen (mit 160 Stunden Zeitaufwand je Krankenhaus, siehe die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2018110913002102). Aufgrund der von den einzelnen Einrichtungen losgelösten Verhandlungen zur Vergütungssystematik und zur Spezifizierung des Versorgungsumfangs dürfte sich der Zeitaufwand hier auf circa 10 bis 15 Prozent des Aufwandes zu Vereinbarung

eines Pflegebudgets belaufen, also rund 16 bis 24 Stunden je sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung. Bewertet man diesen Zeitaufwand mit dem Lohnsatz von 73,20 Euro/Stunde für Beschäftigte im Gesundheitswesen mit einem hohen Qualifikationsniveau (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021), so ergeben sich einmalige Kosten in Höhe von rund 1 460 Euro pro Einrichtung (20 Stunden x 73,20 Euro).

Bei den Krankenhäusern ist durch die **Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V** mit Aufwandseinsparungen in Form von Bürokratiekosten von jährlich insgesamt ca. 125 000 EUR zu rechnen (ausweislich der vom G-BA durchgeführten Bürokratiekostenerhebung anlässlich der Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V). Die Einsparungen ergeben sich durch die Aufhebung von quartalsweisen Datenübermittlungen, Datenvalidierungen sowie der Vorbereitung und Durchführung von Stellungnahmen im Rahmen der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Durch die Aufhebung der Verpflichtung, die Rechtsfolgen der Zusammenarbeit im Zusammenhang mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vertraglich zu regeln (vgl. § 121 Absatz 6 Satz 3 SGB V) folgen weitere Aufwandseinsparungen bei den Leistungserbringern in geringem Umfang. Die genaue Höhe ist nicht quantifizierbar. Die Anzahl der Belegärzte in zugelassenen Krankenhäusern, welche einschlägige Leistungen erbringen, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren Anwendung finden, ist unbekannt. Zudem waren den Krankenhäusern und Belegärztinnen und -ärzten die genaue Umsetzung der Verpflichtung freigestellt. Der Aufwand der (nun entfallenden) vertraglichen Vereinbarung wird jedoch als gering eingeschätzt. So sind zwischen Krankenhaus und Belegärzten stets Verträge zu schließen u. a. über die Nutzung von Diensten, Einrichtungen und Mittel der Krankenhäuser. Die nun aufgehobene Pflicht, vertraglich zu regeln, welche Konsequenzen sich in dem Innenverhältnis aus der Einbeziehung der belegärztlichen Versorgungsqualität bei der Anwendung der maßgeblichen Qualitätssicherungsvorgaben ergeben, wird dabei in der Regel eine untergeordnete Rolle spielen und sich krankenhausintern an einem Muster orientieren.

Die Ausgestaltung der Arbeit des vom Bundesministerium für Gesundheit einzurichtenden **Ausschusses zur Weiterentwicklung der Qualitätskriterien zu den Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, § 135e Absatz 3 SGB V**, wird durch die zu erlassende Rechtsverordnung gemäß Absatz 2 spezifiziert. Der damit verbundene Erfüllungsaufwand für die dem Normadressaten Wirtschaft zugeordneten Verbände wird daher im Rahmen der Rechtsverordnung geschätzt.

Den Krankenhäusern entsteht zusätzlicher laufender Erfüllungsaufwand durch die neuen **Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**. Dieser Erfüllungsaufwand wird bei der erstmaligen Prüfung nach den Vorgaben des § 275a SGB V höher sein, als bei den folgenden turnusmäßigen Prüfungen im Abstand von zwei Jahren. Bei der erstmaligen Prüfung ist eine umfassende Beschäftigung mit den Vorgaben und Beschaffung und Versendung von Unterlagen, bzw. Ermittlung von Daten notwendig. Bei den Folgeprüfungen ist davon auszugehen, dass vorliegende Unterlagen teilweise wieder genutzt werden können und Daten teilweise nur aktualisiert werden müssen. Zudem ist davon auszugehen, dass der Aufwand für die Prüfung der Qualitätskriterien in einzelnen Leistungsgruppen unterschiedlich hoch ist. Es ist von folgenden Standardaktivitäten auszugehen: Einarbeitung in die sich ergebenden Informationspflicht, interne Sitzungen im Krankenhaus zur Abstimmung/Beschaffung von Informationen/Daten, externe Sitzungen (Durchführung eines Termins zur Inaugenscheinnahme vor Ort), ggf. mit Kooperationspartnern, Beschaffung von Daten/ Unterlagen, Ausfüllen von Formularen, Digitalisierung der Unterlagen, Versendung und Archivierung, ggf. Beschäftigung mit Nachfragen.

Der zeitliche Aufwand für die Prüfung der Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen ist noch nicht absehbar, da die Leistungsgruppen mit ihren Qualitätskriterien in einer gesonderten Rechtsverordnung festgelegt werden. Eine Quantifizierung ist daher nicht abschließend möglich. Schätzungsweise kann davon ausgegangen werden, dass den

Krankenhäusern für die vorgenannten Standardaktivitäten durch die neuen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 383 000 Euro jährlich entsteht, unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je ein Mitarbeiter jeweils ca. 15 Stunden dafür benötigt. Da der Medizinische Dienst gemäß § 275a Absatz 1 (neu) SGB V im Rahmen seiner Prüfungen soweit möglich auch Erkenntnisse und Prüfunterlagen aus anderen Prüfungen berücksichtigen und Prüfungen aufeinander abgestimmt durchführen soll, ist zudem davon auszugehen, dass zumindest Teile des Erfüllungsaufwands im Rahmen der bereits bestehenden und laufenden Prüfungen nach dem bisherigen § 275a SGB V (Qualitätskontrollen) und § 275d SGB V (Strukturprüfungen) umfasst sind und insoweit nicht zusätzlich anfallen.

Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es in Deutschland rund 1 350 von der Reform betroffene allgemeine Krankenhäuser gibt (siehe auch Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung für das Jahr 2022. Nicht betroffen sind Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag) und unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 37,80 Euro je Stunde (gemäß Lohnkostentabelle Statistisches Bundesamt 2021). Aufgrund des zweijährigen Turnus der Prüfungen werden pro Jahr 675 Krankenhäuser geprüft (gleich 1 350/2).

Durch die Vereinheitlichung und Zusammenführung bestehender Prüfungen zu Strukturprüfungen und weiteren Anforderungen ist davon auszugehen, dass die Erfüllungsaufwände der Krankenhäuser insgesamt gesenkt werden können. Beispielsweise soll der Medizinische Dienst Erkenntnisse aus anderen Prüfungen berücksichtigen können, Prüfunterlagen auch für andere Prüfungen verwenden können und soweit möglich Prüfungen in einem Prüfverfahren durchführen. Eine Quantifizierung ist nicht möglich, da die Entlastung wesentlich von der Ausgestaltung der entsprechenden Maßnahmen in der zu ergänzenden Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V abhängt. Zudem werden die Krankenhäuser durch den Verzicht auf große Teile der anlassbezogenen Kontrollen für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V von laufendem Erfüllungsaufwand entlastet (vgl. § 137 Absatz 3 SGB V). Der G-BA geht bei seiner Bürokratiekostenschätzung zu den anlassbezogenen Kontrollen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie von pauschal 22,75 Stunden Aufwand je Prüfung und je Krankenhaus aus. Nähere Informationen zur Grundgesamtheit der von den Richtlinien betroffenen Krankenhäusern liegen nicht vor, sodass keine Schätzung der Gesamtentlastung möglich ist.

Für die weitere Vorgabe der Wirtschaft zur Durchführung von Prüfungen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst, § 275a SGB V, wird sich näherungsweise auf Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bezogen (Bericht über die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätskontrollen. Bericht des Medizinischen Dienstes Bund gemäß § 16 Teil A der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V mit Stand 17.6.2022¹). Rund 300 Kontrollen – deren Anzahl von der Covid-19-Pandemie nach unten beeinflusst wurde – sind vor Ort in den Krankenhäusern durch die Medizinischen Dienste durchgeführt worden (Es ist davon auszugehen, dass sich die jährliche Gesamtzahl der Prüfungen nach der Covid-19-Pandemie erhöht hat). Mit den Prüfungen in Zusammenhang stehende Unterlagen sind häufig bereits sowieso im Vorfeld der Prüfungen vor Ort von den Krankenhäusern an den Medizinischen Dienst versendet worden (siehe Bericht des Medizinischer Dienst Bund, S. 14 f.), so dass das schriftliche Verfahren als solches keine (nennenswerten) zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser zukünftig verursacht. Für die in der Regel zukünftig wegfallende Prüfung vor Ort wird ein Zeitaufwand von einem Arbeitstag angesetzt unter der Annahme, dass in den Krankenhäusern zwei Beschäftigte mit mittlerem Qualifikationsniveau (mit Lohnkosten von 30,40 Euro je Stunde gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021) und zwei Beschäftigter mit hohem Qualifikationsniveau (73,20 Euro je Stunde) beteiligt sind. Für eine Prüfung vor Ort belaufen sich somit die Lohnkosten für ein

¹ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Internetseite https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5688/2022-10-20_MD-QK-RL_Bericht-QK-2021.pdf, abgerufen am 8.11.2023.

Krankenhaus auf rund 1 660 Euro. Bei 300 Prüfungen vor Ort belaufen sich die Kosten für die Krankenhäuser somit auf geschätzt rund 500 000 Euro jährlich, die zukünftig infolge des schriftlichen Verfahrens wegfallen könnten.

Krankenhäuser werden ab der Umsetzung der Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V von laufendem Erfüllungsaufwand entlastet, der ihnen derzeit dadurch entsteht, dass sie Bescheinigungen über die Strukturprüfungen sowie nicht erteilte Bescheinigungen im Anschluss an eine Anzeige nach § 275a Absatz 6 Satz 1 oder 2 SGB V an die entsprechenden Stellen zu übermitteln haben. Ab dem Zeitpunkt werden die Medizinischen Dienste die entsprechenden Informationen in der Datenbank nachzuhalten haben. Die Höhe der Entlastung ist abhängig davon, wie viele Krankenhäuser künftig Strukturprüfungen beantragen und in welchem Umfang die Medizinischen Dienste Bescheinigungen ausstellen werden.

Erfüllungsaufwand entsteht durch die neue **Informationspflicht der Erstellung und Vorlage eines Evaluierungsberichts zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz an das BMG und die zuständigen Landesbehörden nach § 426 SGB V**. Hier entsteht Erfüllungsaufwand für den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, um den Bericht zu erstellen. Den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern entsteht dadurch Erfüllungsaufwand, dass sie die hierfür erforderlichen Daten in anonymisierter Form zu übermitteln haben (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2019120214203601_31X, Gemeinsamer Bericht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen in Verbindung mit dem MDK-Reformgesetz, § 17c Absatz 7 KHG mit einer geschätzten einmaligen Belastung von 80 000 Euro). Da der Bericht lediglich für drei Zeitpunkte zu erstellen ist (31. Dezember 2029, 31. Dezember 2034 und 31. Dezember 2039), wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten in Höhe von 240 000 Euro (3 x 80 000) ausgegangen.

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das KHEntgG (4):

Es ist davon auszugehen, dass der Wegfall der Vereinbarungen zum Fixkostendegressionsabschlag bei der **weiteren Vorgabe der Wirtschaft zur Einführung eines Vorhaltebudgets**, § 4 Absatz 2a KHEntgG, zu einer Entlastung für die Krankenhäuser führt, die allerdings nur schwer abzuschätzen ist, da Vereinbarungen auf Ortsebene auch weiterhin stattfinden werden. Zur Abschätzung der Entlastung wird auf die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA (unter der ID 2018110913002301_31X) registrierte Vorgabe zur Vereinheitlichung der Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag), § 4 Absatz 2a KHEntgG, verwiesen, bei der eine jährliche Entlastung von rund 700 000 Euro durch das Statistische Bundesamt infolge des Wegfalls von Verhandlungen bestätigt wurde.

Für Krankenhäuser, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V bestimmt werden und somit der neuen Vergütungssystematik nach § 6c KHEntgG unterliegen, ist die Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG nicht mehr vorgesehen, da ihre Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten finanziert werden sollen. **Die weitere Vorgabe der Wirtschaft zur Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG** für die krankenhausesindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten (in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA als Vorgabe unter der ID 2018110913002102 registriert) verursacht gemäß den Messungen des Statistischen Bundesamtes pro Krankenhaus einen jährlichen Zeitaufwand in Höhe von 160 Stunden. Bewertet man diesen Zeitaufwand mit den Lohnkosten von 73,20 Euro je Stunde für Beschäftigte im Gesundheitswesen mit einem hohen Qualifikationsniveau (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021), so ergeben sich

jährliche Kosten in Höhe von rund 12 000 Euro je Krankenhaus. Zusätzlich sind **Unterlagen gemäß § 6a Absatz 3 KHEntgG zur Verhandlung des Pflegebudgets zusammenzustellen**. Der hierfür je Krankenhaus vom Statistischen Bundesamt ermittelte Zeitaufwand beträgt 469 Stunden pro Jahr (in OnDEA als Vorgabe mit der ID 2018110913003001 registriert). Bewertet man den Zeitaufwand mit den durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde (ebenfalls Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021), so betragen die Kosten rund 18 000 Euro je Krankenhaus und Jahr. Je Krankenhaus entstehen außerdem Sachkosten in Höhe von 7 500 Euro pro Jahr für die Inanspruchnahme von externen Dienstleistungen. Werden alle Kosten addiert, so beläuft sich der jährliche Erfüllungsaufwand in Verbindung mit der Vereinbarung eines Pflegebudgets auf rund 37 000 Euro für ein Krankenhaus. Diese Kosten fallen durch die gesetzlichen Änderungen für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen fort. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen, so dass keine Aussagen zur Gesamtentlastung gemacht werden können. Auch ist anzunehmen, dass diese entlastenden Effekte zum Teil wieder durch Belastungen infolge der Verhandlung von Vereinbarungen gemäß § 6c KHEntgG kompensiert werden.

Wird bei der Informationspflicht zur Mitteilung der Höhe des Ausgleichsbetrages des Krankenhauses an Vertragsparteien und Landesbehörde, § 6b Absatz 4 KHEntgG, von einer maximalen Anzahl von rund 1 350 betroffenen allgemeinen Krankenhäusern ausgegangen (Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag sind hier nicht betroffen), einem Zeitaufwand von 125 Minuten je Fall (unter der Annahme, dass die Ermittlung der erforderlichen Beträge analog zu jenen für andere Entgelte ein gängiger Arbeitsprozess in einem Krankenhaus ist – 120 Minuten für die Durchführung von Berechnungen sowie 5 Minuten zur Datenübermittlung bei einer Vorgabe mit etwas erhöhter Komplexität, angelehnt an dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands, Zeitwerttabelle Wirtschaft) und durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 37,80 Euro je Stunde (Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle 2021), so ergibt sich eine geschätzte jährliche Belastung in Form von Bürokratiekosten in Höhe von rund 106 300 Euro.

Zu den **Informationspflichten Anzeige des Krankenhauses bei voraussichtlicher Unterschreitung der Vorhalteerlöse, § 6b Absatz 3 KHEntgG, und Antrag des Krankenhauses auf einen Ganzjahresausgleich, § 6b Absatz 3 KHEntgG**, liegen aktuell keine Informationen vor, wie häufig diese Fälle vorkommen werden. Zur Erfüllung der beiden Vorgaben fallen wahrscheinlich folgende Tätigkeiten an: Beschaffung von Daten, Berechnungen durchführen, Formulare ausfüllen und Daten übermitteln. Hierbei ist davon auszugehen, dass die beiden Vorgaben in Verbindung mit der regulären Anwendung des Krankenhausabrechnungssystems eine mittlere Komplexität der Bearbeitung zweimal im Jahr verursachen, so dass jeweils von einem Zeitaufwand je Fall von 60 Minuten auszugehen ist (entsprechend der Ausgangswerte im Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands, Zeitwerttabelle Wirtschaft). Bei durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 37,80 Euro je Stunde (Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle 2021), ergibt sich eine geschätzte Belastung in Höhe von rund 38 Euro je Fall und Vorgabe.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das SGB V (Artikel 1 und 2):

Auf die Informationspflicht infolge eines **Berichts im zweijährigen Turnus über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an das BMG, § 115g Absatz 4 SGB V** (mit jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von rund 40 000 Euro) wurde schon oben detailliert eingegangen.

Den Krankenhäusern entstehen durch die neuen **Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V** Bürokratiekosten aus Informationspflichten. Diese können nicht abschließend quantifiziert werden, da sie wesentlich von der Ausgestaltung der

Leistungsgruppen mit ihren Qualitätskriterien im Rahmen einer gesonderten Rechtsverordnung abhängen. Da der Medizinische Dienst gemäß § 275a Absatz 1 (neu) SGB V im Rahmen seiner Prüfungen soweit möglich auch Erkenntnisse und Prüfunterlagen aus anderen Prüfungen berücksichtigen und Prüfungen aufeinander abgestimmt durchführen soll, ist zudem davon auszugehen, dass zumindest Teile der Informationspflichten im Rahmen der bereits bestehenden und laufenden Prüfungen nach dem bisherigen § 275a SGB V (Qualitätskontrollen) und § 275d SGB V (Strukturprüfungen) enthalten sind und insoweit nicht zusätzlich anfallen. Bürokratiekosten in Form von Informationspflichten für die Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V entstehen im Einzelnen durch die Übermittlung von Prüfunterlagen. Unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je Übermittlung je Krankenhaus ein Mitarbeiter jeweils 4 Stunden benötigt für die Einarbeitung in die Informationspflicht, Beschaffung von Daten, Kopieren und Übermittlung von Unterlagen, entstehen jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund 102 000 Euro für die Krankenhäuser. Diese Bürokratiekosten aus Informationspflichten entstehen schätzungsweise insbesondere im Rahmen der erstmaligen Prüfung (bis 2026) der Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e (neu) SGB V und hängen letztendlich von der Anzahl und Kombination der am Standort jeweils zu prüfenden einzelnen Leistungsgruppen ab. Es ist davon auszugehen, dass die Bürokratiekosten aus Informationspflichten für turnusmäßige Prüfungen geringer ausfallen, da auf bereits vorliegende Unterlagen und Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann und insoweit keine erneuten Übermittlungen von Prüfunterlagen in diesen Fällen erforderlich sind. Ansonsten steht den Krankenhäusern für die Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Bürokratiekosten aus Informationspflichten für die Meldung einer Nichteinhaltung eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen gemäß 275a Absatz 3 (neu) SGB V. Unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je Meldung je Krankenhaus ein Mitarbeiter jeweils 15 Minuten benötigt, entsteht dem einzelnen Krankenhaus dafür Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt 9,45 Euro.

Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es in Deutschland rund 1 350 von der Reform betroffene allgemeine Krankenhäuser gibt (siehe auch Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung für das Jahr 2022. Nicht betroffen sind Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag) und unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 37,80 Euro je Stunde (gemäß Lohnkostentabelle Statistisches Bundesamt 2021). Aufgrund des zweijährigen Turnus der Prüfungen werden pro Jahr 675 Krankenhäuser geprüft (gleich 1 350/2).

Auf die Informationspflicht der **Erstellung und Vorlage eines Evaluierungsberichts zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz** an das BMG und die zuständigen Landesbehörden nach § 426 SGB V mit einmaligen Bürokratiekosten in Höhe von 240 000 Euro wurde bereits oben ausführlich eingegangen.

Verwaltung

Bei einer Reihe von Vorgaben bewirken die gesetzlichen Änderungen wahrscheinlich eine Veränderung des zukünftigen Erfüllungsaufwands auf Bagatellfallniveau (Belastungsänderung unter 100 000 Euro). In Einzelfällen dürfte die Belastungsänderung etwas höher ausfallen. Zur Bewertung der Höhe des Erfüllungsaufwands wird sich hierbei an Erfahrungswerten und vergleichbaren Vorgaben, die bereits im Datenbanksystem des Statistischen Bundesamtes zum Erfüllungsaufwand vorhanden sind, orientiert.

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das SGB V (Artikel 1 und 2), die sich alle auf die Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung beziehen:

- Vereinbarung zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, § 115g Absatz 3 SGB V. Hier einmaliger Erfüllungsaufwand und laufender Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Aktualisierung und die Behemsherstellung für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- Festlegung des Vereinbarungsinhalts zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung, § 115g Absatz 3 SGB V (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115050801, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PfIBG mit einer Belastung von 29 000 Euro, noch unveröffentlicht). Einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Bericht im zweijährigen Turnus über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an das BMG, § 115g Absatz 4 SGB V. Hier Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Den Kranken- und Pflegekassen entsteht dadurch Erfüllungsaufwand, dass sie die hierfür erforderlichen Daten zu übermitteln haben. Zunahme des jährlichen Erfüllungsaufwands (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2019120214203601_31X, Gemeinsamer Bericht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen in Verbindung mit dem MDK-Reformgesetz, § 17c Absatz 7 KHG mit einer geschätzten einmaligen Belastung von 80 000 Euro). Aufgrund des zweijährigen Turnus wird hier von jährlich 40 000 Euro ausgegangen.
- Vereinbarung zur medizinisch-pflegerischen Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 115h Absatz 3. Hier einmaliger Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
- Entscheidung durch die Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung, § 115h Absatz 3 SGB V (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115050801, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PfIBG mit einer Belastung von 29 000 Euro, noch unveröffentlicht). Einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses zur vertragsärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung, § 116a Absatz 1 SGB V. Es fällt die 2-Jahresperiodizität der Überprüfung der Ermächtigung weg, zukünftig erfolgt eine Überprüfung nach Bedarf durch den Zulassungsausschuss. Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands.
- Veröffentlichung der Sondervergütungen im Falle der Kooperation von Vertragsärzten mit sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch das Institut des Bewertungsausschusses, § 121 Absatz 7 SGB V. Da das Institut gemäß § 87 Absatz 3c durch die Krankenkassen finanziert wird, wird es dem Normadressaten Verwaltung zugeordnet. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt und hat keinen (nennenswerten) Einfluss auf dessen Erfüllungsaufwand.
- Ergänzung von Eintragungen im Krankenhaustransparenzregister, § 135d Absatz 3 SGB V. Die Aufbereitung der Daten und Eintragung im Krankenhaustransparenzverzeichnis erfolgt durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Der hierdurch entstehende Mehraufwand dürfte vernachlässigbar sein, die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt.
- Übersetzung der Qualitätskriterien des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen in bundesweit einheitliche Vorgaben und deren Veröffentlichung durch den Medizinischen Dienst Bund, § 135e Absatz 4 SGB V. Vorübergehende Erstellung von

bundesweit einheitlichen Vorgaben unter Berücksichtigung der spezifischen Vorgaben der Länder. Einmaliger Erfüllungsaufwand.

- Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, § 135f SGB V. Durch die Aufgaben in diesem Zusammenhang entsteht dem IQWIG laufender Erfüllungsaufwand. Dieser resultiert aus der Erarbeitung wissenschaftlicher Empfehlungen für die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen nach § 135e SGB V. Der Aufwand dürfte auf Bagatellfallniveau sein.
- Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, § 135f SGB V. Durch die Aufgaben in diesem Zusammenhang entsteht dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus laufender Erfüllungsaufwand. Dieser resultiert aus den vorzunehmenden Auswertungen zu den Auswirkungen der Mindestvorhaltezahlen sowie aus der abzugebenden Empfehlung über die Höhe der Mindestvorhaltezahlen. Der Aufwand dürfte auf Bagatellfallniveau sein.
- Bescheid und Mitteilung zur Vorhaltung der Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch ein Krankenhaus seitens der zuständigen Landesbehörde, § 135f Absatz 4 SGB V. Der laufende Aufwand dürfte auf Bagatellfallniveau sein.
- Durch die Änderungen des Auftrags an den G-BA, Mindestanforderungen festzulegen (§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V), ist mit Aufwandseinsparungen beim Medizinischen Dienst zu rechnen. Die genaue Höhe der Entlastung ist nicht quantifizierbar. Potentiell entstehen Einsparungen durch die Einschränkung bzw. den Wegfall von Kontrollen der Einhaltung der Mindestanforderungen. Es ist jedoch nicht absehbar, welche Mindestanforderungen oder Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V insgesamt zukünftig vom G-BA aufgehoben werden.
- Verpflichtung des G-BA zur regelmäßigen Übermittlung von einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V. Die Vorgabe fällt zukünftig weg. Dies führt aber zu keiner Veränderung des Erfüllungsaufwands. Aktuell entsteht für den G-BA keine Belastung, da der G-BA nicht selbst meldet; die Ergebnisse werden jährlich und zum Download über ein durch das IQTIG betriebenes Webportal zur Verfügung gestellt (siehe hierzu die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2015090914154901_01X).
- Verfahren nach § 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V zur Klärung und gegebenenfalls Korrektur etwaiger Unstimmigkeiten oder Unklarheiten des Prüfgutachtens zwischen den beauftragenden Stellen (Landesbehörden sowie Landesverbände der gesetzlichen Kranken- und Ersatzkassen) und dem Medizinischen Dienst. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Korrekturen in der Regel nur vereinzelt erforderlich sein werden. Zudem ist davon auszugehen, dass auf bereits bestehende IT-Strukturen zum Datenaustausch aufgebaut werden kann. Der hierdurch entstehende Mehraufwand dürfte insoweit vernachlässigbar sein.
- Information des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 4 SGB V über Feststellung, dass ein Krankenhaus eine Nichteinhaltung von Qualitätskriterien nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt hat sowie Rechtsfolge gemäß § 275a Absatz 4 SGB V. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Verstöße von Krankenhäusern in der Regel nur vereinzelt auftreten. Zudem ist davon auszugehen, dass für die Information des Medizinischen Dienstes auf bereits bestehende IT-Strukturen zum Datenaustausch aufgebaut werden kann. Der hierdurch entstehende Mehraufwand dürfte insoweit vernachlässigbar sein.

- Elektronischer Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Diensten sowie anderen Beteiligten über ein digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes, § 275a SGB V i.V.m § 283 Absatz 5 SGB V. Es ist davon auszugehen, dass auf bereits bestehende IT-Strukturen zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten aufgebaut werden kann. Daher dürfte es sich um einmaligen Erfüllungsaufwand für die Medizinischen Dienste und Landesverbände der gesetzlichen Kranken- und Ersatzkassen (sowie der Landesbehörden) auf Bagatellfallniveau handeln, um erforderliche Anpassungsmaßnahmen durchzuführen. Laufend könnte es zu Entlastungseffekten kommen.

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHG (Artikel 3):

- Zuweisung und Aufhebung von Leistungsgruppen per Bescheid durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, § 6a Absätze 1 bis 3 KHG. Es entsteht sowohl geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand bei der erstmaligen Zuweisung zu allen Krankenhäusern sowie auch geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand.
- Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst zur voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien bei einem Krankenhaus, § 6a Absatz 3 KHG. Wie häufig dieser Fall eintritt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Es entsteht wahrscheinlich geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand (Der Medizinische Dienst ist der Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung zugeordnet).
- Jährliche Übermittlung von Daten durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), § 6a Absatz 4 KHG. Es entsteht geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand.
- Unverzögliche Meldung der einem Krankenhaus zugewiesenen und aufgehobenen Leistungsgruppen durch die Landesbehörde an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und die benannte Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V, § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG. Es entsteht sowohl geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand bei der erstmaligen Meldung zu allen Krankenhäusern sowie auch geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand.
- Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, § 6a Absatz 5 Satz 1 KHG. Es entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand. Der durch die Zuweisung entstehende Erfüllungsaufwand ist als einmalig und nicht als jährlich zu werten.
- Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Krankenhausgesellschaft, § 6a Absatz 5 Satz 2 KHG. Für die Bestimmung des Näheren zu den Aufgaben nach Satz 1, beispielsweise einer bundeseinheitlichen Definition der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand auf Seiten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung).
- Jährliche Übermittlung der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an das InEK durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, § 6a Absatz 5 Satz 6 KHG. Es entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand für die jährliche Datenübermittlung an das InEK.
- Bestimmung von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung per Bescheid durch die für die Krankenhausplanung zuständige

Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, § 6b Absatz 1 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger und ggf. auch jährlicher Erfüllungsaufwand, der nicht genauer beziffert werden kann, da derzeit keine belastbaren Daten zur Anzahl der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorliegen.

- Unverzögliche Übermittlung der Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und diesbezüglichen Änderungen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), § 6b Absatz 2 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger und ggf. auch jährlicher Erfüllungsaufwand, der nicht genauer beziffert werden kann, da derzeit keine belastbaren Daten zur Anzahl der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorliegen.
- Antrag auf eine Förderung aus dem Transformationsfonds, § 12b KHG. Es wird davon ausgegangen, dass den antragstellenden Ländern ein ähnlich geringer Erfüllungsaufwand entsteht wie bei der bisherigen Antragstellung auf eine Förderung aus dem Strukturfonds (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2015090914163601 "Antrag auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds", § 12 Absatz 2 KHG).
- Auswertung der Wirkung der Förderung nach § 14 KHG. Es entsteht geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand, der sich an der bereits bestehenden Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen orientiert (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2018121114525501 "Auswertung zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen", § 14 KHG).
- Fallpauschalenvereinbarung, § 17b Absatz 4b KHG. Die Änderungen aufgrund der Einführung einer Vorhaltevergütung sind bei der Fallpauschalenvereinbarung durch die Vertragsparteien zu berücksichtigen. Für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung) entsteht jährlich geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung.
- Stellungnahme von Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung), § 17b Absatz 4c KHG. Die Vertragsparteien haben vor der Erstellung der Berichte durch das InEK Stellung zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung gegenüber dem InEK zu nehmen. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand.
- Vereinbarung zur Finanzierung, § 17b Absatz 5 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung).
- Konzept für eine Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst Bund, § 17c Absatz 1a Satz 2 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung).
- Vereinbarung einer Stichprobenprüfung, § 17c Absatz 1a Satz 3 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung).
- Statistik der Krankenhausabrechnungsprüfungen, § 17c Absatz 6 KHG. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird durch die Entbindung von der

Verpflichtung, nach § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 KHG im Rahmen seiner Jahresstatistik Erhebungen zur Strukturprüfung vorzusehen, von laufendem Erfüllungsaufwand entlastet. Diese Entlastung dürfte, da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen derzeit in der Veröffentlichung der jährlichen Statistik auf die Berichte des Medizinischen Dienstes Bund verweist, lediglich geringfügig ausfallen. Die gesetzliche Krankenversicherung wird ebenfalls durch die Entbindung von ihrer Verpflichtung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen künftig Daten zur Strukturprüfung zu übermitteln, von laufendem Erfüllungsaufwand entlastet. Dies betrifft den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der ausweislich der Festlegung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik gemäß § 17c Absatz 6 KHG derzeit Informationen über Bescheinigungen gemäß § 275d Absatz 2 SGB V routinemäßig an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen getrennt nach Standorten und Komplexkodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS-Komplexkodes) übermittelt. Die Entlastung dürfte ebenfalls gleichwohl nur geringfügig sein (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierten Vorgaben unter der ID 2019120214203501, Statistik der Krankenhausabrechnungsprüfungen, § 17c Absatz 6 KHG, mit einer Belastung von 13 952 Euro, sowie 2019120214203502, Statistik der Krankenhausabrechnungsprüfungen - Aufbereitung und Übermittlung, § 17c Absatz 6 KHG, mit 257 576 Euro).

- Entgeltsysteme im Krankenhaus: DRG-Statistik und PEPP-Statistik (Bundesstatistik), § 28 Absatz 4 KHG. Das Statistische Bundesamt führt jährlich eine Auswertung als Bundesstatistik zu Entgeltsystemen im Krankenhaus (EVAS 23141) durch. Die auszuwertenden Merkmale werden erweitert. Der zuständige Fachbereich im Statistischen Bundesamt geht von einem sehr geringen einmaligen Arbeitsaufwand von 3-4 Stunden aus, der in der Gesamtsumme nicht ins Gewicht fällt.
- Definition chirurgischer Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Übermittlung einer Aufstellung mit ICD- und OPS-Kodes für diese onkochirurgischen Leistungen an das InEK sowie jährliche Aktualisierung, § 40 Absatz 1 Satz 1 und Satz 5 KHG. Es entsteht einmalig ein höherer Aufwand für die erstmalige Erstellung der Aufstellung und jährlich geringfügiger Aufwand für die Anpassung.

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHEntgG (Artikel 4):

- Veröffentlichung des ermittelten Prozentsatzes durch das InEK in Verbindung mit den finanziellen Mitteln zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter ab 28 Tagen bis 16 Jahren, § 5 Absatz 3k KHEntgG. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt und hat keinen (nennenswerten) Einfluss auf dessen Erfüllungsaufwand. Das InEK ist seitens des Statistischen Bundesamtes der Verwaltungsebene Bund zugeordnet.
- Mitteilung des InEK über das Gesamtvorhaldebudget an das Krankenhaus, § 6 b Absatz 1 KHEntgG. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt und hat keinen (nennenswerten) Einfluss auf dessen Erfüllungsaufwand.
- Verarbeitung der Daten und Evaluation durch das InEK, § 21 KHEntgG. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt und hat keinen (nennenswerten) Einfluss auf dessen Erfüllungsaufwand.
- Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu Einzelheiten für die Verhandlungen zum Gesamtvolumen und für die krankenhausespezifische Ermittlung

der Tagesentgelte gemäß § 6c Absatz 1 und 2 KHEntgG für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG. Hierbei entsteht einmaliger und laufender Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- Neuvereinbarung des Veränderungswerts unter Berücksichtigung des vollen Orientierungswerts für das Jahr 2025 durch die Vertragsparteien auf Bundesebene, § 9 Absatz 1b KHEntgG, § 9 Absatz 1 Nummer 5 BPfIV. Hierbei entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
- Vereinbarung des Landesbasisfallwerts in Folge von Tariflohnsteigerungen auf Landesebene, § 10 Absatz 5 KHEntgG. Da es sich hierbei um Ausnahmefälle bei Tariflohnsteigerungen handelt und das nicht jedes Jahr der Fall sein wird, wird eine Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich angenommen. Ein einmaliger Erfüllungsaufwand im Bagatellbereich wird auch angenommen für die einmalige Neuvereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, § 10 Absatz 10 KHEntgG.
- Entscheidung der Schiedsstelle, § 10 Absatz 5 KHEntgG (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts - OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2016020115050801, Entscheidung durch die Schiedsstelle, § 30 Absatz 2 PflBG mit einer Belastung von 29 000 Euro, noch unveröffentlicht). Da zu den Mitgliedern der Schiedsstelle auch Vertreterinnen/Vertreter die gesetzlichen Krankenkassen gehören, ist sie hier der Verwaltungsebene Sozialversicherung/Selbstverwaltung zugeordnet. Die Schiedsstelle wird im Ausnahmefall tätig, so dass der Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich als einmalig angesetzt wird.
- Neuvereinbarung des Budgets bei Krankenhäusern und der Erlössumme bei Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2025, §§ 11 Absatz 3 KHEntgG und BPfIV sowie § 6 Absatz 3 KHEntgG. In den Fällen, in denen bereits vor der Neuvereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025 ein Budget oder eine Erlössumme vereinbart wurde, ist eine Neuvereinbarung erforderlich. Da dabei nur die Anpassung an den neu vereinbarten Landesbasisfallwert zu vereinbaren ist, ist von einem niedrigen einmaligen Erfüllungsaufwand im unteren Bagatellbereich auszugehen.

Nachfolgend werden einzelne gesetzliche Änderungen des Entwurfs aufgegriffen, durch die eine größere Veränderung beim Erfüllungsaufwand zu erwarten ist oder bei denen aus anderen Gründen eine Erläuterung sinnvoll ist.

Hierzu gehören die Vorgaben mit Bezug auf das SGB V (Artikel 1 und 2):

Durch die **Vorgabe auf der Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung zur Vereinbarung des Versorgungsumfangs der medizinisch-pflegerischen Versorgung seitens der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und dem Landesverband der Krankenkassen und der Ersatzkassen, § 115h Absatz 4 SGB V**, entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen. Zur Einschätzung des Zeitaufwandes wird sich als Hilfsgröße auf die Verwaltungsvorgabe zur zusätzlichen Vereinbarung eines Pflegebudgets der Kostenträger auf Ortsebene bezogen (mit 400 Stunden Zeitaufwand je Krankenhaus, mit dem verhandelt wird, siehe die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2018121114520701). Aufgrund der von den einzelnen Einrichtungen losgelösten Verhandlungen zur Vergütungssystematik und zur Spezifizierung des Versorgungsumfangs dürfte

sich der Zeitaufwand hier auf circa 10 bis 15 Prozent des Aufwandes zu Vereinbarung eines Pflegebudgets belaufen, also rund 40 bis 60 Stunden je sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung, mit der eine Vereinbarung getroffen wird. Bewertet man diesen Zeitaufwand mit den Lohnkosten von 66,20 Euro je Stunde für Beschäftigte auf der Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung mit einem hohen Qualifikationsniveau (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Verwaltung 2021), so ergeben sich einmalige Kosten in Höhe von rund 3 300 Euro pro Einrichtung für die Kranken- und Ersatzkassen (50 Stunden x 66,20 Euro).

Die Ausgestaltung der Arbeit des vom Bundesministerium für Gesundheit einzurichtenden Ausschusses zur Weiterentwicklung der Qualitätskriterien zu den Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, § 135e Absatz 3 SGB V, wird durch die zu erlassende Rechtsverordnung gemäß Absatz 2 spezifiziert. Der damit verbundene Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wird daher im Rahmen der Rechtsverordnung geschätzt. Die Aufgaben der vom Bundesministerium für Gesundheit einzurichtenden **Geschäftsstelle zur Koordinierung und Begleitung der Arbeit des Ausschusses zur Weiterentwicklung der Qualitätskriterien, § 135e Absatz 3 SGB V**, werden nach derzeitigem Stand von zwei Beschäftigten des höheren Dienstes (mit Lohnkosten in Höhe von jeweils 112 800 Euro pro Jahr, Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Verwaltung 2021) und einem Beschäftigten des gehobenen Dienstes (74 400 Euro pro Jahr) wahrgenommen. Insgesamt beläuft sich der laufende Erfüllungsaufwand der Geschäftsstelle auf geschätzt 300 000 Euro pro Jahr.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit den vom Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden **Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung nach § 135f SGB V** werden nach derzeitigem Stand schätzungsweise von zwei Beschäftigten des höheren Dienstes wahrgenommen (mit Lohnkosten in Höhe von jeweils 112 800 Euro pro Jahr, Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Verwaltung 2021). Der laufende Erfüllungsaufwand beläuft sich insoweit geschätzt auf 225 600 Euro pro Jahr.

Den Medizinischen Diensten, die methodisch der Verwaltungsebene Sozialversicherung zugeordnet werden, entsteht laufender Erfüllungsaufwand durch die neuen **Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Nummer 1 SGB V**. Unter der Annahme, dass entsprechend der gesetzgeberischen Vorgabe die Prüfungen aufwandsarm und in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen, ist mit einem Erfüllungsaufwand von höchstens einem Personentag (PT) im höheren Dienst je Prüfung zu rechnen. Damit ergibt sich für die Medizinische Dienste bei rund 1 350 von der Reform betroffenen allgemeinen Krankenhäusern (siehe auch Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung für das Jahr 2022; nicht betroffen sind Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag) und einer alle zwei Jahre stattfindenden Prüfung ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 358 000 Euro (Anzahl Krankenhäuser/2 x 8 Stunden x 66,20 Euro Lohnkosten je Stunde; gemäß Lohnkostentabelle Statistisches Bundesamt 2021 für die Verwaltung, hier Verwaltungsebene Sozialversicherung).

Dem Medizinischen Dienst Bund entsteht Erfüllungsaufwand für **Ergänzung seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V sowie für die Umsetzung und den Betrieb der Datenbank nach § 283 Absatz 5 (neu) SGB V**. Für die Ergänzung der Richtlinie werden in Anlehnung an die Berechnungen zum MDK-Reformgesetz unter der Annahme, dass der Aufwand etwa ein Drittel des ursprünglichen Erstellungsaufwandes beträgt, 5 PT des höheren Dienstes auf der Verwaltungsebene Sozialversicherung angesetzt. Es ergibt sich ein Betrag von etwa 2 650 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand. Für die Umsetzung und die Inbetriebnahme der Datenbank nach § 283 Absatz 5 (neu) SGB V beträgt der einmalige Erfüllungsaufwand für das Erstellen der Datenbank etwa 10 PT und somit 5 300 Euro. Der laufende jährliche Erfüllungsaufwand für die Pflege und den Betrieb der Datenbank dürfte im Hinblick auf den hohen Automatisierungsgrad eher gering sein und 10 PT nicht überschreiten; es werden auch hier 5 300 Euro pro Jahr angenommen.

Dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entsteht Erfüllungsaufwand für die Prüfung und Stellungnahme der ergänzten Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V. Auch hierfür wird ein Drittel des ursprünglichen Prüfungsaufwandes angenommen, sodass im Rahmen der Ergänzung der Richtlinie mit einmaligem sowie je Anpassung der Richtlinie mit fortlaufendem Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils etwa 2 PT (1 000 Euro: Lohnkosten 2/3 höherer Dienst = 750 Euro, 1/3 gehobener Dienst = 250 Euro, Verwaltungsebene Bund mit Lohnkosten je Stunde in Höhe von 70,50 Euro höherer Dienst und 46,50 Euro gehobener Dienst) zu rechnen ist.

Auch für die Genehmigung der überarbeiteten Richtlinie durch das BMG als Aufsichtsbehörde gilt diese Annahme, mit dem Ergebnis, dass mit einem Erfüllungsaufwand von jeweils etwa 3 PT (1 500 Euro: Lohnkosten 2/3 höherer Dienst = 1 130 Euro, 1/3 gehobener Dienst = 370 Euro, Verwaltungsebene Bund zu rechnen ist.

Insgesamt ist somit der Erfüllungsaufwand für die Ergänzung der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V sowie die Umsetzung und die Inbetriebnahme der Datenbank nach § 283 Absatz 5 (neu) SGB V als eher gering einzuschätzen.

Für die **Vorgabe auf der Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung zur Durchführung von Prüfungen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst, § 275a SGB V**, wird sich näherungsweise auf Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bezogen (Bericht über die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätskontrollen. Bericht des Medizinischen Dienstes Bund gemäß § 16 Teil A der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V mit Stand 17.6.2022²). Rund 300 Kontrollen – deren Anzahl von der Covid-19-Pandemie nach unten beeinflusst wurde – sind vor Ort in den Krankenhäusern durch die Medizinischen Dienste durchgeführt worden (Es ist davon auszugehen, dass sich die jährliche Gesamtzahl der Prüfungen nach der Covid-19-Pandemie erhöht hat). Mit den Prüfungen in Zusammenhang stehende Unterlagen sind häufig bereits sowieso im Vorfeld der Prüfungen vor Ort von den Krankenhäusern an den Medizinischen Dienst versendet worden (siehe Bericht des Medizinischen Dienst Bund, S. 14 f.), so dass das schriftliche Verfahren als solches keine (nennenswerten) zusätzlichen Kosten für die Medizinische Dienste zukünftig verursacht. Für die in der Regel zukünftig wegfallende Prüfung vor Ort wird ein Zeitaufwand von einem Arbeitstag angesetzt unter der Annahme, dass seitens des Medizinischen Dienstes zwei Prüferinnen oder Prüfer mit hohem Qualifikationsniveau (mit Lohnkosten von 66,20 Euro je Stunde für Beschäftigte auf der Verwaltungsebene Selbstverwaltung/Sozialversicherung gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Verwaltung 2021) beteiligt sind. Für eine Prüfung vor Ort belaufen sich somit die Lohnkosten für den Medizinischen Dienst auf rund 1 060 Euro. Bei 300 Prüfungen vor Ort belaufen sich die Kosten für die Medizinische Dienste somit auf geschätzt rund 318 000 Euro jährlich, die zukünftig infolge des schriftlichen Verfahrens wegfallen könnten. Zudem fallen Wegekosten weg.

Den Medizinischen Diensten sowie dem Medizinischen Dienst Bund entsteht Erfüllungsaufwand durch die **Berichtspflichten nach § 278 Absatz 4 Satz 2 und 4 SGB V sowie nach § 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V**. Es handelt sich jeweils um einen nicht quantifizierbaren geringen laufenden Erfüllungsaufwand, da bereits ein umfangreiches Berichtswesen etabliert ist, welches in hohem Maße auf bereits erfasste Daten zurückgreift und lediglich geringfügig ergänzt und angepasst werden muss.

Erfüllungsaufwand entsteht durch die neue Vorgabe der **Erstellung und Vorlage eines Evaluierungsberichts zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz an das BMG und die zuständigen Landesbehörden nach § 426 SGB V**. Hier entsteht Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, um den Bericht zu erstellen.

² Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Internetseite https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5688/2022-10-20_MD-QK-RL_Bericht-QK-2021.pdf, abgerufen am 8.11.2023.

Den gesetzlichen Krankenkassen und Medizinischen Diensten entsteht dadurch Erfüllungsaufwand, dass sie die hierfür erforderlichen Daten in anonymisierter Form zu übermitteln haben (siehe zum Vergleich die in OnDEA registrierte Vorgabe unter der ID 2019120214203601_31X, Gemeinsamer Bericht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft über die Auswirkungen der neuen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen in Verbindung mit dem MDK-Reformgesetz, § 17c Absatz 7 KHG mit einer geschätzten einmaligen Belastung von 80 000 Euro). Da der Bericht lediglich für drei Zeitpunkte zu erstellen ist (31. Dezember 2029, 31. Dezember 2034 und 31. Dezember 2039), wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand in Höhe von 240 000 Euro (3 x 80 000) ausgegangen.

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHG (Artikel 3):

Der Krankenhausstrukturfonds nach den §§ 12 und 12a KHG wird um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert und ab dem Jahr 2026 für eine Laufzeit von 10 Jahren als **Transformationsfonds nach § 12b KHG** neu aufgesetzt. Die Vorschrift orientiert sich an den gesetzlichen Grundlagen des Krankenhausstrukturfonds. Da sich keine wesentlichen Unterschiede ergeben, wird davon ausgegangen, dass ein ähnlicher Erfüllungsaufwand beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entsteht wie bisher für den Strukturfonds. Bei einem Zeitaufwand von insgesamt 3 208 Stunden (davon 2 320 im gehobenen und 888 im höheren Dienst) wird mit einem entsprechend gewichteten Lohnsatz von rund 53 Euro auf Bundesebene und Sachkosten in Höhe von 100 000 Euro ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 270 000 Euro beim BAS entstehen (siehe zum Vergleich die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA registrierte Vorgaben unter der ID 2015090914163401 „Errichtung eines Strukturfonds“, § 12 KHG).

Gemäß § 17c Absatz 1 KHG ist bei Krankenhausbehandlungen eine **Prüfung der Rechnung des Krankenhauses** vorgesehen. Derzeit werden 1 335 492 Einzelfallprüfungen jährlich durch die Medizinischen Dienste durchgeführt (Statistik des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, 2022). Laut Angaben des Bundesrechnungshofes ist beim Medizinischen Dienst durchschnittlich eine halbe Stunde pro Prüfung notwendig (Bundesrechnungshof, Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2019). Durch den neuen Absatz 1a soll die bisherige Einzelfallprüfung mit Prüfquotensystem **durch eine Stichprobenprüfung** abgelöst werden. Eine möglicherweise daraus resultierende Änderung des Erfüllungsaufwands lässt sich nicht abschätzen, da der Umfang der Stichprobe sowie die konkrete Ausgestaltung des Prüfverfahrens erst durch den Medizinischen Dienst Bund in einem Konzept nach § 17c Absatz 1a Satz 3 KHG festzulegen sind und auf dessen Basis der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Stichprobenprüfung zu vereinbaren haben.

Dem InEK entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise insgesamt rund 3 MAK für die **Schaffung von neuen Regelungen zur Datenübermittlung und zu Verfahren (§ 6a Absatz 4 Satz 2 KHG und § 6a Absatz 5 Satz 7 KHG)**, für die **Anpassung des Konzepts einer repräsentativen Kalkulation (§ 17b Absatz 3 KHG)** sowie für **zwei Berichte an das BMG zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung (§ 17b Absatz 4c KHG)**. Außerdem entsteht einmaliger Aufwand für Aufgaben im Zusammenhang mit dem neuen § 37 KHG für die Erstellung und Online-Veröffentlichung eines Konzepts zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens (§ 37 Absatz 1 Satz 5 KHG) und bei der Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung (§ 37 Absatz 2 Satz 9 KHG). Daneben entsteht auch im Rahmen des neuen § 39 KHG Aufwand für die erstmalige Zuordnung von Leistungsgruppen zu förderfähigen Bereichen. Im Zusammenhang mit der Maßnahme zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG entsteht dem InEK einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser entsteht dem InEK für die Definition der Indikationsbereiche für alle

onkochirurgischen Leistungen (§ 40 Absatz 1 Satz 3 KHG) und die Erarbeitung von Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Krankenhausfällen zu den onkochirurgischen Indikationsbereichen (§ 40 Absatz 2 Satz 3 KHG). Einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht dem InEK auch für die Auswertung der Krankenhausstandorte, die onkochirurgische Leistungen im Jahr 2023 erbracht haben (§ 40 Absatz 2 Satz 1 KHG), für die Veröffentlichung einer Liste von Krankenhausstandorten nach § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG sowie für die Übermittlung dieser Liste an das IQTiG und an die nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V benannte Stelle (§ 40 Absatz 2 Satz 4 KHG). Zudem hat das InEK einmalig eine Analyse zu den Auswirkungen der Maßnahme zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen sowie eine Empfehlung zur Weiterentwicklung zu erstellen und zu veröffentlichen (§ 40 Absatz 3 Satz 1 und 2 KHG).

Der jährliche Erfüllungsaufwand für das InEK beträgt schätzungsweise insgesamt rund 5 MAK. Darin enthalten sind Aufgaben aufgrund der neu einzuführenden Vorhaltevergütung (jährliche Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen (§ 17b Absatz 4b KHG) und Ausweisung der Vorhaltevergütung im Entgeltkatalog (§ 17b Absatz 4b KHG) sowie Arbeiten im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung (neuer § 37 KHG) und der Ermittlung von Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken sowie deren Online-Veröffentlichung (neuer § 38 KHG)). Im Rahmen des neuen § 39 KHG entsteht außerdem Aufwand für die Aufteilung der standortindividuellen Förderbeträge sowie für die Berechnung der erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen. In Bezug auf die Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen gemäß § 40 KHG entsteht dem InEK jährlicher Aufwand für die Überführung der Aufstellung des BfArM in eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen differenzierte Liste, deren Veröffentlichung und jährliche Aktualisierung (§ 40 Absatz 1 Satz 3 und 4 KHG).

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHEntgG (Artikel 4):

Der Wegfall der Vereinbarungen zum Fixkostendegressionsabschlag bei der **Vorgabe auf der Verwaltungsebene Sozialversicherung/Selbstverwaltung zur Einführung eines Vorhaltebudgets**, § 4 Absatz 2a KHEntgG, führt zu einer Entlastung, die allerdings nur schwer abzuschätzen ist, da Vereinbarungen auf Ortsebene auch weiterhin stattfinden werden. Zur Abschätzung der Entlastung wird auf die in der Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamts – OnDEA (unter der ID 2018121114520802_31X) registrierte Vorgabe zur Vereinheitlichung der Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag), § 4 Absatz 2a KHEntgG, verwiesen, bei der eine jährliche Entlastung von rund 860 000 Euro durch das Statistische Bundesamt infolge des Wegfalls von Verhandlungen bestätigt wurde.

Für Krankenhäuser, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V bestimmt werden und somit der neuen Vergütungssystematik nach § 6c KHEntgG unterliegen, ist die Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG nicht mehr vorgesehen, da ihre Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten finanziert werden sollen. Die Vorgabe auf der **Verwaltungsebene Sozialversicherung/Selbstverwaltung zur Vereinbarung eines Pflegebudgets der Kostenträger auf Ortsebene nach § 6a KHEntgG** (in OnDEA als Vorgabe unter der ID 2018121114520701 registriert) verursacht gemäß den Messergebnissen des Statistischen Bundesamtes für die beteiligten gesetzlichen Krankenkassen einen jährlichen Zeitaufwand von 400 Stunden je Krankenhaus. Bewertet man den Zeitaufwand mit den Lohnkosten von 66,20 Euro je Stunde für Beschäftigte mit einem hohen Qualifikationsniveau der Verwaltungsebene Sozialversicherung (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Verwaltung 2021), so beträgt der Erfüllungsaufwand für die gesetzlichen Krankenkassen rund 26 500 Euro je Krankenhaus zur Vereinbarung eines Pflegebudgets. Diese Kosten fallen durch die gesetzlichen Änderungen mit Bezug auf die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen fort. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht

abschätzen, so dass keine Aussagen zur Gesamtentlastung getroffen werden können. Auch ist anzunehmen, dass diese entlastenden Effekte zum Teil wieder durch Belastungen infolge der Verhandlung von Vereinbarungen gemäß § 6c KHEntgG kompensiert werden.

5. Weitere Kosten

Private Krankenversicherung

Die Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen bewirkt ab dem Jahr 2024 einen dauerhaften und basiswirksamen Haushaltsaufwand. Der Privaten Krankenversicherung entstehen hierdurch für Tarifsteigerungen des Jahres 2024 im Jahr 2024 Mehrausgaben in Höhe von 39 Millionen Euro.

Zusätzlich ergeben sich ab dem Jahr 2025 für in der Höhe noch nicht absehbare Tarifsteigerungen jeweils jährliche, jedoch nicht quantifizierbare Mehraufwendungen, deren Höhe in Abhängigkeit der Tarifabschlüsse variieren wird.

Ab dem Jahr 2025 erfolgt die Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser. Hieraus resultiert eine Erhöhung der Obergrenze für den jährlichen Anstieg des Landesbasisfallwerts sowie des Gesamtbetrags für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und die Erlössumme für besondere Einrichtungen. Da die Personalkostensteigerungen der Krankenhäuser bereits ab dem Jahr 2024 im Rahmen der umfassenden Tarifierfinanzierung vollständig refinanziert werden, ist dies bei der Ermittlung der Obergrenze zu berücksichtigen, weil ansonsten eine Doppelfinanzierung erfolgen würde.

Durch die Erhöhung der bislang geltenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser entstehen der Privaten Krankenversicherung ab 2025 jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 1,3 Millionen Euro.

Durch die Weiterführung der Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der geburtshilflichen Versorgung entstehen der Privaten Krankenversicherung in den Jahren 2025 und 2026 Mehrausgaben in Höhe von jeweils 31,5 Millionen Euro.

Zusätzlich entstehen der Privaten Krankenversicherung durch die unbefristete Einführung der Förderbeträge nach § 39 KHG Mehrausgaben in Höhe von jährlich 41,25 Millionen Euro.

Die Einführung der gesonderten unbefristeten Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bewirkt bei der Privaten Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben von 15 Millionen Euro.

Darüber hinaus werden die Zuschläge für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dauerhaft erhöht. Dies entspricht jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 2,475 Millionen Euro, die der Privaten Krankenversicherung entstehen.

Der Wegfall der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag wird bei der Privaten Krankenversicherung Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe bewirken.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, stärker koordinierten und spezialisierten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen.

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

Das Vorhaben leistet einen Beitrag zur Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Durch das Vorhaben wird die medizinische Versorgung der Menschen weiter verbessert und sichergestellt, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und erreichbare medizinische Versorgung gewährleistet ist. Auch struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen kommt das Gesetzesvorhaben zugute, da die Voraussetzungen für den Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung verbessert werden sollen und die Maßnahmen darauf ausgerichtet sind, den Folgen des Mangels an medizinischen und pflegerischen Fachkräften zu begegnen.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituation von Frauen und Männern sind keine Auswirkungen erkennbar, die gleichstellungspolitischen Zielen gemäß § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien zuwiderlaufen.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht.

Die Regelungen der Krankenhausreform werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation:

In § 426 SGB V ist eine Evaluation der Wirkungen des Gesetzes vorgesehen. Die Festlegung der Leistungsgruppen, die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst, die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern sowie die Auswirkungen der in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen sollen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in drei Berichten evaluiert werden. Soweit möglich, soll der Evaluationsbericht auch Ausführungen zu den übergeordneten Zielen des Gesetzentwurfes (Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung) enthalten.

Die mit der Evaluation beauftragten Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten die für die Durchführung der Evaluation erforderliche Datengrundlage von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form. Bereits durch andere Vorschriften geregelte Berichte können hier einfließen, so dass kein weiterer Bürokratieaufwand entsteht. Sofern erforderlich, können sie kraft ihrer Gesellschafterstellung auch Auswertungen durch das InEK veranlassen.

Zudem werden die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, analysiert (§ 17b Absatz 4c KHG). Das InEK wird mit der Analyse beauftragt und hat seine Ergebnisse in zwei Berichten dem BMG vorzulegen sowie zu veröffentlichen (31. Dezember 2029, 31. Dezember 2031).

Der GKV-Spitzenverband, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben im Benehmen mit

dem Verband der Privaten Krankenversicherung außerdem regelmäßig einen Evaluationsbericht nach § 115g Absatz 4 SGB V zu erstellen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 39e)

Bislang sieht § 39e vor, dass für den Fall, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können, die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus erbringt, in dem die Behandlung erfolgt ist.

Die Ergänzung ermöglicht, dass Leistungen der Übergangspflege bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 nunmehr ebenso in einem anderen Krankenhaus erbracht werden können, sofern es sich um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung handelt. Der Anspruch ist weiterhin nachrangig zu den eingangs genannten Leistungen. Die erforderliche Krankenbeförderungsleistung in die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, die die Leistungen der Übergangspflege übernimmt, ist durch das behandelnde Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 zu verordnen.

Die Weiterentwicklung trägt dazu bei, dass in besonders spezialisierten Krankenhäusern mehr Kapazitäten für die akut-stationäre Versorgung vorhanden sind und gleichzeitig die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Leistungen der Übergangspflege sichergestellt ist.

Die Übergangspflege zielt darauf ab, die in Aussicht genommene ambulante oder stationäre Versorgung vorzubereiten, zu unterstützen und zu fördern. Mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden zukünftig Leistungserbringer zur Verfügung stehen, die sich durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen auszeichnen und aufgrund ihrer Ausrichtung gut für die Aufgaben der Übergangspflege geeignet sind.

Zu Nummer 2 (§ 73)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

In § 115h Absatz 2 Satz 2 wird geregelt, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnet wird. Durch die Ergänzung in § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 15 wird diese Verordnung als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung verankert.

Zu Nummer 3 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Nummer 2 in § 109 Absatz 3 Satz 1 wird neu gefasst, da die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 aufgehoben werden. Die neue Nummer 2 normiert nunmehr eine neue weitere Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags. Ein Versorgungsvertrag darf danach auch dann nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus die nach § 135e geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt,

soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Durch diese Ergänzung sollen die für Plankrankenhäuser vorgesehenen Regelungen auch auf Vertragskrankenhäuser erstreckt werden. Leistungsgruppen dürfen somit auch in Versorgungsverträgen vereinbart werden, wenn die jeweils geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 1 Satz 5 bis 9 sowie Absatz 2 Satz 1 bis 5 KHG werden die für die anderen zur GKV-Versorgung zugelassenen Krankenhäuser geltenden Regelungen zum Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien und zur Abweichung von den geltenden Qualitätskriterien für entsprechend anwendbar erklärt. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 1 Satz 9 KHG wird klargestellt, dass die besonderen Aufträge der Bundeswehrkrankenhäuser und der Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung (BG Kliniken) auch bei der Vereinbarung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden sollen.

Aufgrund der Bezugnahme in § 110 Absatz 1 Satz 2 auf § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 gilt darüber hinaus nunmehr, dass der Versorgungsvertrag grundsätzlich zu kündigen ist, wenn die für die vereinbarten Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt werden oder wenn der Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des MD, dessen Geltungsdauer noch nicht überschritten ist, oder durch die Selbsteinschätzung des Krankenhauses nicht erbracht ist. Damit sollen die mit dem Gesetz geschaffenen Regelungen auch auf Vertragskrankenhäuser erstreckt werden.

Zu Buchstabe b

Durch die Einfügung eines neuen Satzes 3 wird geregelt, dass die vereinbarten Leistungsgruppen mit der Genehmigung des Versorgungsvertrags als zugewiesen im Sinne von § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG gelten. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass die Rechtsfolgen einer behördlichen Zuweisung von Leistungsgruppen auch für in einem Versorgungsvertrag vereinbarte Leistungsgruppen gelten. Dies betrifft insbesondere die vergütungsrechtlichen Folgen der Leistungsgruppenzuweisung: Auf Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen wird die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses nach § 37 Absatz 1 KHG ermittelt. Für jede zugewiesene Leistungsgruppe erhält das Krankenhaus nach § 6b KHEntgG ein Vorhaltebudget. Nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG dürfen zudem keine Entgelte für Leistungen berechnet werden, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Darüber hinaus gilt für vereinbarte Leistungsgruppen auch die in § 6a Absatz 4 KHG geregelte Pflicht zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde.

Zu Nummer 4 (§ 110)

Die mit dieser Änderung geregelte entsprechende Anwendbarkeit des § 6a Absatz 3 Satz 2 bis 5 KHG dient der Gleichstellung der Vertragskrankenhäuser und der übrigen zugelassenen Krankenhäuser. Durch die Änderung gilt für Vertragskrankenhäuser insbesondere die in § 6a Absatz 3 Satz 2 KHG geregelte Möglichkeit, von der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung im Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung der Qualitätskriterien vorübergehend abzusehen, entsprechend für die Kündigung eines Versorgungsvertrags durch die Kassenseite. Unter dieser Voraussetzung kann daher auch die Kassenseite von einer Kündigung des Versorgungsvertrags absehen. Gleiches gilt auf Grund der entsprechenden Anwendung des § 6a Absatz 3 Satz 5 KHG für die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Zuweisung einer Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 2 KHG erfüllen.

Zu Nummer 5 (§§ 115g, 115h)

Zu § 115g

Die Einführung des § 115g kommt dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach und stellt einen wichtigen Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Gesundheits- und

Pflegepolitik dar. Wie in dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vorgesehen, verbinden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen und sind als Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu verstehen. Es können sich auch bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entwickeln. Bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen handelt es sich um Krankenhäuser, die im Sinne des § 135d Absatz 4 Satz 4 zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis der Versorgungsstufe Level 1i zugeordnet werden.

Zur Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung tragen auch gute Digitalausstattungen der Krankenhäuser und eine stärkere Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten wesentlich bei. Eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern, wie sie als Ziel in der Zweckbestimmung des § 1 Absatz 1 KHG formuliert wird, gewinnt angesichts der mit der Krankenhausreform verbundenen Umstrukturierung der Krankenhäuser an Bedeutung. Die vorgesehene Zuordnung von Leistungsgruppen wird einerseits zu einer stärkeren Spezialisierung führen. Andererseits werden gerade in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bisher vorgehaltene Fachbereiche zum Teil abgebaut werden und es wird eine stärkere Orientierung zum ambulanten und pflegerischen Bereich stattfinden. Die Nutzung der Telemedizin bietet dennoch die Möglichkeit, in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmte Leistungen anderer Leistungsgruppen zu erbringen, wenn diese in Kooperation mit anderen Krankenhäusern mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgen. Solche telemedizinischen Kooperationen ermöglichen den nötigen fachlich-medizinischen Austausch, z. B. zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, und tragen dazu bei, Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden. Dies gilt für die stationären, ambulanten und pflegerischen Bereiche gleichermaßen. Hierfür bedarf es einer Investition in notwendige technische Ausstattung, so dass Telekonsilien, telemedizinische Fallbesprechungen und auch Videobehandlungen im erforderlichen Maße durchgeführt werden und eine adäquate medizinische Versorgung unterstützen können.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird durch den Verweis auf § 6b Absatz 1 KHG klargestellt, dass es sich bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch nach Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung weiterhin um Krankenhäuser handelt. Diese Einrichtungen müssen daher die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 erfüllen. Neben den stationären Leistungen, die sie auf Grund entsprechender Versorgungsaufträge des Landes im Rahmen der Vorgaben des Absatzes 3 erbringen, können sie die in Absatz 2 aufgeführten sektorenübergreifenden Leistungen erbringen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die sektorenübergreifenden Leistungen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Die Aufzählung in Satz 1 ist nicht abschließend, so dass perspektivisch auch die Erbringung weiterer sektorenübergreifender Leistungen in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen möglich ist. Darüber hinaus können zusätzliche Leistungen in medizinischen Versorgungszentren erbracht werden, die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als zugelassene Krankenhäuser gründen können (§ 95 Absatz 1a).

Die Aufzählung in Satz 1 beinhaltet eine Zusammenstellung verschiedener Leistungsbereiche, die für die Erbringung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geeignet sind. Dabei handelt es sich zum Teil um Leistungen, die bereits jetzt von Krankenhäusern erbracht werden können (z.B. Nummern 2, 4 und 5).

Dies gilt auch für die in Nummer 1 genannten ambulanten Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, sofern eine solche Ermächtigung vom Zulassungsausschuss erteilt wird. Die Ermächtigungsmöglichkeiten werden durch eine nunmehr vorgenommene Änderung in § 116a erweitert, indem der Kreis der Krankenhäuser, die auf Antrag ermächtigt werden können, ausgeweitet wird. Außerdem wird für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung geschaffen (zu den Einzelheiten siehe Begründung zu § 116a).

Das in Nummer 2 genannte ambulante Operieren nach § 115b umfasst auch die in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, für die nach der Vergütungsregelung des § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 eine spezielle sektorengleiche Vergütung im Sinne einer „Hybrid-DRG“ festzulegen ist.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung nach der Nummer 3 wird neu in § 115h geregelt.

Die Vergütung der meisten der in Absatz 2 genannten sektorenübergreifenden Leistungen erfolgt nach den schon bisher geltenden Regelungen. Die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach Absatz 2 Nummer 3 sowie die Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen erfolgt gemäß § 6c KHEntgG durch krankenhausesindividuelle Tagesentgelte. Vor dem Hintergrund, dass keine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 KHEntgG erfolgt, wird der Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oftmals erst später, nämlich bei Jahreswechsel, finanzwirksam. Satz 3 ermöglicht die Erbringung von pflegerischen Leistungen nach den §§ 39c, 39e und 115h auch unter der Leitung einer für diese Leitungsaufgaben qualifizierten Pflegefachperson, soweit es sich nicht um medizinisch-fachliche Entscheidungen handelt, die weiterhin gemäß § 107 Absatz 1 Nummer 2 ausschließlich ärztlich verantwortet werden. Die Schaffung von beruflichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen soll dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen.

Aus Satz 2 ergibt sich, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der teilstationären Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI erbringen können. Damit wird ein Beitrag geleistet, das Angebot der pflegerischen Versorgung mit Plätzen der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege- und der Nachtpflege auszuweiten, für die ein großer Bedarf besteht.

Satz 4 gibt hinsichtlich der Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und von Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI (nach Satz 2) in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vor, dass diese Leistungen in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen zu erbringen sind, die als stationäre Pflegeeinrichtung gemäß § 72 SGB XI zugelassen sind. Damit gilt für diejenigen Abteilungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die als selbstständige Pflegeeinrichtungen betrieben werden, das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB XI. Das bedeutet, dass sich insbesondere die Leistungsansprüche der Versicherten, die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile, die Zulassung, die Vergütung der Einrichtungen sowie die für diese geltenden Vorgaben zur Personalbemessung nach dem SGB XI richten. Leistungen nach dem SGB XI bedürfen keiner ärztlichen Verordnung. Die Leistungserbringung hat dabei alle im SGB XI geregelten Leistungsbestandteile abzudecken und muss organisatorisch, personell und räumlich so aufgestellt sein, dass dies möglich ist und gewährleistet wird. Die Zulassung nach dem SGB XI ist unter anderem erforderlich, weil diese Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet werden, sondern von den Pflegekassen (bzw. den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen) sowie den Pflegebedürftigen selbst. Daneben ist mit dem Versorgungsvertrag nach SGB XI auch ein Abschluss einer Vergütungsvereinbarung einschließlich deren Leistungs- und Qualitätsmerkmale möglich. Mit der

Zulassung ist außerdem ein Anknüpfungspunkt für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach dem SGB XI gegeben.

Die Vorgabe des Satzes 3 eröffnet den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen überdies die Möglichkeit, Anträge auf Förderung nach § 9 Absatz 2 Nummer 6 KHG oder aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nach §§ 12, 12a KHG zu stellen.

Auch die Erbringung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist nicht ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, den abstrakten stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen festzulegen. Für welche Leistungen innerhalb dieses allgemeinen Rahmens dem einzelnen Krankenhaus letztlich konkret ein Versorgungsauftrag erteilt wird, entscheiden die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit. In dem nach Satz 1 zu schließenden Vertrag sind diejenigen stationären Leistungen zu bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens angeboten werden müssen (Nummer 1) sowie diejenigen stationären Leistungen, die zusätzlich erbracht werden können (Nummer 2). In Anlehnung an das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 konzentriert sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie aufgrund des § 135e. Diese Leistungsgruppen umfassen die wesentlichen Leistungen der Allgemeinmedizin. Den Vertragspartnern wird aufgrund ihres fachlichen Sachverstandes aufgegeben zu vereinbaren, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne einer Untergrenze mindestens angeboten werden müssen. Um das mögliche stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen abschließend zu bestimmen, wird in Satz 1 Nummer 2 der DKG und dem GKV-Spitzenverband ebenfalls aufgegeben, im Benehmen mit dem PKV-Verband eine Höchstgrenze an Leistungen aus den in Satz 1 Nummer 1 genannten zwei Leistungsgruppen sowie an Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen zu bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Dabei haben DKG und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV-Verband zu prüfen, welche Leistungen aus medizinisch-fachlicher Sicht geeignet sind, zusätzlich zu den nach Satz 1 Nummer 1 ermittelten Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in der erforderlichen Qualität erbracht zu werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass kardiovaskuläre Interventionen einschließlich des zentralen Nervensystems und der peripheren Gefäße, onkologische Therapien (einschließlich interventioneller und operativer Behandlungen), endoprothetische Leistungen, Operationen an der Wirbelsäule und Leistungen der bariatrischen Chirurgie nicht zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gehören. Darüber hinaus soll sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ermöglicht werden, unter bestimmten Voraussetzungen auch stationär behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten aufzunehmen, die Leistungen bedürfen, die nicht in den nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungskatalogen aufgeführt und deshalb Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen vorbehalten sind (Nummer 3). Dies soll dann möglich sein, wenn die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mit einem Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe, das über die entsprechende medizinische Expertise verfügt, eine längerfristige Kooperation vereinbart hat und von diesem im notwendigen Umfang telemedizinisch unterstützt wird. Welche Leistungen für eine derartige arbeitsteilige Leistungserbringung geeignet sind, ist nach Satz 1 Nummer 3 von der DKG und dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV-Verband zu vereinbaren. Ergänzend zu den Nummern 1 und 2 beinhaltet Satz 1 Nummer 4 den Auftrag an die DKG und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV

Verband, für jede der nach den Nummern 1 bis 3 festgelegten Leistungen festzulegen, welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation zu stellen sind. Dabei wird auch ein aufwandsarmes Verfahren für die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen festzulegen sein, sofern diese nicht von den Prüfungen nach § 275a bereits umfasst sind. Die Prüfungen sind aufwandsarm, etwa mittels Stichprobenprüfungen und Selbstauskünften, und einheitlich entsprechend den weiteren bestehenden Prüfungen nach § 275a auszugestalten. Bei der Festlegung von Anforderungen an die Qualität ist sicherzustellen, dass für Leistungen, die den Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e weitestgehend oder vollständig entsprechen, grundsätzlich die Qualitätskriterien nach § 135e gelten. Dadurch soll gewährleistet werden, dass gleiche oder vergleichbare medizinische Leistungen unabhängig vom Ort der Versorgung unter Einhaltung der gleichen Strukturqualität erbracht werden. Soweit für Leistungen geringere Qualitätsanforderungen vereinbart werden, als in den Qualitätskriterien nach § 135e für die Leistungen der entsprechenden Leistungsgruppe festgelegt worden sind, ist dies im Einzelnen zu begründen und durch geeignete alternative Qualitätssicherungs- und Patientensicherheitsmaßnahmen, wie etwa die Vorhaltung eines umfassenden Qualitätsmanagements und eines Patientensicherheitsbeauftragten, auszugleichen. Zudem ist zu vereinbaren, welche Anforderungen an die Zusammenarbeit erfüllt sein müssen und dementsprechend im verpflichtend vorzuhaltenden Kooperationsvertrag zwischen den beiden Krankenhäusern zu regeln sind.

Um zu gewährleisten, dass der nach Satz 1 zu vereinbarende Leistungsumfang mit dem medizinischen Fortschritt und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen Schritt hält, bestimmt Satz 2, dass eine regelmäßige Anpassung im Abstand von zwei Jahren zu erfolgen hat.

Für den Fall, dass sich DKG und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV Verband nicht innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes auf die Vereinbarung nach Satz 1 oder deren Fortschreibung nach Satz 2 einigen können, regelt Satz 3, dass die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG den Inhalt der Vereinbarung festlegt.

Zu Absatz 4

Im Hinblick darauf, dass es sich bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen um eine wesentliche Neuerung für den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung handelt und hiervon ausgehend weitere Schritte zum Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung unternommen werden sollen, ist in Absatz 4 eine Evaluationsregelung hinsichtlich der Auswirkungen auf die ambulante, die stationäre und die pflegerische Versorgung vorgesehen. Die Evaluation soll sich auch auf die finanziellen Auswirkungen beziehen.

Da es einige Zeit in Anspruch nehmen wird, bis die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt wurden und sich entsprechend umstrukturiert haben, soll der erste Evaluationsbericht durch die DKG, den GKV-Spitzenverband, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die KBV im Benehmen mit dem PKV Verband fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgelegt werden. Es ist davon auszugehen, dass innerhalb dieses Zeitraums aussagekräftige Daten vorliegen werden, die der Evaluation zu Grunde gelegt werden können. Satz 2 bestimmt, dass den oben genannten Verbänden, die dem BMG den Evaluationsbericht vorzulegen haben, die hierfür notwendigen Daten von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen anonymisiert zur Verfügung zu stellen sind.

Zu § 115h

Mit der Regelung wird die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue Versorgungsform in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geschaffen.

Hintergrund ist, dass die Zahl der älteren und multimorbiden Patientinnen und Patientinnen zunimmt. Diese Patientengruppe benötigt in vielen Fällen keine stationäre Hochleistungsmedizin. Dennoch geht bei diesen Patientinnen und Patienten der ärztliche Behandlungsbedarf mit der Notwendigkeit einer pflegerischen Begleitung oder Überwachung einher, so dass die ärztliche Behandlung nicht ausschließlich ambulant erfolgen kann.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen kann insbesondere in ländlichen Räumen dazu beitragen, die wohnortnahe Behandlung für die Patientinnen und Patienten zu sichern.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung kann von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch im Anschluss an eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus erbracht werden, solange noch kurative Krankenbehandlung erforderlich ist.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung bündelt die begrenzten ärztlichen Ressourcen und sorgt durch eine Entlastung für Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen für eine effizientere Versorgung. Sie stärkt dadurch, dass sie auch die Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ermöglicht, den sektorenübergreifenden Ansatz.

Die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung erfolgt nach den Maßgaben des § 6c KHEntgG sowie des § 121 Absatz 7.

Zu Absatz 1

Satz 1 regelt, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Krankenbehandlung bei Vorliegen bestimmter Charakteristika der Patientin oder des Patienten als medizinisch-pflegerische Versorgung erbringen. Dies bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund ihrer individuellen Verfassung, zum Beispiel beim Vorliegen von Vor- oder Begleiterkrankungen (Mehrfacherkrankungen), oder aufgrund ihrer persönlichen Lebenssituation wie insbesondere fehlende häusliche Betreuung neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht, so dass eine ambulante ärztliche Behandlung nicht ausreichend ist. Besondere – aber nicht ausschließliche – Zielgruppe der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind pflegebedürftige Patientinnen und Patienten. Die medizinisch-pflegerische Versorgung soll vor Ort in enger Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erfolgen, etwa im Hinblick auf die notwendige Versorgung im Anschluss

Die konkrete Patientengruppe wird nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 von der Selbstverwaltung auf Bundesebene definiert.

Zu Absatz 2

Satz 1 setzt den sektorenübergreifenden Ansatz der medizinisch-pflegerischen Versorgung um, indem festgelegt wird, dass die ärztliche Leistung auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung entsprechende Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen hat, erbracht werden kann. Ziel ist, die Behandlungskontinuität durch enge Abstimmung mit den behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu sichern. Ob von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird oder ob die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die gesamte Leistung in eigener Verantwortung erbringt, sich in Bezug auf die ärztlichen Leistungen also angestellter Ärztinnen oder Ärzte oder nicht angestellter Honorarärztinnen und -ärzte bedient, hat sie jeweils nach den konkreten Gegebenheiten vor Ort zu entscheiden.

Insbesondere, wenn ein Pflegebedarf im Vordergrund steht, kann es sinnvoll sein, dass die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung unter pflegerischer Leitung erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich verantwortet werden (vgl. § 115 g Absatz 2 Satz 2).

Satz 2 regelt den Zugang zur medizinisch-pflegerischen Versorgung. Dieser erfolgt über eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt. Auch Krankenhäuser sind befugt, Patientinnen und Patienten zur weiteren Behandlung im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu verlegen. Weiterhin können auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen selbst ihre Patientinnen und Patienten der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung zuweisen.

Zu Absatz 3

Satz 1 weist der Selbstverwaltung auf Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung) im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Aufgabe zu, Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung zu regeln. Dies betrifft insbesondere – aber nicht ausschließlich – die Definition der Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist (Nummer 1), die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung (Nummer 2) und Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (Nummer 3).

Satz 2 verweist für den Fall des nicht oder nicht fristgerechten Zustandekommens einer Vereinbarung nach Satz 1 auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift weist die Regelung des konkreten Versorgungsumfangs der medizinisch-pflegerischen Versorgung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu. Die Vereinbarung erfolgt auf Ortsebene. Hierbei kann beispielsweise eine bestimmte Bettenzahl der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für die medizinisch-pflegerische Versorgung festgelegt werden.

Zu Nummer 6 (§ 116a)

Die Überschrift wird auf Grund der Anfügung von Absatz 3 allgemeiner gefasst.

Zu Absatz 1

Durch die Regelung wird Satz 2 aufgehoben. Damit werden die Zulassungsausschüsse von der Pflicht entbunden, die an die Krankenhäuser erteilten Ermächtigungsbeschlüsse nach zwei Jahren zu überprüfen. Der Zeitpunkt der Überprüfung steht damit im Ermessen des zuständigen Zulassungsausschusses und kann flexibel terminiert werden. Die Aufhebung leistet damit einen Beitrag zur Entbürokratisierung. Eine frühere Überprüfung als nach zwei Jahren ist durch die Änderung nicht intendiert. Da auch der neue Absatz 2 im Hinblick auf die Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine regelhafte Frist zur Überprüfung der Ermächtigungsbeschlüsse vorschreibt, dient die Aufhebung außerdem rechts- und verfahrensvereinheitlichenden Zwecken.

Die Vergütung der von den ermächtigten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen richtet sich wie bisher nach § 120 Absatz 1.

Zu Absatz 2

Die Regelung räumt sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit ein, auch bei festgestellter drohender Unterversorgung an der vertragsärztlichen

Versorgung teilzunehmen. Anders als es der neue § 116a Absatz 1 für Krankenhäuser (einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen) generell vorsieht, ist die Feststellung einer eingetretenen Unterversorgung nicht erforderlich. Durch diese Erweiterung der Möglichkeit ambulanter Leistungserbringung für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen kann Versorgungsengpässen vorausschauend begegnet werden. Die Regelung leistet damit einen Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung, gerade auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten. Liegt die genannte Feststellung des Landesausschusses vor, ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Anspruch auf Ermächtigungserteilung besteht allerdings nur, solange und soweit die Ermächtigung zur Deckung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist, weshalb der Zulassungsausschuss den Umfang der Ermächtigung zu bestimmen hat; § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte bleibt mithin unberührt.

Die Vergütung der von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen richtet sich nach § 120 Absatz 1.

Zu Absatz 3

Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu. Sie verfügen über ein breites Leistungsspektrum in der stationären, sektorenübergreifenden und ambulanten Versorgung (siehe im Einzelnen §§ 115g und 115h und Begründungen dazu). Für die Schaffung einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung ist es sinnvoll, sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch allgemeinmedizinische ambulante Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen zu ermöglichen. Dadurch kann die Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen „aus einer Hand“ im stationären und im ambulanten Bereich stattfinden. Die attraktive Gestaltung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wirkt sich auch positiv auf die Attraktivität der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen für das medizinische Personal aus. Dies verbessert die Versorgung in diesen Einrichtungen und leistet einen wichtigen Beitrag zur erforderlichen hausärztlichen Nachwuchsgewinnung und damit zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund räumt die Regelung sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit ein, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 zu erbringen. Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn sich die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in einem Planungsbereich oder Gebiet befindet, in dem für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Hauptausschlussgrund sind Planungsbereiche, in denen Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordnet sind, weil Überversorgung besteht, also ein Versorgungsgrad von 110 Prozent oder mehr vorliegt (§ 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Mit Stand 4. Quartal 2022 sind im hausärztlichen Bereich 780 von 984 Planungsbereichen frei von Zulassungsbeschränkungen. Die Zulassung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung ist auch in Gebieten ausgeschlossen, in denen wegen Unterversorgung in anderen Gebieten eines Zulassungsbezirks Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 100 Absatz 2). Diese Einschränkungen dienen einer bedarfsgerechten Versorgung mit hausärztlichen Leistungen im Einklang mit der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bedarfsplanung. Weiterhin muss die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss beantragen.

Anders als bei den Absätzen 1 und 2, die hinsichtlich der Dauer der Ermächtigung an das Bestehen der Unterversorgung, des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs oder der drohenden Unterversorgung in der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe anknüpfen, wird die

Ermächtigung nach Absatz 3 unbefristet ausgestaltet. Durch die Beteiligung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen an der allgemeinmedizinischen Versorgung soll ein dauerhaftes, für die Patientinnen und Patienten verlässliches Versorgungsangebot aufgebaut und eine planbare Weiterbildung geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund gilt § 31 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Ärzte für Ermächtigungen nach dieser Vorschrift nicht.

Leistungen der hausärztlichen Versorgung können in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung erbracht werden. Die Vergütung der von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen richtet sich nach § 120 Absatz 1.

Zu Nummer 7 (§ 121)

Zu Buchstabe a

Mit der Erweiterung der Überschrift wird der Anfügung des Absatzes 7 Rechnung getragen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Buchstabe c

Die Regelungen geben die Vergütung und die Abrechnung der Leistungserbringung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte vor, soweit diese Leistungen für Krankenhäuser, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g bestimmt sind, im Rahmen einer Kooperation zu erbringen haben. Die Regelungen beziehen sich lediglich auf die Fälle, bei denen im Rahmen der stationären Behandlung sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h für das Krankenhaus medizinische Leistungen zu erbringen sind und wenn in dem Tagesentgelt nach § 6c KHEntgG keine Kosten für durch diese Versorgungseinrichtungen vergütete Ärztinnen und Ärzte umfasst sind. Für diese Sondervergütung wird zum einen auf den im Standardbewertungssystem, das Grundlage der Kalkulation der abrechnungsfähigen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs ist, enthaltenen ärztlichen Leistungsanteil und den vom Bewertungsausschuss jährlich festzulegenden bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro abgestellt, soweit der Bewertungsausschuss keinen davon abweichenden Beschluss trifft. Der ärztliche Leistungsanteil wird von bestimmten arztbezogenen Parametern beeinflusst: dem kalkulatorischen Arztlohn, der Arbeitszeit und der Produktivität des Arztes in Bezug auf eine Kostenstelle, der für die einzelne Leistung benötigten Qualifikation des Arztes sowie dem Schweregrad der Leistungserbringung, der Notwendigkeit einer ärztlichen Assistenz sowie dem kalkulatorischen Zeitbedarf des Arztes. Zusammengenommen wirken diese Parameter auf die Bewertung der ärztlichen Leistung. Der technische Leistungsanteil bleibt bei der Vergütung unberücksichtigt, da dieser von den Kostenparametern des Praxisbetriebs bestimmt wird, die jedoch bei einer Tätigkeit für das Krankenhaus keinen Aufwand verursachen. Ferner sind entsprechende stationäre Behandlungskosten von dem Tagesentgelt bereits abgedeckt. Die Sondervergütung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, da es sich nicht um dem ambulanten Bereich zuzurechnende Leistungen handelt. Die Sondervergütungen werden vom Institut des Bewertungsausschusses jährlich beginnend zum Jahr 2024 in entsprechenden Übersichten veröffentlicht, soweit der Bewertungsausschuss nichts Abweichendes beschließt. Die erbrachten Leistungen werden jeweils mit der Krankenkasse des behandelten Versicherten abgerechnet. Gegebenenfalls kann die Abrechnung über die für den Leistungserbringenden zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt werden, sofern diese damit beauftragt wurde. Zur Ermöglichung

der Prüfung der Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung durch die Krankenkasse sind dieser auf Verlangen die Kooperationsnachweise der Leistungserbringer vorzulegen.

Zu Nummer 8 (§ 135d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Änderung, die sich aus der Einfügung des neuen § 40 KHG sowie § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 9 ergibt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch Anfügung der Nummern 8 und 9.

Zu Buchstabe c

Zu Nummer 8

Um Patientinnen und Patienten angemessen über die Qualität in Krankenhäusern zu informieren und ihnen eine selbstbestimmte Entscheidung für das aus ihrer Sicht bestgeeignete Krankenhaus zu ermöglichen, sollen die standortbezogenen Prüfergebnisse beziehungsweise die Feststellungen des Medizinischen Dienstes aus den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Eingang in das Transparenzverzeichnis nach § 135d erhalten. Das heißt, im Transparenzverzeichnis ist mit Einfügung der Nummer 8 zukünftig für jede Leistungsgruppe eines Krankenhausstandortes in geeigneter Form darzustellen, ob eine oder mehrere Qualitätskriterien eingehalten oder nicht eingehalten werden. Eine entsprechende Veröffentlichung der Nichteinhaltung hat zu erfolgen, wenn einem Krankenhaus im Rahmen einer Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 2 KHG eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, deren Qualitätskriterien nach § 135e nicht erfüllt sind. Die transparente Darlegung von Ausnahmen ist erforderlich, um selbstbestimmte Entscheidungen von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Diese standortbezogene Veröffentlichung soll die Qualität der stationären Versorgung weiter verbessern, da ein Wettbewerb um die bestmögliche Qualität zwischen den Krankenhäusern gefördert wird.

Zu Nummer 9

Veröffentlichungen im Transparenzverzeichnis erfolgen zum Zwecke der Verbesserung der Transparenz über die Qualität der stationären Versorgung und mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten bei ihrer Auswahlentscheidung für ein Krankenhaus zu unterstützen. Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, für ihre Behandlung eine Einrichtung zu wählen, die die bestmögliche Behandlungsqualität bietet.

Im Transparenzverzeichnis sollen den Patientinnen und Patienten bei der Suche nach onkochirurgischen Behandlungen solche Krankenhausstandorte angezeigt werden, denen die entsprechende Leistungsgruppe zugeordnet wurde und bei denen aufgrund besonderer Erfahrung und Häufigkeit der Eingriffe von einer höheren Behandlungsqualität auszugehen ist. Mit Einfügung der Nummer 9 werden onkochirurgische Indikationsbereiche ausgewiesen, damit die Patientinnen und Patienten die angebotenen Leistungen konkreter beurteilen können. Die Suche nach einem geeigneten Krankenhausstandort wird für diesen speziellen Versorgungsbereich erleichtert. Die Festlegung der einschlägigen Leistungen sowie die Identifikation der einschlägigen Standorte ergeben sich aus § 40 Absatz 1 und 2 KHG. Mit § 40 KHG in Verbindung mit § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG soll ein Anreiz gesetzt werden, Gelegenheitsversorgung in dem Bereich der onkochirurgischen Leistungen zu vermeiden, um die Qualität dieser Behandlungen durch Zentralisierung zu verbessern.

Zu Nummer 9 (§§ 135e, 135f neu)

Zu § 135e

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 wird sichergestellt, dass Leistungen künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale vorliegen. Das bedeutet, dass ein bestimmtes Maß an technischer Ausstattung, das richtig qualifizierte Personal sowie die erforderlichen Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung vorhanden sein müssen.

Die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen gemäß Satz 2 dient einer sachgerechten, bundeseinheitlichen und transparenten Strukturierung der Versorgung. Über die Zuweisung von Qualitätskriterien an die Strukturqualität sollen bundesweit hochwertige Versorgungsstandards und eine hohe Behandlungsqualität gefördert werden. Dadurch wird eine qualitativ hochwertige und für Patientinnen und Patienten sichere medizinische Versorgung gefördert. Dabei werden grundsätzlich solche Leistungen einer Leistungsgruppe zugeordnet, die ähnliche Kompetenzen, Erfahrungen, personelle Qualifikationen und technische Ausstattung benötigen. Weiterhin dienen die Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung.

Satz 3 regelt für die Leistungserbringung im neuen Gefüge der Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen einen Grundsatz. Demnach muss ein Krankenhaus grundsätzlich die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen es erbringt, erfüllen. Satz 4 legt in einem Katalog Merkmale fest, die bei einer Krankenhausbehandlung, welche die qualitativen Mindestanforderungen erfüllt, einzuhalten sind.

Zu Nummer 1

Um die erforderliche Fachexpertise für einen Eingriff sicherzustellen, ist gemäß Nummer 1 Voraussetzung für eine Leistungsgruppenzuordnung die Vorhaltung von verwandten bzw. sich ergänzenden Leistungsgruppen. Davon umfasst ist die verbindliche Vorhaltung solcher Leistungsgruppen samt Einhaltung ihrer jeweiligen Qualitätskriterien, die für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten für eine hohe Behandlungsqualität erforderlich bzw. wahrscheinlich erforderlich sind. Beispielhaft soll ein Krankenhaus eine einfache Operation nur erbringen dürfen, wenn es neben der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie auch über eine Diagnostik (Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin) sowie eine Intensivbehandlung (Leistungsgruppe Intensivmedizin) am Standort verfügt.

Zu Nummer 2

Vorzusehen sind nach Nummer 2 Vorgaben zur (zeitlichen) Vorhaltung erforderlicher Geräte einschließlich ggf. erforderlichen Fachpersonals für deren Bedienung und Benutzung. Im Rahmen der Weiterentwicklung sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3

Festzulegen sind nach Nummer 3 weiterhin Vorgaben zur Qualifikation sowie zur zeitlichen Vorhaltung des Personals, insbesondere des fachärztlichen Personals. Sicherzustellen ist, dass im erforderlichen Umfang (mindestens jedoch in Rufbereitschaft) erforderliches fachärztliches Personal vorgehalten wird und in der erforderlichen Zeitspanne hinzugezogen werden kann. Von diesen Vorgaben unberührt ist der Krankenhausträger weiterhin verpflichtet, eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifiziertem Fachpersonal sicherzustellen.

Zu Nummer 4

Daneben sind nach Nummer 4 sonstige erforderliche Struktur- und Prozesskriterien vorzusehen. Hier sollen insbesondere verbindliche Vorgaben des G-BA berücksichtigt werden.

Die in Nummer 1 bis 4 konkretisierten Qualitätskriterien sollen laut Satz 5 den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und eine leitliniengerechte Behandlung durch ärztliches Personal sowie durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe unterstützen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 1 wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung durch das BMG geschaffen. Damit wird das BMG berechtigt und verpflichtet, Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen festzulegen und weiterzuentwickeln. Durch die Verpflichtung nicht nur zur Festlegung, sondern auch zur Weiterentwicklung wird deutlich, dass es sich bei den Vorgaben der Rechtsverordnung um Inhalte eines sogenannten lernenden Systems handelt, welches ermöglicht, flexibel auf Veränderungen von Versorgungsstandards zu reagieren. Zweck der Rechtsverordnung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition des stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen. Dies ist erforderlich für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen sowie zur Stärkung der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit.

Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Zu Nummer 1

Mit Nummer 1 wird konkretisiert, dass in der Rechtsverordnung Leistungsgruppen festzulegen sind. Bereits mit dem Krankenhaustransparenzgesetz [...] waren in Anlage 1 zu § 135d die Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung benannt worden. Diese 65 Leistungsgruppen wurden im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart. Im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes erfolgte jedoch keine inhaltliche Definition der Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen wurden lediglich zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis benannt. Die Festlegung der Leistungsgruppen erfolgt auf der Grundlage der in Nordrhein-Westfalen mit dem Krankenhausplan 2022 am 27. April 2022 eingeführten Leistungsgruppen. Ergänzt werden diese 60 somatischen Leistungsgruppen um fünf ergänzende, fachlich gebotene Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie.

Daneben regelt die Rechtsverordnung auch Qualitätskriterien zur inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Leistungsgruppe. Qualitätskriterien sind grundsätzlich am Krankenhausstandort zu erfüllen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 KHG getroffenen Vereinbarung über eine Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Die festzulegenden Qualitätskriterien sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen; sie zielen darauf ab, eine qualitativ hochwertige und für Patientinnen und Patienten sichere Versorgung zu gewährleisten. Für einen großen Teil der in stationären Einrichtungen durchgeführten Eingriffe existieren inzwischen hochwertige Leitlinien. Soweit sich die Qualitätskriterien nicht aus solchen Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Im Rahmen der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und Weiterentwicklung ihrer jeweiligen Qualitätskriterien sollen geeignete Zertifikate und Qualitätssiegel (beispielsweise onkologische Zertifikate, Stroke-Units, Trauma-Zentren, Zentren für Seltene Erkrankungen) Berücksichtigung finden, sofern diese wahrscheinlich die Patientenversorgung verbessern. Dabei soll als Qualitätskriterium einer Leistungsgruppe abstrakt generell auf die geeigneten inhaltlichen Voraussetzungen eines Zertifikats abgestellt

werden. Das Vorliegen eines bestimmten Zertifikats eines spezifischen Anbieters ist aus wettbewerbsrechtlichen Gründen für die Einhaltung der Qualitätskriterien nicht verpflichtend vorauszusetzen. Das Vorliegen eines bestimmten Zertifikates eines spezifischen Anbieters soll aber zur bürokratiearmen Prüfung des Medizinischen Dienstes gemäß § 275a als Nachweis für die Erfüllung der inhaltlichen Voraussetzungen anerkannt werden. Bei der Normierung der Qualitätskriterien sollen die Festlegungen, wie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, in verschiedenen Anwendungsbereichen festgelegt werden.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 sind in der Rechtsverordnung Vorgaben zu konkretisieren, in welchen Fällen Qualitätskriterien nicht zwingend am Standort vorzuhalten sind, sondern auch mittels Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder im Krankenhausverbund erfüllt werden können.

Zu Nummer 3

Weiterhin ist nach Nummer 3 in der Rechtsverordnung festzulegen, von welchen Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe ausnahmsweise zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abgewichen werden kann und welche Leistungsgruppen im Hinblick auf ihre Qualitätskriterien ohne Möglichkeit zur Ausnahme auszugestaltet sind. Neben den Vorgaben der Rechtsverordnung sind weitere Voraussetzungen für die Zuweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in § 6a KHG normiert.

Zu Nummer 4

Mit Nummer 4 ist in der Rechtsverordnung das Nähere zum Verfahren über die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zu normieren.

Nach Absatz 2 Satz 2 ist die Rechtsverordnung bis zum 31. März 2025 zu erlassen, wobei die Änderungen an Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erst ab dem 1. Januar 2027 Wirkung entfalten sollen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt formelle Voraussetzungen in Bezug auf die Zuständigkeit und das Verfahren für die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung fest. Danach wird für die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung gesetzlich der Rahmen für ein vierstufiges Verfahren vorgegeben. Die inhaltliche Konkretisierung der jeweiligen Stufe erfolgt in der Rechtsverordnung.

Im Hinblick auf die Zuständigkeit ordnet Satz 1 an, dass das BMG einen Ausschuss als neues Gremium einrichtet, um die Rechtsverordnung weiterzuentwickeln. Der Ausschuss beschließt Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung, die gemäß Absatz 2 durch das BMG mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird. Die Leitung dieses neu einzurichtenden Gremiums erfolgt durch Vertreter und Vertreterinnen des BMG gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen der obersten Gesundheitsbehörden der Länder (Satz 2).

Nach Satz 3 haben das BMG sowie die Länder ein Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung. Voraussetzung für die Ausübung des Initiativrechts ist, dass davor durch den Ausschuss ein Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften eingeholt worden sein muss. Satz 4 ordnet an, dass der Ausschuss bei der Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung auch vom InEK und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstützt wird. Die Inhalte der Unterstützungsleistung werden vom Ausschuss gegenüber InEK und BfArM in einem Auftrag konkretisiert. Für die Unterstützungsleistungen des InEK ist § 36 Satz 3 KHG einschlägig.

Nach Satz 5 ist der Ausschuss paritätisch im Hinblick auf Kostenträger und Leistungserbringer sowie Berufsorganisationen zu besetzen. Seine Besetzung stellt sicher, dass die Perspektive und das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einzubeziehen sind. Satz 6 bezieht die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gemäß § 140f in Form eines Mitberatungsrechts ein; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht gewährleistet, dass auch die Patientenperspektive angemessen in die Arbeit des Ausschusses einfließt. Nach Satz 7 kann der Ausschuss auch weitere sachverständige Personen wie beispielsweise Sachverständige zum Thema Strahlenschutz, Patientensicherheit oder den Medizinischen Dienst Bund zur Beratung hinzuziehen.

Das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in dem Ausschuss, insbesondere zur angemessenen Beteiligung der Länder sowie dem Umgang mit abweichenden Positionen ist in einer Geschäftsordnung festzulegen (Satz 8). Die Geschäftsordnung sowie ihre Änderung bedarf der Genehmigung durch das BMG. Satz 9 stellt sicher, dass bereits im Verfahren der Einsetzung des Ausschusses und aller künftigen Änderungen eine Möglichkeit der Überprüfung, ob die Geschäftsordnung alle notwendigen Vorgaben für eine effektive Aufgabenerfüllung des Ausschusses vorgibt, enthalten ist. Für den Fall, dass die Geschäftsordnung vier Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande kommt, wird sie vom BMG erlassen. Das Recht des BMG aus Satz 10, bei fruchtlosem Fristablauf die Inhalte der Geschäftsordnung vorzugeben, ist notwendig, da es ansonsten keinen Mechanismus gibt, wie mit abweichenden Positionen innerhalb des Ausschusses umzugehen ist. Ein Konfliktlösungsmechanismus ist zwingend erforderlich, da die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses zwingende Voraussetzung für die Erreichung der Ziele der Krankenhausreform ist. Denn die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen und die Einführung einer Vorhaltevergütung hängt maßgeblich von der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen ab.

Nach Satz 11 wird beim BMG eine Geschäftsstelle eingerichtet, welche künftig die Arbeit des Ausschusses koordiniert und organisiert.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung normiert.

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gelten gemäß Nummer 1 die in Anlage 1 zu § 135d benannten 65 Leistungsgruppen.

Nummer 2 ordnet übergangsweise die Geltung der durch Nordrhein-Westfalen normierten Qualitätskriterien für die 60 somatischen Leistungsgruppen an. Nicht vom Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 umfasst sind die Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie. Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen richtet sich dabei nach § 21 Absatz 3c KHEntgG.

Für die fünf Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Traumatologie (Nummer 27 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47 der Anlage 1 zu § 135d) und Notfallmedizin (Nummer 65 der Anlage 1 zu § 135d), die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 aufgeführt sind und für welche die Qualitätskriterien des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022 daher nicht gelten können, gelten nach Nummer 3 übergangsweise die Qualitätskriterien nach der neuen Anlage 2.

Soweit die Qualitätskriterien aus Nordrhein-Westfalen nach Satz 1 Nummer 2 Vorgaben enthalten, die auf der spezifischen Rechtslage im Land Nordrhein-Westfalen basieren, bedarf es zunächst einer Übersetzung dieser Vorgaben in bundesweit einheitliche Vorgaben unter Berücksichtigung der landesspezifischen Vorgaben der anderen Länder. Auslegungen oder Konkretisierungen der Medizinischen Dienste sind im Rahmen der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 grundsätzlich ausgeschlossen. In Satz 2 wird daher vorgegeben, dass der Medizinische Dienst Bund die Übersetzung der für Nordrhein-Westfalen spezifischen Vorgaben auf die jeweiligen Länder vornimmt und als einheitliche Grundlage für die Prüfungen der Medizinischen Dienste nach § 275a veröffentlicht. Der Medizinische Dienst Bund kann diese Übersetzung in Abstimmung mit der Bundesärztekammer vornehmen. Da die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien nicht Bestandteil der Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 4 Nummer 2 und 3 sind und somit keine bundesweite Anwendung finden, sind diese nicht von der Übersetzung erfasst. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Medizinischen Dienste für die Prüfungen nach § 275a jeweils die landesspezifischen Übersetzungen der bundeseinheitlichen Vorgaben heranzuziehen haben. Eine entsprechende Übersetzung der Qualitätskriterien aus Nordrhein-Westfalen kann insbesondere bei Facharztqualifikationen nach Weiterbildungsordnungen und bei arbeitszeitlichen Vorgaben erforderlich sein. Nordrhein-Westfalen gibt derzeit fachärztliche Verfügbarkeiten nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) vor. Dabei entspricht ein VZÄ einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Ziel dieser Qualitätsvorgaben ist es, eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten sicherzustellen. Die arbeitszeitlichen Vorgaben können jedoch in anderen Ländern je nach Arbeitgeber/Verband/Träger im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Wochenarbeitszeit variieren. Maßgeblich bei der Prüfung des Medizinischen Diensts, ob die erforderlichen Fachärztinnen und Fachärzte in einer Leistungsgruppe beschäftigt sind, sind daher die Arbeitsstunden, die das ärztliche Personal nach dem jeweils anzuwendenden arbeits- oder tarifvertraglichen oder AVR-Regelungen zu leisten hat.

In Absatz 2 Nummer 2 wird vorgegeben, dass die zu erlassende Rechtsverordnung auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden enthält. Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist für bestimmte Leistungsgruppen die Erbringung verwandter Leistungsgruppen auch in Kooperationen vorgesehen. Da diese Konzeption nicht für alle Bundesländer passgenau ist, ist nach Satz 3 für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen. Demnach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Für Fachkrankenhäuser wird mit der Regelung in Satz 4 für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung die in Nordrhein-Westfalen geltende Rechtslage für Kooperationsmöglichkeiten im Wesentlichen nachvollzogen. Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist normiert, dass Fachkrankenhäuser zwar Apparaturen, Fachärzte und sonstige Struktur- und Prozesskriterien – wie Allgemeinkrankenhäuser – vorzuhalten haben. Die zuständige Planungsbehörde kann jedoch im Einzelfall entscheiden, ob verwandte Leistungsgruppen in Kooperationen oder Verbänden durch das Fachkrankenhaus erbracht werden können. Die nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten sind bei dieser Entscheidung nicht zwingend zu berücksichtigen. Dies ist auf Grund der besonderen Spezialisierung von Fachkliniken geboten. Soweit Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperation und Verbänden erfüllt werden, ist ein schriftlicher Kooperationsvertrag vorzuhalten, der inhaltliche und organisatorische Regelungen im Hinblick auf das jeweilige Qualitätskriterium beinhaltet (Angaben zu Kooperationspartnern und deren Eignung, Angaben zum Kooperations-/Leistungsort und -inhalt, Angaben zur

zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums sowie Angaben zur Kooperationsdauer).

Mit den Sätzen 5 und 6 werden die im Krankenhausplan NRW 2022 enthaltenen fachärztlichen Vorgaben an die Personalausstattung für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung konkretisiert. Unabhängig von diesen Vorgaben liegt es auch weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Krankenhausträger und Krankenhäuser, für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifiziertem (fach-)ärztlichen Personal Sorge zu tragen. Insgesamt sind insbesondere die der jeweiligen Leistungsgruppen zuzuordnenden Fallzahlen, aber auch die Qualifikation und Leistungsfähigkeit der tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie des pflegerischen und weiteren nichtärztlichen Personals zu berücksichtigen.

Bei der geregelten Anrechnung gilt gemäß Satz 5, dass Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden können, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Beispielsweise kann für die Zuweisung der Leistungsgruppen Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothese sowie Revision Knieendoprothese daher die Vorhaltung von mindestens vier Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend für die Erfüllung der Qualitätskriterien sein. Gleiches gilt auch für den Fall, dass einem Krankenhaus alle vier Leistungsgruppen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Allgemeine Frauenheilkunde, Ovarial-CA, Senologie, Geburten) zugewiesen werden; hier würden insoweit mindestens vier Fachärztinnen bzw. Fachärzte (Vollzeitäquivalente) für Frauenheilkunde und Geburtshilfe genügen. Als weiteres Beispiel würden für die Zuweisung aller Leistungsgruppen aus dem Gebiet der Viszeralchirurgie (Bariatrische Chirurgie, Lebereingriffe, Ösophaguseingriffe, Pankreaseingriffe und Tiefe Rektumeingriffe) hinsichtlich der personellen Vorgaben zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Viszeralchirurgie mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte für Viszeralchirurgie für die Erfüllung dieser Anforderungen ausreichen. Fachärztinnen und Fachärzte, die die Anerkennung zum Führen mehrerer Facharztbezeichnungen erhalten haben, können ebenfalls nur in maximal drei verschiedenen Leistungsgruppen angerechnet werden. Dabei kann eine Person mit verschiedenen Facharzttiteln nicht mehrfach in derselben Leistungsgruppe angerechnet werden.

Mit Satz 6 wird für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie normiert, dass die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungsmöglichkeit einzuhalten sind. Das heißt, eine Fachärztin oder ein Facharzt, die oder der in einer dieser Leistungsgruppen vorzuhalten ist, kann nicht in weiteren Leistungsgruppen angerechnet werden. Weiterhin führt eine Anrechnung in einer Leistungsgruppe nach Satz 5 dazu, dass keine Anrechnung in einer Leistungsgruppe nach Satz 6 erfolgen kann. Daraus folgt, dass bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie jeweils mindestens drei Fachärztinnen bzw. Fachärzte am Standort tätig sein müssen, die bei den Leistungsgruppen nach Satz 5 nicht angerechnet werden können.

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Nichtanrechnung einer Fachärztin oder eines Facharztes in einer Leistungsgruppe nicht zu einem Behandlungsverbot der Fachärztin oder des Facharztes in dieser oder einer anderen Leistungsgruppe führt. Bei belegärztlicher Versorgung sind die für die jeweilige Leistungsgruppe angegebenen fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ebenso zu erfüllen. Die Erfüllung der fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ist anhand der Vereinbarungen im jeweiligen Belegarztvertrag des Facharztes mit dem Krankenhausträger nachzuweisen.

Zu § 135f

Zu Absatz 1

Um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung in Krankenhäusern sicherzustellen, werden für die jeweiligen Leistungsgruppen nach § 135e Mindestvorhaltezahlen festgelegt (Satz 1). Die Mindestvorhaltezahlen sind nach Satz 2 unter Berücksichtigung eines rund um die Uhr vorzuhaltenden Facharztstandards, der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, stationären Versorgung sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 zu treffen. Die Festlegung einer Mindestvorhaltezahl ist geeignet, erforderlich und angemessen, um eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen zu fördern, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichern und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausschließen, indem vorhandenes ärztliches und pflegerisches Personal effektiv und wirtschaftlich sinnvoll eingesetzt wird. Nur wenn ein Krankenhausstandort prognostisch die jeweilige Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe erfüllt, die ihm von der zuständigen Landesbehörde zugewiesen worden ist, besteht ein Anspruch auf Vorhaltevergütung (Satz 3). Für die Prognose wird auf Basis der Fallzahlen des jeweils vorangegangenen Jahres für das nächste Kalenderjahr bestimmt, ob ein Krankenhausstandort die Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe einhält (Satz 4). Beispielsweise wird auf Basis der Fallzahlen des Jahres 2025 bestimmt, ob für das Jahr 2027 die Mindestvorhaltezahl erfüllt ist. Nicht entscheidend für die Auszahlung der Vorhaltevergütung ist dabei, ob das Krankenhaus in dem konkreten Kalenderjahr tatsächlich die zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahl erforderlichen Fallzahlen erreicht hat.

Satz 5 fördert die Konzentration des stationären Leistungsgeschehens, indem er Anreize für Krankenhausträger schafft, Vereinbarungen über die zukünftige Ausrichtung und den Tausch von Leistungsgruppen zwischen Krankenhausstandorten zu treffen. Sofern Krankenhausträger entsprechende Vereinbarungen über die Leistungsverlagerung getroffen haben, werden für die Prognose die Fallzahlen des vorangegangenen Jahres in der betreffenden Leistungsgruppe aller von der Vereinbarung erfassten Krankenhausstandorte summiert und zugunsten desjenigen Krankenhausstandorts berücksichtigt, der die Leistungsgruppe künftig erbringt. Die erbrachten Fallzahlen des anderen Krankenhausstandorts werden also dem Krankenhausstandort, der weiterhin die Versorgung in der Leistungsgruppe anbietet, hinzugerechnet. Ein Krankenhausstandort kann demnach in einem Kalenderjahr eine Vorhaltevergütung für erbrachte Leistungen erhalten, obwohl er im vorausgegangenen Kalenderjahr nicht ausreichend Behandlungsfälle erbracht hat. Dies gilt auch für eine Leistungsverlagerung zwischen zwei oder mehreren Krankenhausstandorten desselben Krankenhausträgers, wie Satz 6 vorsieht. Danach gilt Satz 5 entsprechend für den Fall, dass ein Krankenhausträger eine Leistungsverlagerung für zwei oder mehr seiner eigenen Krankenhausstandorte vorsieht. Voraussetzung für die von Satz 3 abweichend zu ermittelnde Prognose ist, dass die anderen von der Vereinbarung betroffenen Krankenhausstandorte zukünftig auf die Erbringung von Leistungen in der betroffenen Leistungsgruppe zugunsten des Krankenhausstandortes, auf den die Leistungserbringung übertragen wird, verzichten.

Die Leistungsverlagerung wird unter die Voraussetzung gestellt, dass die zuständigen Planungsbehörden ihr Einvernehmen erteilen. Dies ermöglicht, dass die Planungsbehörden der Länder die Erfüllung oder Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahlen auch bei einer Leistungsverlagerung bereits bei der Zuweisung von Leistungsgruppen (vgl. § 6a KHG) berücksichtigen können und die Leistungsverlagerung aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden kann. Zudem stellt das Erfordernis der Einvernehmenserteilung sicher, dass die Leistungsverlagerungen nicht den krankenhausesplanerischen Zielen und Festlegungen widersprechen.

Satz 7 normiert eine Meldepflicht. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die ihr Einvernehmen in eine Leistungsverlagerung erteilt hat, ist verpflichtet, dies unverzüglich dem InEK zu melden, damit das InEK über diese Information bei seinen Auswertungen nach Absatz 3 und für die Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung nach § 37 Absatz 2 KHG verfügt.

Mit Satz 8 wird ermöglicht, dass Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Berechnung der Mindestvorhaltezahlen auch solche Krankenhausfälle anrechnen können, in denen sie nicht Zivilpatientinnen und -patienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Dies stellt sicher, dass ein zutreffendes Bild über die vom Krankenhaus tatsächlich in den einzelnen Leistungsgruppen erbrachten Behandlungsvolumina entsteht. Entsprechende Informationen werden dem InEK gemäß § 135d Absatz 3 Satz 6 gesondert – über den Übermittlungsweg nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG – übermittelt.

Zu Absatz 2

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt nach Satz 1 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), auf der Grundlage des aktuellen Wissensstands medizinisch wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die einzelnen Leistungsgruppen zu erstellen. Dabei hat es auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu untersuchen. Das IQWiG hat langjährige Erfahrung in der Erarbeitung fachlich unabhängiger, evidenzbasierter und patientenorientierter Gutachten und Empfehlungen für ein gutes und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Seine Arbeitsweise beruht auf international anerkannten Standards und das IQWiG überprüft regelmäßig sein methodisches Vorgehen, um seine Arbeitsweise kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Das BMG kann bestimmen, für welche Leistungsgruppen vorrangig wissenschaftliche Empfehlungen vorzulegen sind.

Das IQWiG soll seine Empfehlungen grundsätzlich in Form von Perzentilen der gesamten Behandlungsfälle eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe angeben. Dabei soll auch ermittelt werden, ob die Erbringung einer Leistung in der jeweiligen Leistungsgruppe auf der Grundlage standardisierter Gegebenheiten für die Krankenhausstandorte wirtschaftlich ist. So könnte in einer Leistungsgruppe beispielsweise das 20. Perzentil der Behandlungsfälle vorgeschlagen werden („Cut-Off“), das im Ergebnis dann dazu führt, dass Krankenhausstandorte, die unterhalb des 20. Perzentils der gesamten Behandlungsfälle eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe liegen, die Mindestvorhaltezahl nicht erfüllen.

Bei der Erarbeitung seiner Empfehlungen berücksichtigt das IQWiG die in Absatz 1 Satz 2 genannten Kriterien (rund um die Uhr vorzuhaltender Facharztstandard, Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, stationären Versorgung sowie Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12). Außerdem berücksichtigt das IQWiG die vom IQWiG für das Transparenzverzeichnis nach § 135d ausgewerteten Daten. Seine Empfehlungen für die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen legt das IQWiG dem BMG und dem InEK vor. Für die Erarbeitung hat das IQWiG jeweils drei Monate Zeit (Satz 3). Die Finanzierung der Aufgaben des IQWiG erfolgt nach § 139c (Satz 4).

Zu Absatz 3

Mit der Vorgabe wird das InEK beauftragt, auf der Grundlage der Empfehlungen des IQWiG anhand der jeweils aktuell vorliegenden jährlichen Daten nach § 21 Absatz 2 KHEntgG die Auswirkungen einer Anwendung der Empfehlungen des IQWiG zu untersuchen (Satz 1). Dabei ist zu ermitteln, wie viele Krankenhausstandorte gemäß den Empfehlungen des IQWiG die Mindestvorhaltezahlen erfüllen würden und wie diese regional verteilt wären. Die Folgen der Empfehlungen für die Fahrzeiten von Patientinnen und Patienten zum nächst erreichbaren Krankenhausstandort, der die vom IQWiG empfohlenen Mindestvorhaltezahlen erfüllt, sind dabei zu berücksichtigen (Satz 2).

Mit Satz 3 wird das InEK verpflichtet, die Auswertungen nach den Sätzen 1 und 2 dem BMG innerhalb von drei Monaten nach Zugang einer Empfehlung des IQWiG nach Absatz 2 Satz 3 vorzulegen. Daneben hat das InEK Empfehlungen für die Festlegung einer

Mindestvorhaltezahle abzugeben. Das InEK hat bei den Empfehlungen die Kriterien nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

Das InEK wird mit Satz 4 verpflichtet, die zuständigen Krankenhausplanungsbehörden bis zum 30. Juni eines Jahres über die je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe erbrachten Behandlungsfälle und die Erfüllung oder Nichterfüllung der durch das BMG bekannt gegebenen Mindestvorhaltezahlen zu informieren.

Zu Absatz 4

Ein Anspruch auf Zahlung der Vorhaltevergütung entsteht abweichend von Absatz 1 Satz 3, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Für die Beurteilung, wann die Vorhaltung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist, gilt § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG entsprechend. Maßgeblich ist somit, ob ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, innerhalb der vorgesehenen PKW-Fahrtzeitminuten flächendeckend erreichbar ist. Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 30 Minuten. Für die übrigen Leistungsgruppen beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 40 Minuten. Zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit kommt es neben den PKW-Fahrtzeitminuten auch auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner an, die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrtzeiten betroffen wären. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich zur Ermittlung dieses Bevölkerungsbezugs insbesondere an der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 in der Fassung vom 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.12.2020 B3, orientieren.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem InEK, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres mitzuteilen, ob und bei welchen Krankenhäusern von der Ausnahme nach Absatz 4 Satz 1 für das nächste Kalenderjahr Gebrauch gemacht wurde, sodass diese Angabe bei der Ermittlung des Anteils eines Krankenhauses an der Vorhaltevergütung berücksichtigt werden kann.

Zu Absatz 5

Auf der Grundlage der Empfehlungen und Auswertungen des IQWiG und des InEK legt das BMG die Mindestvorhaltezahlen für die jeweiligen Leistungsgruppen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest. Nach Satz 2 erfolgt die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen erstmals binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027. Nach Satz 3 beobachtet das BMG die Auswirkungen der Mindestvorhaltezahlen und prüft, ob Mindestvorhaltezahlen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen sind oder eine in einer Leistungsgruppe festgelegte Mindestvorhaltezahle für das nächste Kalenderjahr unverändert fortgilt. Bei der Anpassung von Mindestvorhaltezahlen gilt das Verfahren nach Absatz 2 und 3 entsprechend. Das BMG beauftragt somit das IQWiG und das InEK mit der Erarbeitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung gemäß den Absätzen 2 und 3.

Zu Nummer 10 (§ 136)

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den G-BA nur zulässig ist, soweit diese die Qualitätskriterien nach § 135e in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.

Zu Buchstabe b

Mit dem neuen Absatz 4 wird normiert, dass der G-BA seine Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 insgesamt aufzuheben hat, wenn sämtliche Anforderungen der Richtlinie in den Qualitätskriterien nach § 135e normiert werden. Nicht aufzuheben hat der G-BA seine Strukturrichtlinien jedoch dann, wenn und soweit die Qualitätskriterien nach § 135e auf ebendiese Richtlinien des G-BA verweisen.

Zu Nummer 11 (§ 136c)

Zu Buchstabe a

Die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden aufgehoben. Die Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder wird durch diese Krankenhausreform umfassend neu gestaltet. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren wurden im Jahr 2016 eingeführt. Es zeigten sich jedoch zahlreiche Schwierigkeiten in der Umsetzung und viele Länder haben die Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für ihre eigene Krankenhausplanung ausgeschlossen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Nummer 12 (§ 137)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a.

Zu Buchstabe b

Zum Auftrag des G-BA, eine Richtlinie zu den sogenannten Qualitätskontrollen zu regeln, wird in Satz 1 eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a umgesetzt.

Zu Buchstabe c

Des Weiteren wird in Satz 1 zur Entbürokratisierung und Reduktion des Aufwands, der den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst im Rahmen regelmäßiger und ggf. wiederkehrender Prüfungen entsteht, die Berechtigung des G-BA beschränkt, neben stichproben- und anhaltspunktbezogenen auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorzusehen. Zum Zweck der Entbürokratisierung entfallen insoweit die sogenannten anlassbezogenen Kontrollen für einen Großteil der Richtlinien des G-BA. Unberührt von dieser Änderung bleiben anlassbezogene Kontrollen zur Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Absatz 2 Satz 1 sowie zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5, diese können insoweit weiterhin durchgeführt werden. Anlassbezogene Kontrollen sollten ursprünglich ermöglichen, dass der Medizinische Dienst auch regelmäßig, bspw. bei erstmaliger Erklärung eines Krankenhauses zur Erbringung einer Leistung, die Erfüllung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen kontrollieren kann. Diese regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen sollte eine Ergänzung zur Prüfung der Strukturmerkmale im Operationen- und Prozedurenschlüssel darstellen. Mit der gesetzlichen Neufassung des § 275a sollen die Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen künftig stärker vereinheitlicht und harmonisiert werden. Ziel ist auch, Doppelkontrollen zu vermeiden und Aufwände wo möglich abzubauen. Aufgrund der neu aufgenommenen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Nummer 1 werden die Krankenhäuser künftig bereits regelmäßig vom Medizinischen Dienst zur Einhaltung der für die jeweiligen Leistungsgruppen festgelegten bundeseinheitlichen Qualitätskriterien nach § 135e kontrolliert. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Prüfungen insoweit bereits eine bundeseinheitlich hohe Qualität, insbesondere hinsichtlich vorzuhaltender Strukturen, regelmäßig geprüft und sichergestellt werden kann; anlassbezogene Kontrollen zu den Qualitätsanforderungen des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 können insoweit angemessen ersetzt werden. Zumal aufwandsarme Stichprobenprüfungen und Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten erhalten bleiben. Da derzeit jedoch lediglich somatische Leistungsgruppen vorgesehen und darin keine Vorgaben zur Anwendung von Arzneimitteln enthalten sind, bleiben anlassbezogene Kontrollen zur Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) und zur Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-QS-RL) zunächst bestehen.

Zu Buchstabe d

In Satz 5 erfolgt eine redaktionelle Korrektur aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes in Folge des MDK-Reformgesetzes.

Zu Buchstabe e

Durch die Änderungen in Satz 6 wird der Auftrag an den G-BA dahingehend ergänzt, dass er künftig in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Festlegungen zu treffen hat, um einheitliche Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 zu unterstützen. Hierzu wird – bei Bedarf unter Einbezug des Medizinischen Dienstes Bund – beispielsweise zu prüfen sein, inwieweit Prüfzeiträume, -fristen und Kommunikationswege und weitere Durchführungsbestimmungen harmonisiert werden können. Dies soll der Aufwandsreduktion dienen und Bürokratieaufwände bei den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten abbauen. Prüfungen auf Grundlage der unterschiedlichen Regelungskreise sollen nur noch dort wo erforderlich unterschiedliche Prüfverfahren aufweisen.

Zu Nummer 13 (§ 221)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es wird geregelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse in den Jahren 2026 bis 2035 einen Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds leistet.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds dem Transformationsfonds zugeführt wird.

Zu Buchstabe c

Es wird das Verfahren der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds geregelt. Dieses entspricht dem etablierten Verfahren, wie es auch bei der Festlegung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds und am Strukturfonds durchgeführt wird.

Zu Buchstabe d

Durch die Änderung wird die Umbenennung des Bundesversicherungsamts in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durch das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts nachgezogen.

Zu Nummer 14 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) hat der Gesetzgeber die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 50 Prozent auf 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds abgesenkt, um überschüssige Mittel des Gesundheitsfonds dauerhaft an die Krankenkassen als zusätzliche Zuweisungen auszuschütten und zur Minderung der Deckungslücke in der GKV ab dem Jahr 2023 beizutragen.

Der Gesundheitsfonds wird gemäß der Prognose des Schätzerkreises zum Ende des Geschäftsjahres 2024 über liquide Mittel in Höhe von rund 5,7 Milliarden Euro verfügen. Die gesetzliche Mindestreserve liegt bei rund 4,7 Milliarden Euro. Die für die Finanzierung des Transformationsfonds benötigten Mittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro jährlich (zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre) sind bei der Ermittlung des zur Verfügung stehenden Zuweisungsvolumens gemäß § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass die Mittel des Transformationsfonds überwiegend über eine jährliche Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden. So wird sichergestellt, dass der Gesundheitsfonds über liquide Mittel in Höhe der gesetzlichen Mindestreserve von 20 Prozent einer Monatsausgabe verfügt.

Da die Mittel aus dem Transformationsfonds auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden können, können die Belastungen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zwischen den Kalenderjahren voraussichtlich stark variieren. Um der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Jahren mit geringen Mittelabflüssen eine größere Vorsorge für Jahre mit hohen Mittelabflüssen zu ermöglichen, wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für die Geschäftsjahre 2025 bis 2035 vorübergehend von 25 Prozent auf 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds erhöht. Überschüssige Mittel des Gesundheitsfonds, die bisher zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze an die Krankenkassen bei Überschreiten der Obergrenze von 25 Prozent einer Monatsausgabe ausgeschüttet wurden, verbleiben vorübergehend bis zum Jahr 2035 bis zu einer Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe im Gesundheitsfonds und werden für die Auszahlung an den Transformationsfonds angespart. Dadurch kann in Jahren mit hohen Auszahlungsbeträgen an den Transformationsfonds das Risiko des Unterschreitens der Mindestreserve reduziert und im Ergebnis der Umfang an Zuweisungskürzungen für die Krankenkassen und damit einhergehend die Gefahr von Beitragssatzsprüngen verringert werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird geregelt, dass dem Transformationsfonds nach § 12b KHG im Zeitraum von 2026 bis 2035 insgesamt Finanzmittel in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen und sind um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds zu reduzieren. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird dem Transformationsfonds nach den Vorgaben des § 221 Absatz 3 zugeführt.

Werden in den Jahren 2026 bis 2035 die jährlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro nicht oder nicht vollständig durch die Länder im jeweiligen Jahr abgerufen, stehen die nicht abgerufenen Finanzmittel bis zum 31. Dezember 2035 und damit bis zum Ende der Laufzeit des Transformationsfonds für einen späteren Abruf zur Verfügung. Mit der Übertragung der in einem Jahr nicht abgerufenen Mittel in die darauffolgenden Jahre bis Ende 2035 wird gewährleistet, dass für den gesamten Zeitraum des Transformationsfonds von 2026 bis 2035 insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro bereitgestellt werden.

Werden die von einem Jahr in spätere Jahre übertragenen Mittel zu einem späteren Zeitpunkt durch die Länder abgerufen, sind die dem Transformationsfonds zugeführten Mittel ebenfalls um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds zu reduzieren.

Zu Nummer 15 (§ 275a)

Mit der Regelung erfolgt eine Neufassung des § 275a zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen. Die Neufassung dient der Entbürokratisierung sowie Vereinheitlichung der bestehenden Prüfungen nach den derzeitigen §§ 275a (Qualitätskontrollen) und 275d (Strukturprüfungen) einerseits und den neuen Prüfungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e andererseits. Hintergrund ist, dass in den verschiedenen Regelungskreisen jeweils Anforderungen an Krankenhäuser festgelegt werden können, bei denen aufgrund inhaltlicher Überschneidungen Abgrenzungsprobleme und

insoweit Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes nicht auszuschließen sind. Mit dem Ziel der Entbürokratisierung sollen die entsprechenden Prüfungen aufwandsarm und möglichst einheitlich erfolgen. So werden insbesondere durch die wechselseitige Berücksichtigung vorhandener Erkenntnisse und Nachweise vermeidbare Aufwände bei den Krankenhäusern und beim Medizinischen Dienst eingespart. Perspektivisch soll auf der Grundlage der durch die Rechtsverordnung nach § 135e noch festzulegenden Qualitätskriterien mit dem Ziel der weiteren Entbürokratisierung geprüft werden, ob und inwieweit die Prüfungen weiter zusammengefasst beziehungsweise in ein Verfahren überführt werden können.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 Satz 1 werden die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gebündelt, die sich wesentlich mit Strukturen und weiteren Anforderungen an den Krankenhausstandorten befassen und für die eine bessere Integration und Vereinheitlichung erreicht werden soll. Die Prüfungen erfolgen standortbezogen. Der Medizinische Dienst hat eine angemessene ärztliche oder pflegerische Qualifikation seiner Prüferinnen und Prüfer sicherzustellen.

Dies betrifft gemäß Nummer 1 die Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e (neu). Mit der Ergänzung des § 135e werden künftig für bestimmte Leistungsgruppen bundeseinheitliche Qualitätskriterien festgelegt, die eine Strukturqualität sichern sollen. Die Prüfung der Einhaltung dieser Qualitätskriterien erfolgt durch den Medizinischen Dienst.

Daneben sind gemäß Nummer 2 auch die Prüfungen nach dem bisherigen § 275d zur Einhaltung von Strukturmerkmalen erfasst, die im Rahmen des durch das BfArM gemäß § 301 Absatz 2 Satz 3 herausgegebenen OPS, welcher Voraussetzungen für die Abrechnung festlegen kann, ausgewiesen werden.

Nummer 3 schließt die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes, die auf Grundlage des bisherigen § 275a eröffnet waren, zu den in den Richtlinien und Beschlüssen des G-BA festgelegten Anforderungen gemäß §§ 135b und 136 bis 136c ein. So legt der G-BA insbesondere in den Qualitätssicherungsrichtlinien gemäß §§ 136 ff. Anforderungen an Strukturen und Prozesse der medizinischen Versorgung fest.

In Nummer 4 wird die bisherige Regelung gemäß § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 i. V. m. Absatz 4 übernommen, wonach die Länder den Medizinischen Dienst auch mit einer Prüfung der Einhaltung von Qualitätsanforderungen beauftragen können, die von den Ländern landesrechtlich vorgesehen sind.

Satz 2 normiert, dass das Prüfverfahren sowie der Prüfumfang so zu erfolgen haben, dass für alle Beteiligte möglichst geringe Aufwände entstehen.

Soweit möglich, sollen vor diesem Hintergrund nach Satz 3 Prüfungen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegender Daten, Nachweise und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen. Lediglich in den Fällen, in denen eine Prüfung vor Ort erforderlich ist, etwa weil noch keine Auskünfte, Nachweise und Daten aus anderen Prüfungen vorliegen oder im Rahmen einer Akten- beziehungsweise Dokumentenprüfung kein abschließend klares Prüfergebnis abgeleitet werden kann, soll der Medizinische Dienst auch vor Ort in den Krankenhäusern prüfen. Der Medizinische Dienst kann erforderlichenfalls eine Dokumentenprüfung mit einer Vor-Ort-Prüfung verbinden. Zur weiteren Aufwandsreduktion sind vom Medizinischen Dienst auch einschlägige und gültige Zertifikate, die von dem jeweiligen Krankenhausstandort vorgehalten werden, als Nachweis über die Erfüllung von zu prüfenden Anforderungen zu verwenden, sofern diese etwa die Qualitätskriterien nach § 135e abbilden. Zudem soll der MD auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d veröffentlichten Daten, etwa zu den am Standort vorgehaltenen Ärztinnen und Ärzten, berücksichtigen.

Satz 4 stellt klar, dass unangemeldete Prüfungen bei den Krankenhäusern nur im Rahmen der Prüfungen zu Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 sowie nur in begründeten Ausnahmefällen eröffnet sind. Regelmäßig soll den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten ausreichend Zeit etwa für die Vorbereitung von Prüfunterlagen oder die Terminfindung ermöglicht werden, um vermeidbare Aufwände zu reduzieren.

Satz 5 normiert verschiedene Vorgaben, die zur Integration und Harmonisierung der Prüfungen sowie zur Reduktion der Aufwände, die den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Zusammenhang mit den Prüfungen nach § 275a (neu) entstehen, beitragen sollen. So wird dem Medizinischen Dienst gesetzlich vorgegeben, Maßnahmen umzusetzen, die auf möglichst einheitliche und aufeinander abgestimmte Prüfungen zu den verschiedenen Regelungskreisen nach Satz 1 abzielen. Zum Zweck der Vereinheitlichung der Prüfungen sollen die jeweiligen Verfahren und Durchführungsbestimmungen, etwa hinsichtlich der konkreten Prüfabläufe, Kommunikationsformen und Prüffristen etc., soweit möglich angeglichen werden. Wenn beispielsweise in einem Jahr sowohl eine Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 als auch nach Satz 1 Nummer 2 notwendig ist, sollen diese Prüfungen durch den Medizinischen Dienst in einem Prüfvorgang durchgeführt werden. Die Vorgabe zur Sicherstellung möglichst einheitlicher Prüfungen bezieht sich bei den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 ausschließlich auf Verfahrensfestlegungen. Konkretisierungen oder Auslegungen des Medizinischen Dienstes zu den Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen sind nicht möglich. Insbesondere zur Vermeidung von Doppelprüfungen hat der Medizinische Dienst ferner Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig zu berücksichtigen und zu verwenden. Unterlagen zur Überprüfung desselben Sachverhalts sind nicht mehrfach anzufordern. Dies gilt auch, wenn es sich bei einer Prüfung um verschiedene Leistungsgruppen nach Satz 1 Nummer 1 oder verschiedene Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 1 Nummer 2 handelt. Unverändert gültige Nachweise aus einer vorangegangenen Prüfung sind zu nutzen. Soweit der Medizinische Dienst also im Rahmen einer Prüfung feststellt bzw. Erkenntnisse erlangt, dass das Vorliegen oder Nichtvorliegen bspw. einer oder mehrerer Strukturanforderungen bereits im Rahmen einer anderen laufenden oder abgeschlossenen Prüfung festgestellt wurde, sollen, bei inhaltlicher Überschneidung der Strukturanforderungen im vorliegenden Falle mit der eines anderen Regelungskreises, diese Erkenntnisse und das Prüfergebnis entsprechend im Rahmen der vorliegenden Prüfung berücksichtigt werden können. U. a. zu diesem Zweck wird der Medizinische Dienst Bund gemäß § 283 Absatz 5 mit dem Aufbau einer standortbezogenen Datenbank zu den jeweiligen Prüferkenntnissen aus den unterschiedlichen Prüfungen nach diesem Absatz beauftragt. Da etwa die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 neben stationären Strukturen auch Prozessanforderungen oder Anforderungen an die Richtigkeit der Dokumentation umfassen können, werden neben „stationären Strukturen“ auch „weitere Anforderungen“ als möglicher Gegenstand der Prüfungen des Medizinischen Dienstes erwähnt.

Die Pflicht und das Recht der Krankenhäuser, die für die Prüfungen erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst zu übermitteln, wird in Satz 6 entsprechend den bisherigen Regelungen, etwa in § 275d Absatz 1 Satz 3, vorgegeben. Zur Sicherstellung eines stringenten Verfahrens wird vorgegeben, dass die Übermittlung von Prüfunterlagen innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen hat.

Zur weiteren Reduktion von Aufwänden und zur Sicherstellung möglichst einheitlicher Prüfungen sieht Satz 7 vor, dass die Übersendung einschließlich der Annahme von Prüfunterlagen, die Kommunikation zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenhäusern sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch die Medizinischen Dienste (Übersendung von Bescheinigung, Prüfgutachten etc.) dem Grundsatz nach auf elektronischem Weg erfolgen.

Nach Satz 8 können Krankenhäuser dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen und Daten auch über ein vom Medizinischen Dienst angebotenes,

geschütztes digitales Informationsportal bereitstellen. Für die Aktualität der in dem Informationsportal bereitgestellten Daten hat das Krankenhaus zu sorgen.

Die Prüfungen erfolgen gemäß Satz 9 durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist. Soweit in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 eröffnet, kann in begründeten Einzelfällen und im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Medizinischen Dienst und der jeweils beauftragenden Stelle auch ein Medizinischer Dienst beauftragt werden, der örtlich nicht für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist.

Die Sätze 10 und 11 legen fest, durch wen und an welcher Stelle die Grundlage sowie erforderliche Durchführungsbestimmungen für die jeweiligen Prüfungen näher bestimmt werden. Hiernach wird das Nähere zu den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 festgelegt. Die bereits bestehende Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d (StrOPS-RL)“ ist insoweit um das Nähere zu den künftigen Prüfungen zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e zu ergänzen. Die entsprechenden Festlegungen für die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 erfolgen in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3.

Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 zugrunde gelegt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die konkreten Prüfanlässe für die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e normiert.

Satz 1 normiert, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a KHG den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen haben. Hintergrund ist, dass die Leistungsgruppen den Krankenhäusern durch die Länder grundsätzlich nur zugewiesen werden können, wenn die jeweils geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind und dies durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist. Insbesondere in den Fällen, in denen im Rahmen einer Prüfung festgestellt wird, dass die Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nicht erfüllt sind, kann die zuständige Landesbehörde den Medizinischen Dienst mit einer Nachprüfung beauftragen.

Da die Einhaltung der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen auch Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 ist, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, haben gemäß Satz 2 auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen das Recht und die Pflicht, den Medizinischen Dienst bei Bedarf zu beauftragen. Doppelprüfungen sollen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vermieden werden.

In Satz 3 wird geregelt, dass die vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Leistungsgruppen vom jeweiligen Auftraggeber konkret im Prüfauftrag zu benennen sind. Dies dient der Vermeidung nicht erforderlicher Prüfungen zu Leistungsgruppen. Im Regelfall soll sich der Auftrag auf ein einzelnes Krankenhaus beziehungsweise auf einen einzelnen Krankenhausstandort beziehen.

Zur Gewährleistung einer besseren Planbarkeit für die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Länder sowie den Abschluss von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wird dem Medizinischen Dienst in Satz 4 aufgetragen, die Prüfung eines Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unverzüglich nach Eingang einer Beauftragung durchzuführen, und die Prüfung im Regelfall innerhalb von zehn Wochen abzuschließen. Der Abschluss der Prüfung erfolgt durch die

Erstellung eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst und dessen Übersendung an die jeweils beauftragende Stelle nach Satz 1 oder Satz 2. Um eine bessere Planbarkeit zu gewährleisten, können die beauftragenden Stellen die zeitliche Taktung der Prüfaufträge mit dem Medizinischen Dienst abstimmen.

Gemäß Satz 5 erhält zunächst die jeweils beauftragende Stelle das Gutachten. Soweit also die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zum Zweck des § 6a KHG eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst beauftragt hat, erhält zunächst nur diese das Gutachten. Die beauftragende Stelle kann das Gutachten, in einem ersten Schritt innerhalb von zwei Wochen ab dessen Zugang auf offensichtliche Unstimmigkeiten/ Fehler und Unklarheiten prüfen und darüber dem Medizinischen Dienst einen Hinweis erteilen. In dem Fall hat die beauftragende Stelle diese innerhalb von weiteren zwei Wochen mit dem Medizinischen Dienst abzuklären. Sofern offensichtliche Fehler Grundlage des Prüfungsergebnisses waren, ist dieses gegebenenfalls zu korrigieren. Erst nach Abschluss dieses Korrekturverfahrens wird das auf dieser Grundlage finalisierte Gutachten in einem zweiten Schritt auch an weitere Beteiligte übermittelt. Das Verfahren soll somit verhindern, dass erkennbar fehlerhafte Gutachten im weiteren Verfahren verwendet werden. Die Übermittlung des Gutachtens erfolgt dabei durch den Medizinischen Dienst, um eine zentrale und aufwandsarme Datenübermittlung sicherzustellen; perspektivisch sollen Aufwände weiter reduziert werden, indem die Übermittlung durch direkte Zugriffsrechte auf die Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 5 ersetzt wird. Sofern erforderlich, können die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Nachprüfung beauftragen.

Die Sätze 6 und 7 setzen Fristen für die erstmalige Beauftragung und den Abschluss von Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die nach Satz 2 von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zum Zweck des § 6a KHG sowie nach Satz 3 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum Zweck des § 109 zu beauftragen sind. So wird in Satz 7 festgelegt, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in einem ersten Schritt bis spätestens zum 30. September 2025 den Medizinischen Dienst mit den erstmaligen Prüfungen zu beauftragen haben. Diese Frist dient der Verfahrensklarheit für die Normanwender und der Gewährleistung einer besseren Planbarkeit der Prüfungen des Medizinischen Dienstes sowie der regelhaft sich daran anschließenden Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Ohne entsprechende Fristsetzung wäre ein Abschluss der erstmaligen Prüfungen in einem Zeitraum, in dem Leistungsgruppenzuweisungen der Länder noch ausreichend vor der Meldung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG an das InEK durchgeführt werden können, gegebenenfalls gefährdet. Sofern erstmalige Prüfungen nach den Sätzen 2 und 3 nicht bereits innerhalb der Frist nach Satz 4 von in der Regel zehn Wochen abgeschlossen werden können, hat der Medizinische Dienst diese aber spätestens bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen. Damit soll gewährleistet werden, dass die Feststellungen des Medizinischen Dienstes zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e zu einem Zeitpunkt vorliegen, an dem noch ausreichend Zeit für die Zuweisung von Leistungsgruppen beziehungsweise eine Änderung dieser durch die Länder möglich ist, bevor etwa die Meldung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG an das InEK vorzunehmen ist.

Satz 8 stellt klar, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde beziehungsweise die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in einem zweiten Schritt Folgebeauftragungen rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Gutachtens zu beauftragen haben. Davon unberührt besteht die Möglichkeit, im Bedarfsfall eine (Nach-) Prüfung zu beauftragen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird der Umgang mit den Prüfergebnissen und Feststellungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e normiert.

Das jeweilige Gutachten des Medizinischen Dienstes wird nach Abschluss des Korrekturverfahrens gemäß Absatz 2 Satz 5 der jeweils zuständigen Landeskrankenhausplanungsbehörde, den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie dem jeweiligen geprüften Krankenhaus auf elektronischem Wege übermittelt. Sofern die beauftragende Stelle nicht innerhalb der zweiwöchigen Frist nach Absatz 2 Satz 5 auf Fehler oder Unstimmigkeiten hinweist, hat der Medizinische Dienst nach Ablauf dieser zweiwöchigen Frist das Gutachten an die Stellen nach Absatz 3 Satz 1 zu übermitteln. Das Gutachten nach Satz 1 beinhaltet die Feststellungen des Medizinischen Dienstes aus der Prüfung einschließlich einer Darlegung der erfüllten oder nicht erfüllten Qualitätskriterien nach § 135e. Ein Gutachten, das die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e nachweist, begründet keinen Anspruch eines Krankenhauses auf Zuweisung einer Leistungsgruppe. Ebenso führt ein Gutachten, das die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e für eine Leistungsgruppe nachweist, nicht automatisch dazu, dass die Leistungsgruppe dem Krankenhaus nicht etwa im Rahmen der Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 2 KHG von der für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen werden kann.

Die Übermittlung der Prüfergebnisse und der Mitteilungen des Medizinischen Dienstes zu dessen Feststellungen im Rahmen einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie ans IQTIG sind erforderlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen benötigen diese Informationen für ihre Aufgaben nach § 6a KHG und § 109. Das IQTIG benötigt die Informationen für seine Aufgaben nach § 135d.

Nach Satz 2 werden die Qualitätskriterien ab Ausstellungsdatum des Gutachtens für längstens zwei Jahre als erfüllt angesehen, soweit die Einhaltung der Qualitätskriterien im Rahmen der Prüfung festgestellt wurde. Das Gutachten nach Satz 1 soll bei festgestellter Einhaltung der Qualitätskriterien auch kurz und in übersichtlicher Form die im Rahmen der Prüfung festgestellte Einhaltung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen dokumentieren. Damit es zu keinen zeitlichen Unterbrechungen hinsichtlich des Vorliegens eines gültigen Gutachtens kommt, haben die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde beziehungsweise die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Folgeprüfung gemäß Absatz 2 Satz 7 bei Bedarf rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Gutachtens zu beauftragen.

Satz 3 regelt das Verfahren für die Fälle, in denen Krankenhäuser Qualitätskriterien länger als einen Monat nicht mehr erfüllen. Die Frist von einem Monat wird zur weiteren Vereinheitlichung der Prüfverfahren an den bisherigen § 275d Absatz 3 Satz 3 und den im Wesentlichen inhaltsgleichen neuen Absatz 5 Satz 6 für die Strukturprüfung angelehnt. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien, welche im Rahmen einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 als eingehalten festgestellt wurden, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf elektronischem Wege mitzuteilen. Die Regelung dient der Vermeidung von Bürokratieaufbau und gewährleistet ein verhältnismäßiges Vorgehen für kurze Zeiträume, in denen Qualitätskriterien, zum Beispiel durch einen Defekt eines Großgerätes oder durch Krankheit des Personals, nicht erfüllt sind.

Gemäß Satz 4 informiert der Medizinische Dienst unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, wenn er etwa im Rahmen einer Prüfung feststellt, dass ein Krankenhaus

Qualitätskriterien nicht erfüllt, hierzu aber nicht oder nicht rechtzeitig seiner Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nachgekommen ist.

Nach Satz 5 hat der Medizinische Dienst auch das IQTIG unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 3 oder aufgrund sonstiger Erkenntnisse nach Satz 4 zu informieren.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Folgen, wenn Krankenhäuser ihrer Meldepflicht nicht oder nicht zeitgerecht nachkommen. Hierbei ist anzunehmen, dass die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien über einen Monat hinaus durch nachfolgende Prüfungen, aufgrund von Mitteilungen Dritter oder Hinweisen von Patientinnen und Patienten an zuständige Stellen für den Medizinischen Dienst erkennbar werden.

Wenn Krankenhäuser ihrer gesetzlich vorgegebenen Meldepflicht nicht nachkommen, darf dies nicht folgenlos bleiben. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass ein Verstoß angemessene Folgen hat. Dies ist gegeben, wenn das Krankenhaus für Leistungen, die es ohne Einhaltung der Qualitätskriterien erbringt, keine Vergütung erhält.

Der Anspruch auf Vergütung besteht erst wieder, wenn und solange die zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHG von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absieht.

Zu Absatz 5

Mit der Vorschrift werden die bislang in § 275d Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 1 vorgesehenen Regelungsinhalte für die Prüfung von Strukturmerkmalen gebündelt und in den neuen Absatz 5 des § 275a (neu) integriert. Dies umfasst die Begutachtung der Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst als Abrechnungsvoraussetzung, die Erteilung von Bescheid, Gutachten und Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst und die Übermittlungspflicht der Krankenhäuser darüber an betreffende Stellen sowie die Mitteilungspflicht der Krankenhäuser für den Fall der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen für mehr als einen Monat, die Mitteilung hat künftig auch gegenüber dem jeweiligen Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zu erfolgen. Darüber hinaus umfasst die Integration in den neuen Absatz 5 des § 275a (neu) das Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot für Krankenhäuser, soweit Strukturmerkmale nicht erfüllt sind. Hinsichtlich der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes gilt für die Strukturprüfung künftig die für alle Prüfungen nach Absatz 1 Satz 9 geltende Vorschrift. Darüber hinaus sind künftig durchgehend Übermittlungen sowie Mitteilungen zwischen Medizinischen Diensten und Krankenhäusern hiernach auf elektronischem Wege vorzunehmen, um hierdurch eine einheitliche Bearbeitung sowie Entbürokratisierung zu erreichen.

Zu Absatz 6

Mit der Vorschrift werden die bislang in § 275d Absatz 1a und Absatz 3 Satz 4 vorgesehenen Regelungsinhalte für die Prüfung von Strukturmerkmalen gebündelt und in den neuen Absatz 6 des § 275a – neu – integriert. Dies umfasst die übergangsweisen Ausnahmeregelungen für den Fall der Erbringung erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes (Satz 1) sowie der erstmaligen oder nach einer längeren Unterbrechung erneuten Leistungserbringung (Satz 2). Mit dem Ziel, die Private Krankenversicherung von Bürokratieaufwand zu entlasten, wird anstelle der Anzeige gegenüber dem jeweils zuständigen Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, welcher die Anzeige bislang an den Verband der Privaten Krankenversicherung übermittelte, eine Anzeige durch die Krankenhäuser unmittelbar an den Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegeben.

Darüber hinaus wird die bislang in § 275d Absatz 3 Satz 4 vorgesehene Mitteilungsverpflichtung für Krankenhäuser, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Satz 1 oder Satz 2 beantragt haben, keine Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst erteilt wurde, an die betreffenden Stellen im neuen Satz 3 geregelt. Die Mitteilungsverpflichtung gilt mit dem Ziel der Entlastung von Bürokratieaufwand ebenfalls anstelle gegenüber dem jeweils zuständigen Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung künftig unmittelbar gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Hierbei wird die Mitteilung auf elektronischem Wege vorgegeben, um eine Einheitlichkeit der Meldungen und hierdurch eine Entbürokratisierung zu erreichen.

Zu Absatz 7

In Absatz 7 erfolgen im Wesentlichen Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a. So werden weitere Regelungen zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 festgelegt. Bei diesen Prüfungen handelt es sich um die sogenannten Qualitätskontrollen, die im bisherigen § 275a geregelt waren.

In den Sätzen 1 und 2 werden Voraussetzungen und Vorgaben für die Durchführung der Prüfungen bestimmt, die im Wesentlichen den bisherigen Regelungen des § 275a entsprechen. Nach Satz 1 können Prüfungen nur durch die in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle beauftragt werden. Hierfür kommen insbesondere die für die Qualitätssicherung zuständigen Stellen auf Landes- und Bundesebene sowie die gesetzlichen Krankenkassen in Frage. Der Umfang und die Art der Prüfung haben sich nach Satz 2 durch den konkreten Prüfauftrag zu bestimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Prüfungen gemäß Absatz 1 Satz 2 aufwandsarm zu gestalten sind. Dies umfasst auch, dass der Auftrag bei Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sind, in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen muss, die Auslöser für die Kontrollen sind. Die Regelung in Satz 3 bezieht sich auf die Möglichkeit, den Medizinischen Dienst mit der Validierung der Daten der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beauftragen, dies entspricht der bisherigen Regelung in § 275a Absatz 3 Satz 2.

Zu Absatz 8

Um zu vermeiden, dass erhebliche Qualitätsmängel, die dem Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 auffallen, aber nicht vom Prüfauftrag abgedeckt sind, unberücksichtigt bleiben, wird der Medizinische Dienst in Absatz 7 verpflichtet, diese der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder bei Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 seinem Auftraggeber und dem Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen. Der Umgang mit erheblichen Qualitätsmängeln entspricht der bisherigen Regelung in § 275a Absatz 2 Satz 4 und wird künftig auf alle Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 übertragen. Ein erheblicher Qualitätsmangel liegt insbesondere dann vor, wenn er unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten oder einer anderen Person geführt hat oder führen könnte.

Zu Nummer 16 (§ 275c)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird vorgegeben, dass die Abrechnung von Vorhaltebewertungsrelationen nicht einzelfallbezogen geprüft werden darf. Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfungen, wie zum Beispiel der Prüfung auf primäre oder sekundäre Fehlbelegung, sind bei

den Vorhaltebewertungsrelationen umzusetzen, indem in diesen Fällen die Höhe der Vorhaltebewertungsrelationen entsprechend dem Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes anzupassen ist. Ist Ergebnis der Prüfung, dass anstelle von voll- oder teilstationären Entgelten eine ambulante oder vorstationäre Vergütung abzurechnen ist, entfällt mit der Abrechnung der stationären Entgelte auch die Möglichkeit zur Abrechnung der Vorhaltebewertungsrelationen. Damit wird die praktische Umsetzbarkeit von Prüfergebnissen gewährleistet, die sich aus Prüfanlässen ergeben, die jenseits der Abrechnung von Vorhaltebewertungsrelationen liegen und die Rückwirkungen auf die Abrechnung der Vorhaltevergütung haben. Hinzuweisen ist auf die Geltung von § 6b Absatz 4 KHEntgG, wonach Abweichungen der Erlöse von der Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Gesamtvorhaltebudgets vollständig auszugleichen sind.

Zu Nummer 17 (§ 275d)

Die Vorschrift wird aufgehoben und ihre Regelungsinhalte werden zum Zwecke der Bündelung und Vereinheitlichung mit den im neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 geregelten Prüfungen in die dortigen Absätze 5 und 6 integriert. Hierbei entfallen Übergangsregelungen, die vor dem Hintergrund der Einführung der Strukturprüfung zum Jahr 2021, jedoch mittlerweile nicht mehr, erforderlich waren, und die teilweise in anderen Regelungen aufgegangen sind.

Zu Nummer 18 (§ 276)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa bis Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a.

Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc

Es werden Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a umgesetzt. Hierzu erfolgen Verweisänderungen, sodass entsprechend der bestehenden Regelung für die Qualitätskontrollen nach dem bisherigen § 275a der Medizinische Dienst auch künftig befugt ist, für Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu verarbeiten. Diese Regelung wird zudem auch für die neuen Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e übernommen. Voraussetzung ist, dass der Medizinische Dienst Bund in seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 die entsprechenden Befugnisse des Medizinischen Dienstes festgelegt und dass dies für die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe dd

Aufgrund der Neufassung des § 275a erfolgt eine Verweisänderung.

Zu Nummer 19 (§ 277)

Zu Buchstabe a bis Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a.

Zu Nummer 20 (§ 278)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich einerseits um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Darüber hinaus wird das Berichtswesen der Medizinischen Dienste im Hinblick auf die künftig in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geregelten Strukturprüfungen gestärkt. Infolge der Erfahrungen im Zusammenhang mit der Strukturprüfung, die mit dem MDK-Reformgesetz zum Jahr 2020 eingeführt sowie infolge der COVID-19-Pandemie auf das Jahr 2021 zur erstmaligen Anwendung verschoben wurde, hat sich die Erforderlichkeit gezeigt, in kürzeren Abständen Erkenntnisse über das Prüfungsgeschehen vonseiten der Medizinischen Dienste zu erlangen. Ein künftig einjähriger Turnus der Berichte durch die Medizinischen Dienste ist auch geeignet, Anpassungen der OPS-Kodes bzw. von Strukturmerkmalen zeitnah und insoweit parallel zum jährlichen Verfahren des OPS nachzuvollziehen. Zudem ist es erforderlich, eine differenziertere Aufbereitung der Ergebnisse der Prüfungen zu erhalten. Die Medizinischen Dienste nehmen bereits heute im Rahmen ihrer Berichterstattung differenzierte Unterteilungen nach den in der Strukturprüfungs-Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 jeweils gültigen Antragsarten sowie den jeweils gültigen, mit Strukturmerkmalen versehenen OPS-Kodes vor. Mit der vorliegenden Regelung wird sichergestellt, dass künftig darüber hinaus auch eine nach Strukturmerkmalen differenzierte Darstellung der Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen sowie Erhebungen erstellt werden zur Anzahl der Mitteilungen von Krankenhäusern, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten oder denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 5 (bislang Absatz 1a) beantragt haben, keine Bescheinigung erteilt wurde. Zudem sollen die Berichte der Medizinischen Dienste künftig auch die Anzahl der Anzeigen nach Absatz 5 enthalten, die Krankenhäuser zum Zwecke der vorübergehenden Abrechnung von Leistungen vorzunehmen haben, bevor der Medizinische Dienst die Einhaltung von Strukturmerkmalen begutachtet hat.

Damit der Medizinische Dienst Bund die gemäß § 283 Absatz 5 normierte Datenbank umsetzen und betreiben kann, sind zudem regelmäßige Datenlieferungen der Medizinischen Dienste an den Medizinischen Dienst Bund erforderlich. Hierzu wird ein neuer Satz 4 ergänzt. In der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird der Medizinischen Dienst Bund Näheres festzulegen haben, insbesondere dazu, welche konkrete Daten von den Medizinischen Diensten, in welchem Format, in welchem Umfang und in welcher Frequenz zu übermitteln sind und welche Nutzer in welchen Fällen für welchen Zuständigkeitsbereich Zugriff auf die Daten in der Datenbank erhalten. Sofern technisch sinnvoll umsetzbar, kann der Medizinische Dienst Bund auch vorsehen, eine direkte Eingabemöglichkeit in seiner Datenbank für die Medizinischen Dienste, etwa über die Verwendung von Schnittstellen oder Möglichkeiten zum Hochladen von Dateien anzubieten. In Anbetracht der Verwendung der Daten aus der Datenbank insbesondere anstelle der Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5 sowie für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis ist eine möglichst unverzügliche, gegebenenfalls tagesaktuelle, Übermittlung von Daten nach Abschluss einer Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 beziehungsweise nach Erlangung neuer Erkenntnisse zur standortbezogenen Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen vorzusehen. Zumal der jeweilige Medizinische Dienst die Daten in der Datenbank zudem auch zur Erfüllung seiner Pflichten nach

§ 275a Absatz 1 Satz 5 verwenden können soll, u. a. um seine Prüfungen soweit möglich aufeinander abzustimmen, zu vereinheitlichen und um Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen berücksichtigen und verwenden zu können.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der rechtsbereinigenden Aufhebung der Übergangsvorschrift des § 412. Der neue Absatz entspricht dem aufgehobenen § 412 Absatz 4. Dessen Regelungswirkung ist zur Versorgung des von den Medizinischen Diensten im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 von den Vertrauensärztlichen Diensten übernommenen verbeamteten Personals erforderlich, bis die Dienstherrenfähigkeit bei allen Medizinischen Diensten entfallen ist.

Zu Nummer 21 (§ 280)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Aufgrund der Neufassung des § 275a erfolgen Verweisanpassungen sowie eine redaktionelle Folgeänderung.

Mit den Änderungen in § 280 wird festgelegt, dass die Kosten des Medizinischen Dienstes, entsprechend der bestehenden Regelungen für die sogenannten Qualitätskontrollen nach dem bisherigen § 275a und den sogenannten Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d, künftig für sämtliche Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 durch die Umlage nach Absatz 1 Satz 1 aufgebracht werden. Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 sind dagegen von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten.

Zu Nummer 22 (§ 283)

Zu Buchstabe a

Gemäß § 275a Absatz 1 Satz 10 soll die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 die Grundlage für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 bilden. Dementsprechend sieht die Regelung vor, dass der Medizinische Dienst Bund eine gemeinsame Richtlinie zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 zu erlassen hat. Der Medizinische Dienst Bund hat hierzu zweckmäßigerweise seine bereits bestehende Strukturprüfungs-Richtlinie nach dem bisherigen § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 um Vorgaben zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 anzupassen. In der Richtlinie soll der Medizinische Dienst Bund insbesondere erforderliche Durchführungsbestimmungen und Verfahrensregelungen für die jeweiligen Prüfungen näher bestimmen. Entsprechend den Vorgaben in § 275a Absatz 1 Satz 5 hat der Medizinische Dienst Bund dabei auch Maßnahmen festzulegen, um die Prüfungen möglichst aufeinander abgestimmt, einheitlich und aufwandsarm auszugestalten. Zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind keine inhaltlichen Auslegungen oder Konkretisierungen des Medizinischen Dienstes zu den Qualitätskriterien nach § 135d gestattet. In der Richtlinie ist daneben auch das Nähere zur Datenbank nach Absatz 5, u. a. Konkretisierungen zu den Datenübermittlungen der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 4, zu bestimmen. Die Anpassung der bestehenden Strukturprüfungs-Richtlinie hat der Medizinische Dienst Bund bis zum [einsetzen: 6 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] umzusetzen. Die gemeinsame Richtlinie zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 in Gestalt der angepassten Strukturprüfungs-Richtlinie ist bei Bedarf anzupassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der rechtsbereinigenden Aufhebung von § 411. Der neue Absatz entspricht dem aufgehobenen § 411 Absatz 3 Satz 2 bis 6. Dieser enthält spezielle Regelungen zum Erlass der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 und ist daher weiterhin erforderlich.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 4

Die Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Prüfungen in § 275a. Darüber hinaus vollzieht sie hinsichtlich der nach § 278 Absatz 4 Satz 2 vorgesehenen Verpflichtung der Medizinischen Dienste, künftig im Jahresturnus an den Medizinischen Dienst Bund über die Strukturprüfung zu berichten, die Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes Bund an das BMG nach. Zum Zwecke der zeitnahen Kenntniserlangung über das Prüfungsgeschehen zur Strukturprüfung und der Inhalte der Berichte der Medizinischen Dienste ist es erforderlich, auch dem Medizinischen Dienst Bund eine jährliche Berichtspflicht gegenüber dem BMG aufzuerlegen. Der Bericht wird insoweit aus dem bislang einheitlich für alle Prüfarten vorgesehenen Bericht ausgegliedert, zumindest für die Jahre, in denen angesichts des Zwei-Jahres-Turnus des Berichtswesens für die anderen Prüfungen kein Bericht vorzulegen ist. Zudem wird eine Klarstellung vorgesehen vor dem Hintergrund, dass der GKV-Spitzenverband künftig keine statistischen Angaben zu Anzahl und Ergebnissen der Strukturprüfungen nach § 275d (künftig § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) mehr in seiner Jahresstatistik auszuweisen hat (siehe die Änderung zu § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 KHG), sondern allein die Medizinischen Dienste über die Daten berichten. Mit dem Ziel, dem GKV-SV sowie der DKG zu ermöglichen, ihrer Berichtspflicht gegenüber dem BMG über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung nach § 17c Absatz 7 Satz 1 KHG nachkommen zu können, wird daher geregelt, dass der MD Bund seiner Stellungnahme an die Spitzenverbände zu diesem Zweck die ihm durch die Medizinischen Dienste im Rahmen ihrer Berichte nach § 278 Absatz 4 Satz 2 übermittelten statistischen Angaben zugrunde zu legen hat.

Zu Absatz 5

Der Medizinische Dienst Bund wird beauftragt, eine standortbezogene Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 umzusetzen und zu betreiben. Die Daten in der Datenbank weisen keinen Personenbezug auf und sind nicht zu veröffentlichen.

Gemäß Satz 2 sind in der Datenbank standortbezogen die Feststellungen der Medizinischen Dienste und hier insbesondere das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen auszuweisen. Zudem ist standortbezogen auch dazulegen, ob ein Gutachten nach § 275a Absatz 3 Satz 1 vorliegt und ob dies gültig ist beziehungsweise ob es seine Gültigkeit verloren hat. Darüber hinaus sind standortbezogen auch die Mitteilungen von Krankenhäusern darzulegen, soweit diese eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale beziehungsweise Qualitätskriterien mehr als einen Monat nach § 275a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5 Satz 5 nicht mehr einhalten. Auch eine festgestellte Nichteinhaltung von Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 3 Satz 4 ist darzulegen.

Die Verarbeitung dieser Daten in einer Datenbank ist insbesondere erforderlich, damit der Medizinische Dienst seine Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 5 vereinheitlichen, aufeinander abstimmen und bestehende Erkenntnisse wechselseitig verwenden und berücksichtigen kann. So sollen die Medizinischen Dienste etwa Prüfungen möglichst in einem Prüfverfahren durchführen, vorliegende Nachweise verwenden und Prüfunterlagen nicht mehrfach anfordern. Hierzu benötigen sie einen standortbezogenen Überblick, in welchem Krankenhaus welche Prüfung mit welchem Ergebnis durchgeführt wurde. Vor diesem

Hintergrund sollen die standortbezogenen Informationen der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund auch von den Medizinischen Diensten selbst für ihr jeweiliges Bundesland genutzt werden können. Zu diesem Zweck sieht Satz 5 neben der Pflicht der Medizinischen Dienste, regelmäßig an den Medizinischen Dienst Bund Daten zu übermitteln, auch Zugriffsrechte auf die in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Krankenhausinformationen vor.

Daneben ist die standortbezogene Verarbeitung von Prüfungsergebnissen in einer Datenbank gemäß Satz 5 erforderlich, damit das IQTIG Angaben über die standortbezogene Einhaltung beziehungsweise Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e in deutschen Krankenhäusern zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d verarbeiten kann. Dies soll dem IQTIG gemäß Satz 6 durch einen direkten Zugriff auf die Datenbank ermöglicht werden und somit der Automatisierung und Aufwandsreduktion von Prozessen beitragen. Ohne eine entsprechende Datenverarbeitung lägen keine Informationen dazu vor, ob einzelne Krankenhäuser die bundeseinheitlich für die jeweiligen Leistungsgruppen festgelegten Qualitätskriterien einhalten oder nicht. Durch die entsprechende Veröffentlichung sollen selbstbestimmte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten ermöglicht und Qualitätsverbesserungen bei den Krankenhäusern gefördert werden.

Gemäß Satz 6 erhalten auch die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die jeweils zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Zugriff auf die standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets. Dies soll künftig die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5 an die entsprechenden Adressaten ersetzen und dient der Automatisierung und insoweit der Aufwandsreduktion von Prozessen. Durch die Datenbank künftig ersetzt werden soll auch das Übermittlungsverfahren nach § 275a Absatz 5 Satz 4 sowie Absatz 6 Satz 3, d.h. die bislang vorgesehene Übermittlungspflicht der Krankenhäuser über ihnen durch den jeweiligen Medizinischen Dienst ausgestellte Bescheinigungen über die Erfüllung der Strukturmerkmale sowie die Verpflichtung, Mitteilungen an die entsprechenden Stellen darüber vorzunehmen, soweit ihnen nach Abschluss einer Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach § 275a Absatz 6 Satz 1 oder 2 beantragt haben, keine Bescheinigung durch den jeweiligen Medizinischen Dienst ausgestellt wurde. In diesem Rahmen erhält der Verband der Privaten Krankenversicherung Zugriff auf die Datenbank, da dieser anders als bei Vorlage der Bescheinigung nach Absatz 5 Satz 4 nicht über die Pflegesatzvereinbarungen Kenntnis über die jeweils erfüllten Strukturmerkmale erlangt.

Die Datenbank ist standortbezogen zu führen. Dazu wird nach Satz 7 die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 zugrunde gelegt.

Gemäß Satz 8 hat der Medizinische Dienst Bund das Nähere zur Datenbank, insbesondere zum Verfahren und zu den konkret von dem Medizinischen Diensten zu übermittelnden Daten sowie deren Verarbeitung in der Datenbank, in seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 festzulegen. Dabei werden auch die erforderlichen technischen Festlegungen, Nutzer- beziehungsweise Zugriffsrechte sowie Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit zu bestimmen sein. Soweit möglich sind Prozesse, wie etwa Informationen an Nutzer bei geänderten Datenbeständen, zu automatisieren. Aufgrund der Weiterverarbeitung der Daten beispielsweise durch das IQTIG werden die Daten in einem maschinenlesbaren Format und interoperabel vom Medizinischen Dienst Bund vorzuhalten sein.

Gemäß Satz 9 hat der Medizinischen Dienst Bund die Datenbank bis zum [einsetzen: 6 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] umzusetzen, sodass die Medizinischen Dienste zeitnah erforderliche Datenlieferungen umsetzen können.

Zu Buchstabe d

Durch die Einfügung eines neuen Absatz 5 wird der bisherige Absatz 5 zu Absatz 6.

Zu Nummer 23 (§ 299)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzungen in Satz 3 ermöglichen eine exaktere Risikoadjustierung der Ergebnisse der Patientenbefragungen und damit eine belastbare Auswertung dieser Daten. Bereits aktuell werden im Rahmen der Patientenbefragungen direkt bei den Patientinnen und Patienten Angaben erhoben, die einer Risikoadjustierung der Ergebnisse der Patientenbefragung dienen. Dies umfasst u.a. Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand sowie Angaben zur Person (Alter, Geschlecht). Zukünftig sollen weitere Daten, die in den Krankenhäusern und Arztpraxen vorliegen, zur Risikoadjustierung verarbeitet werden können. Mithilfe von bspw. Laborparametern oder medizinischen Angaben zur Therapie kann die Risikoadjustierung verbessert und die Aussagekraft der Ergebnisse der Patientenbefragungen geschärft werden. Des Weiteren wird zukünftig die Datenübermittlung zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung der Patientenbefragung ermöglicht. Mit der Einführung einer Patientenbefragung als neues Element der Qualitätssicherung ist in der Regel für einen definierten Zeitraum eine wissenschaftliche Begleitung erforderlich. Ziel der damit einhergehenden Evaluation ist neben der Optimierung von Prozessen insbesondere die Prüfung der Aussagekraft und Anschlussfähigkeit der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Dafür ist u.a. eine Analyse der an der Befragung teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patientinnen und Patienten wichtig (Responder-Analyse). Die für die wissenschaftliche Erhebung sowie die Risikoadjustierung erforderlichen Daten (z.B. Diagnosen, Behandlungsart) können zuverlässig nur über die fallbezogenen Dokumentationsdaten der Krankenhäuser und Arztpraxen erhoben werden. Die jeweils erforderlichen Daten sind dabei vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß Satz 2 und 3 in seinen Richtlinien und Beschlüssen festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 12 wird klargestellt, dass die Versendestelle personen- oder einrichtungsbezogene Daten an die in den Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Empfänger (beispielsweise Bundesauswertungsstelle) übermitteln darf, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist. Dies ist insbesondere der Fall, wenn entsprechende Datenverarbeitungen für die Zuordnung eines Fragebogens zu einem Leistungserbringer erforderlich sind (Mapping-Tabelle). So ist Kernelement der Qualitätssicherung, dass auffällige Qualitätsergebnisse dem konkreten Leistungserbringer zur Kenntnis gegeben werden, um insbesondere qualitätsverbessernde Maßnahmen einleiten zu können. In Verbindung mit der Ergänzung in Satz 3 (siehe auch die Begründung zur Ergänzung von § 299 Absatz 4 Satz 3) sind zukünftig auch solche Daten von der

Übermittlungsbefugnis umfasst, die für die Risikoadjustierung der Ergebnisse bzw. der wissenschaftlichen Begleitung der Patientenbefragungen durch die Auswertungsstelle erforderlich sind. In den Richtlinien und Beschlüssen hat der G-BA die Datenempfänger sowie die Daten, die von der Versendestelle zu verarbeiten und zu übermitteln jeweils festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummer 4.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung wird das IQTIG berechtigt und verpflichtet, die Daten, welche der Medizinische Dienst Bund ihm gemäß § 275a Absatz 3 Satz 1 und 5 übermittelt, zum Zweck des § 135d zu verarbeiten. Sobald die Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund aufgebaut ist, besteht gemäß § 283 Absatz 5 ein direktes Zugriffsrecht des IQTIG auf die Daten zu den Ergebnissen aus den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Medizinischen Dienstes Bund, insbesondere zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e sowie der gemäß § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG von den Ländern übermittelten Daten zu Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus im Rahmen einer Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 2 KHG zugewiesen sind. Zum Zweck des § 135d darf das IQTIG diese Daten verarbeiten und mit den in § 299 Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 7 Satz 1 genannten Daten zusammenführen und auswerten.

Zu Nummer 24 (§ 307)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umbenennung der Anlage 2 zu § 307.

Zu Nummer 25 (§§ 411, 412)

Die Aufhebung der §§ 411 und 412 dient der Rechtsbereinigung. Die beiden Paragraphen enthalten Übergangsregelungen zur Neukonstituierung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund im Rahmen des MDK-Reformgesetzes und sind vollständig umgesetzt. Lediglich die weiterhin erforderlichen Regelungen des § 411 Absatz 3 Satz 2 bis 6 sowie des § 412 Absatz 4 werden in andere Paragraphen transferiert.

Zu Nummer 26 (§ 426)

Die Regelung sieht eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG vor, die ergänzend neben die in § 17b Absatz 4c KHG vorgesehene Evaluation der Wirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung und in § 115g Absatz 4 vorgesehene Evaluation der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen tritt. Dabei hat die erste Evaluation zeitnah zum Wirksamwerden der Regelungen stattzufinden, um möglichst frühzeitig möglichen gesetzgeberischen Nachsteuerungsbedarf feststellen zu können.

Nach Nummer 1 sind die Festlegung der Leistungsgruppen einschließlich der leistungsgruppenbezogenen Qualitätskriterien sowie die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu evaluieren. Zu untersuchen wird dabei insbesondere sein, welche Konzentrationseffekte die festgelegten und nach § 6a KHG zugewiesenen Leistungsgruppen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser gehabt haben. Konzentrationseffekte sind von Bedeutung, weil dies zu einer Steigerung der Fallzahlen je Leistungserbringer führt, was eine Qualitätsverbesserung unterstützt.

Nach Nummer 2 sind auch die Regelungen über die Prüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der einzelnen Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste zu evaluieren.

Vorliegende Informationen, in welchem Ausmaß Korrekturbedarf im Sinne des § 275a Absatz 2 Satz 5 zu den Gutachten der Medizinische Dienste bestand, sind in die Evaluation einzubeziehen. Es soll auch evaluiert werden, inwieweit eine Vereinheitlichung der Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 4 (neu) erreicht werden konnte. Da die bisherigen Regelungen zu den Qualitätskontrollen gemäß dem bisherigen § 275a sowie zur Strukturprüfung gemäß des bisherigen § 275d weitgehend unverändert in die Vorschrift übernommen worden sind, sind diese nicht Gegenstand der Evaluation.

Im Rahmen der Evaluation der Auswirkungen der Maßnahmen des KHVVG auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist insbesondere darauf einzugehen, wie sich durch mögliche Konzentrationseffekte die Erreichbarkeitszeiten für die Patientinnen und Patienten verändert haben.

Auch sind die Auswirkungen auf die Personalstrukturen der Krankenhäuser zu untersuchen. Insbesondere die Auswirkungen auf die Personalstruktur erscheinen von Bedeutung für die Qualität der Leistungserbringung.

Die Ermittlung der Auswirkungen des KHVVG auf die wirtschaftliche Situation sowohl der Krankenhäuser als auch der Kostenträger soll frühzeitig Fehlanreize und Zielkonflikte offenlegen und mögliche Ansatzpunkte zur Nachsteuerung aufzeigen.

Soweit möglich, soll der Evaluationsbericht auch Ausführungen zu den übergeordneten Zielen des KHVVG enthalten. Die drei zentralen Ziele sind: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung.

Satz 2 stellt sicher, dass die mit der Evaluation beauftragten Vertragsparteien auf Bundesebene über die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Datengrundlage verfügen. Bereits durch andere Vorschriften geregelte Berichte, z.B. nach § 115g Absatz 4 SGB V oder nach § 283 Absatz 4 in Verbindung mit § 278 Absatz 4 SGB V können hier einfließen, so dass kein weiterer Bürokratieaufwand entsteht. Sofern erforderlich, können sie kraft ihrer Gesellschafterstellung auch Auswertungen durch das InEK veranlassen.

Zu Nummer 27 (Anlage 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Anlage 2 zu § 135e.

Zu Nummer 28 (Anlage 2 neu)

Anlage 2 zu § 135e legt übergangsweise Qualitätskriterien für die fünf Leistungsgruppen der Anlage 1 zu § 135d, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind, fest. Dabei handelt es sich um die Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Traumatologie (Nummer 27 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47 der Anlage 1 zu § 135d) und Notfallmedizin (Nummer 65 der Anlage 1 zu § 135d). Die Festlegungen erfolgen auf Basis von Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. sowie der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die Qualitätskriterien werden entsprechend den Festlegungen von Qualitätskriterien im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 sowie den Vorgaben in § 135e Absatz 1 Satz 4 in den Anforderungsbereichen Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien festgelegt.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 135d)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d.

Zu Nummer 2 (§ 307)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e.

Zu Nummer 3 (Anlage 1 und Anlage 2)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e.

Zu Nummer 4 (Anlage 3)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 SGB V (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Nummer 2 (§ 6a)

Durch die Änderung in Nummer 2 wird § 6a neu gefasst.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde.

Satz 1 sieht vor, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den nach § 108 Nummer 1 und 2 SGB V zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zuweisen kann. Leistungsgruppen bilden das Behandlungsspektrum der Krankenhäuser ab. Für sie gelten nach § 135e SGB V bundeseinheitliche Qualitätskriterien, deren Erfüllung Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist. Hierdurch soll eine hochwertige Strukturqualität gewährleistet werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Landesbehörde dient daher der Verwirklichung des in § 1 Absatz 1 genannten Ziels einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Zugleich werden durch die Zuweisung der mit einheitlichen und evidenzbasierten Qualitätskriterien hinterlegten Leistungsgruppen auch die in § 1 Absatz 1 genannten Ziele einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung erreicht: Die durch die Einführung der Leistungsgruppen bezweckte Qualitätssicherung erhöht die Behandlungsqualität und dient damit der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Zudem wird durch die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur die Deckung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung durch geeignete Krankenhäuser sichergestellt.

Darüber hinaus wird auf Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses nach § 37 Absatz 1 ermittelt. Für jede zugewiesene

Leistungsgruppe erhält das Krankenhaus nach § 6b KHEntgG ein Vorhaltebudget. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen nach DRG-Fallpauschalen relevant. So sieht § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG vor, dass keine Entgelte für Leistungen berechnet werden dürfen, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppen zugewiesen wurden.

Nach Satz 2 bestimmt sich der Standort eines Krankenhauses nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.

Zwingende Voraussetzung für die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist nach Satz 3, dass die für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135e SGB V geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Einem Krankenhaus dürfen Leistungsgruppen vorbehaltlich des in Absatz 2 geregelten Ausnahmetatbestandes nur dann zugewiesen werden, wenn es über die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung verfügt und die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien erfüllt. Ein Anspruch des Krankenhauses auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nach Satz 4 aber nicht. Dies gilt auch dann, wenn die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen handelt es sich um eine Ermessensentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Bei der Entscheidung, ob und welche Leistungsgruppen einem Krankenhaus zugewiesen werden sollen, sind weitere Kriterien wie zum Beispiel die Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses zu berücksichtigen. Auch die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsbemessungssystemen für die Ärzteschaft (zum Beispiel das Personalbedarfsbemessungssystem der Bundesärztekammer) kann als Entscheidungskriterium herangezogen werden.

Da die Einführung der Leistungsgruppen unter anderem zur Spezialisierung in der Krankenhausversorgung und damit zur Qualitätsverbesserung beitragen soll, ist möglich, dass bereits vor einer Leistungsgruppenzuweisung auf regionaler Ebene im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Verhandlungen verschiedener Krankenhausträger über Leistungsverlagerungen stattfinden bzw. dass ein Krankenhausträger entsprechende Leistungsverlagerungen zwischen zwei oder mehreren seiner Krankenhausstandorte vorsieht. Auch derartige Leistungsverlagerungen können durch die zuständige Landesbehörde im Rahmen der Ermessensentscheidung für die Leistungsgruppenzuweisung berücksichtigt werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Krankenhausträger die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde frühzeitig über die beabsichtigte Leistungsverlagerung informieren und in das Verfahren einbinden, insbesondere damit die Leistungsverlagerung aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden kann.

Satz 5 bestimmt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 SGB V nachgewiesen wird. Der Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien ist nur durch ein Gutachten nach § 275a Absatz 2 Satz 4 SGB V möglich, dessen Geltungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Nach § 275a Absatz 3 Satz 2 SGB V gilt das Gutachten längstens für einen Zeitraum von zwei Jahren als Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien.

Satz 6 regelt eine weitere Nachweismöglichkeit für die Krankenhäuser, für den Fall, dass das Ergebnis der erstmaligen Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 7 SGB V noch nicht vorliegt. Danach kann die Erfüllung der Qualitätskriterien abweichend von Satz 5 bis zum Vorliegen des Gutachtens des Medizinischen Dienstes zum Abschluss der erstmaligen Prüfung nach § 275a Absatz 2 Satz 7 SGB V durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Gegenstand der Selbsteinschätzung sind die Leistungsgruppen, deren Prüfung die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits beauftragt hat. In der Selbsteinschätzung sind die

Leistungsgruppen zu bezeichnen, deren Qualitätskriterien nach Einschätzung des Krankenhauses erfüllt sind. Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist nach Satz 7 im Rahmen der Selbsteinschätzung durch das Krankenhaus zu begründen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Selbsteinschätzung des Krankenhauses für die Landesbehörde zum Zweck der Leistungsgruppenzuweisung nachvollziehbar ist und bei Bedarf gezielt nachgeprüft werden kann. Die Nachweismöglichkeit durch eine Selbsteinschätzung eröffnet der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit, Leistungsgruppen bereits vor Abschluss der Prüfung durch den Medizinischen Dienst zuzuweisen. Macht die Landesbehörde von dieser Möglichkeit Gebrauch, können die mit der Zuweisung der Leistungsgruppen verbundenen voraussichtlichen vergütungsrechtlichen Auswirkungen für einzelne Krankenhäuser möglichst frühzeitig ermittelt werden. § 37 Absatz 5 Satz 2 enthält hierzu eine Pflicht des InEK, dem Krankenhausträger für bereits vor dem Jahr 2027 zugewiesene Leistungsgruppen Informationen über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens zu übermitteln.

Nach Satz 8 löst das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 SGB V über die Erfüllung der Qualitätskriterien die Selbsteinschätzung nach Satz 6 ab. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grundlage einer Selbsteinschätzung ist nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 aufzuheben, wenn die Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ergibt, dass die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind.

Satz 9 berücksichtigt die besondere Versorgungssituation der Bundeswehrkrankenhäuser und der BG Kliniken. Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnisverteidigung – sicherzustellen. Zudem sind die Bundeswehrkrankenhäuser zur GKV-Versorgung von Zivilpatientinnen und -patienten zugelassen. Für die zivile Versorgung verfügen die Bundeswehrkrankenhäuser über Versorgungsverträge oder sind als Plankrankenhäuser in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommen. Die BG Kliniken werden von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vorgehalten. Sie haben den Auftrag, Versicherte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder mit einer Berufskrankheit medizinisch zu versorgen. Die BG Kliniken übernehmen regelmäßig einen Versorgungsauftrag für die Gesamtbevölkerung und stehen somit auch Personen im System der GKV und PKV offen. Hierzu sind BG Kliniken anteilig in den Krankenhausplänen der Länder berücksichtigt. Die besonderen Aufträge der Bundeswehrkrankenhäuser und der BG Kliniken sollen auch bei der Zuweisung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Diesen Krankenhäusern sollen daher die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung beziehungsweise nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Ressourcen vorhalten. Im Übrigen gelten für Bundeswehrkrankenhäuser und BG Kliniken die allgemeinen Regelungen. Voraussetzung für die Leistungsgruppenzuweisung an Bundeswehrkrankenhäuser und BG Kliniken ist daher auch die Erfüllung der nach § 135e SGB V geltenden Qualitätskriterien.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt nach Satz 10 durch Bescheid. Gegen den Zuweisungsbescheid ist nach Satz 11 der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, wann eine Leistungsgruppe in Abweichung von dem in Absatz 1 Satz 3 geregelten Grundsatz zugewiesen werden darf, obwohl die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht nachgewiesen wurde. Abweichungen von den geltenden Qualitätskriterien bei der Zuweisung der Leistungsgruppen sollen in eng begrenzten Ausnahmefällen nur dann möglich sein, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und wenn eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 SGB V

ausgeschlossen ist. In dieser Rechtsverordnung wird festgelegt, für welche Leistungsgruppen im Einzelfall zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist. Damit eine bundesweit einheitliche Anwendung der in Satz 1 geregelten Ausnahme und damit eine insgesamt hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung gewährleistet wird, bemisst sich die Bedarfsnotwendigkeit nach einheitlich festgelegten Kriterien.

Die Zuweisung der Leistungsgruppe ist nach Satz 2 zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist, nicht in den vorgegebenen PKW-Fahrtzeitminuten flächendeckend erreichbar ist. Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 30 Minuten. Für die übrigen Leistungsgruppen beträgt die maximale PKW-Fahrtzeit 40 Minuten. Zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit kommt es neben den PKW-Fahrtzeitminuten auch auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner an, die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrtzeiten betroffen wären. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich zur Ermittlung dieses Bevölkerungsbezugs insbesondere an der Regelung des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V in der Fassung vom 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.12.2020 B3, orientieren. Bei der Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Zuweisung von Leistungsgruppen trotz unzureichender Strukturqualität soll die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Möglichkeit auch verfügbare ambulante Versorgungsangebote berücksichtigen.

Die Entscheidung ergeht im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Hierdurch soll eine hinreichende Beteiligung der Kostenträger gewährleistet werden.

Nach Satz 4 ist die Zuweisung der Leistungsgruppe auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Auflage der Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien zu verbinden. Hierdurch soll dem Krankenhaus ermöglicht werden, die erforderliche Strukturqualität durch schrittweise Maßnahmen der Qualitätssteigerung zu erreichen.

Satz 5 sieht die Möglichkeit der zuständigen Landesbehörde vor, eine Leistungsgruppe ausnahmsweise abweichend von Satz 4 unbefristet und ohne Erteilung einer Auflage zuzuweisen, solange das betreffende Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen ist. Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich vereinbarte Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG führt die Krankenhäuser auf, die nach Prüfung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG haben. Maßgeblich sind daher die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss definierten Vorgaben für die Vereinbarung der Sicherstellungszuschläge. Diese beinhalten die Definition eines geringen Versorgungsbedarfs, die Festlegung von basisversorgungsrelevanten Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung sowie die Festlegung der Erreichbarkeit in Fahrtzeitminuten zur Überprüfung, ob ein anderes geeignetes Krankenhaus die betreffende Leistung erbringen kann. Ein Defizit in der Bilanz des Krankenhauses gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG ist hingegen keine Voraussetzung für eine Aufnahme in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG. Durch die Möglichkeit einer unbefristeten Leistungszuweisung für die genannten Krankenhäuser soll Versorgungslücken insbesondere in dünn besiedelten Regionen entgegengewirkt werden. Bei der Entscheidung der zuständigen Landesbehörde über eine unbefristete Leistungszuweisung sind das Interesse an der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und das Interesse an einer hochwertigen Strukturqualität miteinander möglichst in Einklang zu bringen. Daher sind bei dieser Entscheidung neben dem Interesse an der flächendeckenden Versorgung auch die Auswirkungen der Nichterfüllung der geltenden Qualitätskriterien auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Nach Satz 6 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Hierdurch soll der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit eröffnet werden, sich für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben der medizinischen Fachexpertise des Medizinischen Dienstes zu bedienen.

Satz 7 stellt klar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei der Entscheidung nach Satz 1 gemeinsam und einheitlich handeln.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält Vorgaben für die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe.

Nach Satz 1 Nummer 1 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe aufzuheben, wenn das Krankenhaus die Auflage zur Erfüllung der Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 4 nach Ablauf der gesetzten Frist nicht erfüllt.

Nach Satz 1 Nummer 2 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe aufzuheben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 und 3 nicht erfüllt sind oder wenn eine Mitteilung des Krankenhauses oder des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 3 oder Satz 4 SGB V vorliegt. Die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 ist nicht mehr erfüllt, soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen wurde. Die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 3 ist nicht erfüllt, wenn das Krankenhaus die für die zugewiesenen Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien nicht bzw. nicht mehr erfüllt.

Die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe ist nach Satz 1 Nummer 3 schließlich auch dann aufzuheben, wenn kein gültiges Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 SGB V vorliegt. Dies ist insbesondere der Fall, wenn das Gutachten aufgrund der in § 275a Absatz 3 Satz 2 SGB V geregelten zweijährigen Frist nicht mehr gültig ist und das Ergebnis einer Folgeprüfung nicht vorliegt.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat in den vorgenannten Fällen eine bereits erfolgte Zuweisung unverzüglich aufzuheben. Um eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit infolge qualitativ minderwertiger Versorgungsstrukturen auszuschließen, handelt es sich dabei um eine gebundene Entscheidung der Landesbehörde.

Wird ein Qualitätskriterium voraussichtlich nur für einen vorübergehenden und kurzfristigen Zeitraum nicht erfüllt, sieht Satz 2 die Möglichkeit der Landesbehörde vor, dem Krankenhaus vor einer Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung eine Frist zur Erfüllung der Qualitätskriterien zu setzen. Danach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus eine Frist von bis zu drei Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen, wenn absehbar ist, dass der Grund für die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als drei Monate andauert. Voraussetzung ist, dass die Nichterfüllung der Qualitätskriterien durch das Krankenhaus nach § 275a Absatz 3 Satz 3 SGB V gemeldet wurde. Die von der zuständigen Landesbehörde zu setzende Frist hat zudem die Erfüllung aller für die betroffene Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien zu umfassen, um zu gewährleisten, dass die erforderliche Strukturqualität insgesamt innerhalb eines kurzen Zeitraums wieder erfüllt wird. Zur Beurteilung der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 3 eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Werden die Qualitätskriterien nach Ablauf der dreimonatigen Frist weiterhin nicht erfüllt, gilt nach Satz 4 die Vorgabe zur Aufhebung der Leistungsgruppe nach Satz 1 Nummer 2.

Nach Satz 5 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zudem von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen für eine Ausnahme nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen. Das Absehen von der Aufhebung der

Leistungsgruppenzuweisung muss daher nach Maßgabe des Absatz 2 Satz 1 zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sein. Die Abweichung von den Qualitätskriterien darf für die betreffende Leistungsgruppe zudem nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 SGB V ausgeschlossen sein. Die Ausnahmemöglichkeit ist auf die in Satz 1 Nummer 2 und 3 geregelten Fälle beschränkt. Macht die zuständige Landesbehörde von der Ausnahme Gebrauch, gilt Absatz 2 Satz 2 bis 7 entsprechend, d.h. der Verzicht auf die Aufhebung der Zuweisung kann - mit Ausnahme für die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommenen Krankenhäuser - nur befristet und unter Auflagen zur Qualitätssteigerung erfolgen.

Satz 6 verweist auf Absatz 1 Satz 10 und 11. Die Aufhebung der Zuweisung erfolgt mithin durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

Satz 7 bestimmt, dass Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid keine aufschiebende Wirkung haben. Die sofortige Vollziehbarkeit des Bescheids trägt dem Bedürfnis nach einer hochwertigen Strukturqualität zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten Rechnung, von der nur in eng begrenzten Ausnahmefällen und grundsätzlich für befristete Zeiträume abgewichen werden darf.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Übermittlung bestimmter Daten im Zusammenhang mit der Zuweisung der Leistungsgruppen nach Absatz 1 und 2 durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde an das InEK, Satz 1, sowie zur Umsetzung des § 135d Absatz 1 SGB V im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes, Satz 3.

Satz 1 bestimmt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK erstmals spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres zum Zwecke der Berechnung der Vorhaltevergütung nach § 37 verschiedene Daten zu übermitteln hat. Das InEK ist gemäß § 37 Absatz 2 beauftragt, für jeden somatischen Krankenhausstandort den Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe zu ermitteln. Voraussetzung dafür, dass das InEK mit der Ermittlung beginnen kann, ist, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK die Daten nach Nummer 1 bis 5 übermittelt.

Die Berechnung durch das InEK erfolgt erstmals in dem Jahr, in dem das Land dem InEK die Mitteilungen nach Nummer 1 bis 5 gemacht hat. Dies hat erstmals spätestens bis zum 31. Oktober 2026 zu erfolgen. Die Länder können die Aufstellung über die den Krankenhäusern zugewiesenen Leistungsgruppen auch bereits früher an das InEK übermitteln. Soweit eine Übermittlung bspw. bereits zum 31. Oktober 2025 an das InEK erfolgt, übermittelt dieses für das Folgejahr den Krankenhausträgern in dem jeweiligen Land jeweils eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens. In den darauffolgenden Jahren erfolgt die Berechnung jährlich neu für das Folgejahr, weshalb die Pflicht zur Datenübermittlung jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres normiert wird, um dem InEK entsprechend den Vorschriften nach § 37 hinreichend Zeit zur Berechnung der Vorhaltevergütung einzuräumen.

Mit Nummer 1 wird vorgegeben, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK die einem Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen sowie die nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen als Grundvoraussetzung zur Berechnung der Vorhaltevergütung mitzuteilen hat. Dies soll im Rahmen einer Gesamtaufstellung über die den Krankenhausstandorten nach Absatz 1 zugewiesenen Leistungsgruppen sowie über die als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen erfolgen. In der Aufstellung ist differenziert darzustellen, welche Leistungsgruppen jedem Krankenhausstandort zugewiesen worden sind. Sobald die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Zuweisung von Leistungsgruppen nach Absatz 1 für das Land abgeschlossen hat, soll das Land das InEK hierüber in Kenntnis setzen, sodass dieses zeitnah

mit der Ermittlung nach § 37 Absatz 1 beginnen kann. Erfolgt die Meldung nicht oder nicht rechtzeitig bis zum 31. Oktober, liegt ein Fall nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG vor, so dass keine Entgelte für Leistungen berechnet werden dürfen, da dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Weiterhin wird mit Nummer 1 vorgegeben, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK Planfallzahlen zu melden hat, wenn sie diese nutzt oder wenn Planfallzahlen im Versorgungsvertrag eines Krankenhauses vereinbart werden. Bei den Planfallzahlen handelt es sich um Fallzahlen, die die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem Krankenhausstandort für einen künftigen Zeitraum vorgibt oder, sofern es sich um Vertragskrankenhäuser handelt, die im Versorgungsvertrag vereinbart werden. Bei der Vorgabe oder der Vereinbarung der Planfallzahlen sind auch künftige Veränderungen bei der Verteilung der zu behandelnden Fälle zum Beispiel infolge einer Leistungsverlagerung nach § 135f Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB V zu berücksichtigen. Nach Maßgabe des § 37 können Planfallzahlen zur Berechnung der Vorhaltevergütung genutzt werden.

Die Nummern 2, 3 und 4 stellen sicher, dass dem InEK von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mitgeteilt wird, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde (Nummer 2), ein vollständiges oder teilweises Ausscheiden eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung, beispielsweise aufgrund einer Schließung oder aufgrund der Kündigung bzw. teilweisen Kündigung eines Versorgungsvertrags, erfolgt ist (Nummer 3) oder ein vollständiger oder teilweiser Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser (Fusion) erfolgt ist (Nummer 4). Bei einem Zusammenschluss von Krankenhäusern, einer Schließung, einem Wechsel des Rechtskreises eines Krankenhauses oder für den Fall, dass einem Krankenhausstandort eine oder mehrere Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden, ist der Anspruch auf die Vorhaltevergütung anteilig durch das InEK zu berechnen und der ursprünglich erteilte Bescheid insoweit teilweise aufzuheben, weshalb es Kenntnis über diese strukturellen Veränderungen braucht.

Die Datenmeldung nach Nummer 2 bis 4 hat auch den Zeitpunkt zu umfassen, zu dem das jeweilige Ereignis eingetreten ist.

Nummer 5 beschreibt den Fall der Zuweisung einer neuen Leistungsgruppe, in der der Krankenhausstandort im Vorjahr noch keine Fälle erbracht hat. Das InEK muss für diesen Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung innerhalb einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach § 37 Absatz 2 Satz 5 den Anteil des Krankenhausstandorts an der Vorhaltevergütung in dieser Leistungsgruppe ab dem Folgejahr ermitteln. Da dem InEK weder eine Fallzahl noch der Casemixindex des Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe vorliegt, sind für die fehlenden Kennzahlen Planfallzahlen zu nutzen, die die reale Situation möglichst genau abbilden und von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu übermitteln sind.

Mit Nummer 6 wird vorgegeben, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6b mitzuteilen hat, sofern es bislang stationäre Leistungen mit den auf Bundesebene vereinbarten bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG abgerechnet hat. Ebenfalls mitzuteilen ist der Zeitpunkt, ab dem das Krankenhaus krankenhausesindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 KHEntgG oder vorläufige Tagesentgelte nach § 6c Absatz 8 Satz 4 KHEntgG abrechnet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus benötigt diese Informationen, um gemäß § 37 Abs. 1 Satz 2 die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land zu bereinigen. Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden. In dieser Datengrundlage sind die Fälle des Krankenhauses, das als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, noch enthalten. Diese Fälle würden demzufolge in die Berechnung des Vorhaltevolumens des Landes eingehen. Da sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine Vorhaltebewertungsrelationen,

sondern Tagesentgelte abrechnen, würde es – sofern keine Bereinigung dieser Fälle durch das InEK vorgenommen würde - zu einer Doppelfinanzierung kommen.

Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt nach Satz 2 das InEK.

Satz 3 dient der Umsetzung des § 135d Absatz 1 SGB V, der im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes eingeführt wurde. Die Regelung bestimmt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem IQTIG und der benannten Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Ausweisung im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V unverzüglich mitzuteilen hat, welchen Krankenhäusern welche Leistungsgruppen zugewiesen worden sind. Die Mitteilungspflicht umfasst zudem die Meldung, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe für ein Krankenhaus nach Absatz 2 erfolgte, d.h. ob die Qualitätskriterien einer zugewiesenen Leistungsgruppe nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht erfüllt waren. Im Übrigen ist auch die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung nach Absatz 3 zu melden.

Zu Absatz 5

Zur besseren regionalen Koordination im stationären Bereich sollen die Länder im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 1 befähigt werden, bestimmte Krankenhäuser mit der Übernahme von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu betrauen. Die berufsgruppenübergreifende, fachliche Koordination zwischen verschiedenen Krankenhäusern gehört grundsätzlich zur standardmäßigen Aufgabe der betroffenen Krankenhäuser. So kann es beispielsweise im Rahmen der gestuften Krankenhausversorgung von einem Maximalversorger bis hin zu einem Grundversorger im Einzelfall erforderlich sein, Patientinnen und Patienten zu verlegen, wenn die Versorgung grundsätzlich sicher gestellt ist und die Kapazitäten des Maximalversorgers zwingend für die Versorgung von weiteren Patientinnen und Patienten benötigt werden, um eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Bei der Zuweisung der in Absatz 5 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben soll es sich daher um darüberhinausgehende Tätigkeiten handeln, die jenseits der dem Versorgungsauftrag regelmäßig zugrundeliegenden Aufgaben übernommen werden. Hintergrund sind vor allem die Erfahrungen im Umgang mit der Bewältigung der Sars-Cov-2-Pandemie und die Koordination von erkrankten Kriegsgeflüchteten, bei denen sich jeweils gezeigt hat, dass insbesondere die Universitätskliniken die Funktion einer zentralen Krankenhausleitstelle übernehmen und damit maßgeblich zur Versorgungssicherheit beitragen. Nach Satz 1 Nummer 1 können die Länder Krankenhäusern Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Bereich der krankenhäuserübergreifenden Koordination von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen zuweisen. Mit der Regelung in Satz 1 Nummer 2 sollen die Konzeption und die Koordination des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste gefördert werden. Eine Finanzierung investiver Güter ist mit den zusätzlichen Mitteln nicht vorgesehen.

Um den nötigen fachlich-medizinischen Austausch, z. B. zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, sicherzustellen und Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden, ist es wichtig, die Möglichkeiten der einrichtungsübergreifend betriebenen informationstechnischen Systeme auszuschöpfen. Im Rahmen telemedizinischer Netzwerke können Telekonsilien, telemedizinische Fallbesprechungen und auch Videobehandlungen im erforderlichen Maße durchgeführt werden und der Versorgungsqualität zu Gute kommen. Durch die Regelung sollen daher die einrichtungsübergreifende Koordination und Kooperation bezüglich der Konzeption regionaler Versorgungsnetzwerke sowie bezüglich des Betriebs informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste sowohl auf organisatorischer als auch betrieblicher Ebene gestärkt werden. Hierdurch sollen in Anbetracht des bestehenden und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels Synergien zwischen den Krankenhäusern genutzt werden.

Die Aufgaben nach Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 sind einem Krankenhaus jeweils nur kumulativ zuzuweisen. Ziel ist hierbei jeweils die fach- und klinikübergreifende Koordination und Vernetzung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche unter Einbindung der Gesundheitsverwaltungen von Bund und Ländern. Wenngleich die Zentrumsregelungen bereits aktuell koordinierende und vernetzende besondere Aufgaben vorsehen, sind diese jedoch von den hier normierten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ausdrücklich nicht umfasst.

In Satz 2 ist vorgesehen, dass die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2, also der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zu den Aufgaben nach Satz 1 bestimmen, beispielsweise eine bundeseinheitliche Definition der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Satz 3 bestimmt, dass die Übertragung der genannten Aufgaben aufgrund der besonderen Leistungsfähigkeit auf Hochschulkliniken bzw. Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3U“ nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V, begrenzt ist. Ausnahmsweise dürfen die genannten Aufgaben auch Krankenhäusern der Versorgungsstufe „Level 3“ nach § 135d Absatz 4 Nummer 2 SGB V übertragen werden, wenn nach den jeweils geltenden landesrechtlichen Vorschriften kein Krankenhaus als Hochschulklinik anerkannt ist.

Die Regelung nach Satz 4 verweist auf Absatz 1 Satz 10 und 11. Die Zuweisung erfolgt mithin durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

Zur Ermittlung der Vergütung des Zuschlags für das jeweilige Krankenhaus bei Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 5 Absatz 3j KHEntgG ist erforderlich, dass das InEK nach Satz 5 durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde erstmals bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, eine Mitteilung über die Zuweisung erhält. Satz 6 verweist für die Regelungen zur Datenübermittlung und zum Verfahren auf Absatz 4 Satz 2, der das InEK ermächtigt, das Nähere zu bestimmen.

Zu Nummer 3 (§ 6b)

Zu Absatz 1

Damit Krankenhäuser nach § 115g SGB V die Funktion einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung übernehmen und so den Bedarf der Bevölkerung an qualitativ hochwertiger, patientengerechter stationärer Versorgung einerseits und ambulant-pflegerischer Versorgung andererseits decken können, bedarf es einer entsprechenden Bestimmung der dafür vorgesehenen Krankenhäuser durch das Land. Dementsprechend verpflichtet Satz 1 die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, zur Verwirklichung der in § 1 Absatz 1 genannten Ziele aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen zu bestimmen, die zukünftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden und über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V erbringen sollen. Die Auswahl der betroffenen Krankenhäuser treffen die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit. Dabei sind die Bedarfsgerechtigkeit und die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses nicht nur in Bezug auf den stationären Versorgungsbedarf, sondern auch in Bezug auf den ambulant-pflegerischen Versorgungsbedarf zu beurteilen. Aus diesem Grund wird auch vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen herzustellen haben. Die zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmten Krankenhäuser können durch die Übernahme der zusätzlichen Versorgungsaufgaben einen Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken im ambulanten und pflegerischen Bereich leisten. Bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen handelt es sich um Krankenhäuser, die im Sinne des § 135d Absatz 4 Satz 4 SGB V zum Zweck der

Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses der Versorgungsstufe Level II zugeordnet werden.

Satz 2 stellt klar, dass auch Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt werden können, die bisher nicht in den Krankenhausplan aufgenommen waren und erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Hierzu können auch Leistungserbringer gehören, die bisher ausschließlich ambulant tätig waren und denen vom Land ein stationärer Versorgungsauftrag für diejenigen Leistungen übertragen wird, die eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung auf Grund der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 SGB V mindestens vorhalten muss. Sofern sie die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen, können sie ebenfalls als sektorenübergreifende Leistungserbringer bestimmt und als solche in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Unter dieser Voraussetzung kann dieser Leistungserbringer als Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt werden. Voraussetzung hierfür ist jeweils, dass das Land in einer Gesamtbetrachtung des Bedarfs an stationären Leistungen und an sektorenübergreifenden Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V von einem leistungsfähigen, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Betrieb ausgeht.

Der Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung wird ein intensiver Abstimmungsprozess zwischen allen Beteiligten (Land, Krankenhausträger, Krankenkassen, Pflegekassen, Zulassungsausschuss) vorausgehen, der entsprechend der Umstände des konkreten Einzelfalls nach Zweckmäßigkeit Gesichtspunkten zu gestalten ist.

Satz 3 gibt vor, dass die Bestimmung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung durch Bescheid erfolgt.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 dient der Umsetzung des § 135d Absatz 1 SGB V, der im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes eingeführt wurde. Zu diesem Zweck hat die zuständige Landesbehörde dem IQTIG unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie diesbezügliche Änderungen mitzuteilen.

Zu Nummer 4 (§ 8)

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 2 SGB V (siehe auch die Begründung zur Aufhebung der Absätze 1 und 2 des § 136c).

Zu Nummer 5 (§ 12a)

Durch die Änderungen wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025 verlängert. Die Länder können daher bis zum 31. Dezember 2025 Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds beantragen. Dies ist sachgerecht, da die Förderung aus dem Transformationsfonds zum 1. Januar 2026 beginnt. Damit ist eine nahtlose Förderung von strukturverbessernden Vorhaben gewährleistet. Das Volumen des Krankenhausstrukturfonds erhöht sich durch die Verlängerung nicht.

Anders als zunächst im Rahmen des Strukturfonds nach § 12a vorgesehen, fließen aufgrund der Neufassung von Absatz 2 Satz 4 Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds, die bis zum Ende der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds nicht ausgeschöpft sind, nicht an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurück, sondern werden ergänzend dem Transformationsfonds nach § 12b zugeführt. Der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist weiterhin an diese zurückzuzahlen.

Zu Nummer 6 (§ 12b)

Der Krankenhausstrukturfonds nach den §§ 12 und 12a wird ab dem Jahr 2026 als Transformationsfonds neu aufgesetzt, um insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern, die mit der Krankenhausreform angestoßen werden, finanziell zu unterstützen. Länder, die den Krankenhäusern bereits im Jahr 2025 Leistungsgruppen zugewiesen haben, können daher ab dem Jahr 2026 Fördermittel zur Finanzierung von erforderlichen Umstrukturierungsmaßnahmen erhalten. Die Vorschrift orientiert sich an den gesetzlichen Grundlagen des Krankenhausstrukturfonds. Hinsichtlich des in § 12a vorgesehenen etablierten Verfahrens ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt, dass dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 bis zum Jahr 2035 Mittel in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die Zuführung erfolgt jährlich mit einem Betrag von höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro. Der jährliche Betrag von bis zu 2,5 Milliarden Euro erhöht sich, wenn die in den Vorjahren jeweils zur Verfügung stehenden 2,5 Milliarden Euro nicht vollständig ausgeschöpft wurden. Dabei erfolgt die Erhöhung um den nicht ausgeschöpften Betrag.

Die geförderten Vorhaben kommen sowohl den gesetzlich als auch den privat versicherten Krankenhauspatientinnen und -patienten zu Gute. Satz 2 sieht diesbezüglich vor, dass, soweit sich private Krankenversicherungen finanziell an der Förderung beteiligen, sich das Fördervolumen entsprechend erhöht.

Satz 3 entspricht der Regelung des § 12 Absatz 1 Satz 6.

Aus der Aufzählung in Satz 4 geht hervor, welche Arten von Vorhaben aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden können. Die Nummern 1 und 2 tragen den neuen Entwicklungen und Vorgaben im Rahmen der Krankenhausreform Rechnung und ermöglichen eine gezielte Förderung von Vorhaben zur Umsetzung der Ziele der Krankenhausreform. Nummer 1 nennt als Förderzweck eine standortübergreifende Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung des § 135e SGB V oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V erforderlich ist. Wurde ein Krankenhaus gemäß § 6b von der zuständigen Landesbehörde als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V bestimmt, kann eine Förderung hinsichtlich der diesbezüglichen Umstrukturierung auf Grundlage von Nummer 2 beantragt werden. Die Nummern 3 bis 6 enthalten Fördertatbestände, die bereits im Rahmen des Strukturfonds förderfähig waren, und die wegen ihrer besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung im Rahmen des Transformationsfonds beibehalten werden. Abweichend von dem Grundsatz des § 5 Absatz 1 Nummer 1 KHG, wonach Investitionen von Hochschulkliniken nicht nach dem KHG gefördert werden können, sind im Rahmen des Transformationsfonds insbesondere auch Vorhaben von Hochschulkliniken förderungsfähig. Hierdurch soll die besondere medizinische Kompetenz der Hochschulkliniken und ihre Kompetenz in Bezug auf die Organisation stationärer Versorgung genutzt werden.

Zu Absatz 2

Von dem Gesamtförderbetrag in Höhe von 25 Milliarden Euro zuzüglich einer möglichen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen stehen in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich jeweils 2,5 Milliarden Euro, abzüglich der notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung mittels des Transformationsfonds und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels, für die Förderung von Vorhaben der Länder zur Verfügung. Hat ein Land den ihm zustehenden Anteil der Fördermittel im Laufe eines Jahres nicht ausgeschöpft, bleibt ihm gemäß Satz 2 dieser Anteil bis zum Ende der Laufzeit des Transformationsfonds am 31. Dezember 2035 erhalten und

kann durch Anträge abgerufen werden. Es wird bestimmt, dass 95% des verbleibenden Betrags nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt werden und 5 Prozent für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ein Teil der förderfähigen Vorhaben von mehreren Krankenhäusern betreffen, die sich in unterschiedlichen Ländern befinden. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder zugreifen, eine Quotierung findet insoweit nicht statt. Maßgeblich ist aus Gründen der haushaltsrechtlichen Planbarkeit für die Länder der Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2019.

Fördermittel, für die bis zum Ende der Laufzeit des Transformationsfonds keine Anträge gestellt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds. Soweit diese Mittel auf den Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherungen entfallen, sind sie an diese zurückzuzahlen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln.

Nach Satz 1 Nummer 1 sind Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres zu stellen. Dies ist erforderlich mit Blick auf die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds wird gemäß der Prognose des Schätzerkreises zum Ende des Geschäftsjahres 2024 über liquide Mittel in Höhe von rund 5,7 Milliarden Euro verfügen. Die gesetzliche Mindestreserve liegt bei rund 4,7 Milliarden Euro. Die für die Finanzierung des Transformationsfonds benötigten Mittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro jährlich (zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre) sind bei der Ermittlung des zur Verfügung stehenden Zuweisungsvolumens gemäß § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass die Mittel des Transformationsfonds überwiegend über eine jährliche Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden. So wird sichergestellt, dass der Gesundheitsfonds über liquide Mittel in Höhe der gesetzlichen Mindestreserve von 20 Prozent einer Monatsausgabe verfügt.

Die aus dem Transformationsfonds abgerufenen Mittel unterliegen voraussichtlich erheblichen jährlichen Schwankungen. Durch die Möglichkeit der Übertragung nicht abgerufener Mittel auf die Folgejahre können die Belastungen für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds den Betrag von 2,5 Milliarden Euro in einzelnen Jahren auch deutlich übersteigen. Die geregelte Antragsfrist zu Ende September des jeweiligen Vorjahres ist notwendig, um die voraussichtlichen Aufwendungen aus dem Transformationsfonds im Schätzerkreis Mitte Oktober für die Kalkulation der Zuweisungen und für die Prognose des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes im Folgejahr zu berücksichtigen und die Liquidität des Gesundheitsfonds zu sichern. Ohne Kenntnis der konkreten Auszahlungsbeträge an den Transformationsfonds im Folgejahr würde in Jahren mit hohen Auszahlungsbeträgen ein deutliches Unterschreiten der Mindestreserve drohen und die Liquidität des Gesundheitsfonds gefährdet sein.

Gefördert werden dürfen nach Satz 1 Nummer 2 nur Vorhaben, die am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen wurden. Unschädlich ist es, wie beim Strukturfonds, wenn mit der Planung bereits im Jahr 2025 begonnen wurde. Die Ausführung der Planung darf aber erst im Jahr 2026 erfolgen.

Weitere Voraussetzung ist, dass die Länder sich mit mindestens 50 Prozent der förderfähigen Kosten an der Finanzierung des Vorhabens beteiligen. Im Wege dieser Ko-Finanzierung kann ein Land die Träger der zu fördernden Einrichtungen an den Kosten beteiligen, wobei mindestens 50 Prozent des einem Land zukommenden Anteils aus Haushaltsmitteln des Landes zu tragen sind. Die Förderung des Vorhabens aus dem Transformationsfonds ist damit auf die Hälfte der förderfähigen Kosten begrenzt.

Als weitere Voraussetzung wird vorgegeben, dass sich die Länder bei Inanspruchnahme der Fördermittel zu verpflichten haben, im Zeitraum von 2026 bis 2035 mindestens ihre jeweilige durchschnittliche Investitionskostenfinanzierung aus den Jahren 2021 bis 2025 beizubehalten und diese um den Betrag zu erhöhen, der sich aus der Ko-Finanzierung nach Satz 1 Nummer 3 ergibt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm nicht auf die Landesmittel zur Investitionsförderung angerechnet werden.

Satz 2 soll Überschneidungen mit Förderungen nach dem Kommunalinvestitionsförderungsgesetz ausschließen. Daher wird klargestellt, dass die vom Land auf Grund des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes aufzubringenden Mittel weder auf die von den Ländern zu erbringende Ko-Finanzierung im Rahmen des Transformationsfonds noch auf die in den Jahren 2026 bis 2035 von den Ländern aufzubringenden Investitionsmittel angerechnet werden dürfen.

Die Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds ist von den Ländern beim BAS zu beantragen. Das BAS verwaltet die Mittel und zahlt Fördermittel nach Prüfung des Antrags an das jeweilige Land aus. Die dem BAS in diesem Zusammenhang entstehenden Personal- und Sachkosten werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Überzahlte oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind unverzüglich an das BAS zu erstatten. Die Erstattung hat vorrangig durch Verrechnung der Rückzahlungsansprüche des BAS mit Ansprüchen des betroffenen Landes auf Auszahlung von Fördermitteln zu erfolgen.

Zu Absatz 4

Die Regelung enthält die Ermächtigung, in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung das Nähere zu den Kriterien und Voraussetzungen der Förderung aus dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 zu regeln.

Zu Nummer 7 (§ 14)

Die für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a durch das BAS in Abstimmung mit dem BMG und dem BMF zu erstellende begleitende Auswertung des durch die Förderung nach dem Strukturfonds bewirkten Strukturwandels ist auch für die Förderung nach dem Transformationsfonds nach § 12b zu erstellen. Ein erster Zwischenbericht ist erstmals nach zwei Jahren zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.

Zu Nummer 8 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden auch weiterhin über das pauschalierende Vergütungssystem vergütet, solange Absatz 4 für die Pflegepersonalkostenvergütung und Absatz 4b für die Vorhaltevergütung keine abweichenden Regelungen enthält.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Auch für die Vorhaltevergütung ist zu gewährleisten, dass die Kalkulation auf einer repräsentativen Grundlage erfolgt. Deshalb ist das von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarende Konzept auf Basis eines Vorschlags des InEK anzupassen.

Zu Buchstabe c

Bis zum Jahr 2024 werden Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget finanziert. Auf Grund einer Regelung aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist vorgesehen, dass diese Kosten ab dem Jahr 2025 nicht mehr über das Pflegebudget, sondern wieder über die Fallpauschalen finanziert werden. Ziel der Regelung aus dem GKV-FinStG war es insbesondere, dass zukünftig die zwischen den Vertragsparteien vor Ort vielfach streitbehaftete Zuordnung des Personals mit sonstigem oder ohne Berufsabschluss zum Pflegebudget vermieden wird. Die mit der nunmehrigen Regelung vorgesehene Weiterfinanzierung der Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget steht dem Ziel des GKV-FinStG nicht entgegen, dass zukünftig nur noch Pflegefach- und -hilfskräfte im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Zwar haben Auszubildende in der Pflege und ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren per Definition noch nicht ihren angestrebten (deutschen) Abschluss in einem Pflegeberuf, werden ihn aber regelhaft in absehbarer Zeit erlangen. Daher ist es sachgerecht, diese beiden Berufsgruppen finanzierungsrechtlich den Pflegefach- und -hilfskräften gleichzustellen und sie auch über das Jahr 2024 hinaus im Pflegebudget zu berücksichtigen. Hierdurch wird die etablierte Zuordnung der Kosten für diese Berufsgruppen beibehalten und Umstellungsaufwand für die Vertragsparteien sowohl auf Bundes- als auch auf Ortsebene vermieden.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 4b

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird für somatische Krankenhäuser der ökonomische Druck reduziert, Fallzahlen zu generieren, um ihre Kosten zu decken. Die Vorhaltevergütung erfolgt über ein Vorhaltebudget, das unabhängig von der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen dem einzelnen Krankenhaus ausbezahlt wird. Die Krankenhäuser erhalten im Vorfeld eines Jahres eine Information über die Höhe ihrer Vorhaltevergütung. Dies erhöht die Planungssicherheit für die Krankenhäuser und sorgt für eine Stabilität ihrer Finanzen und personellen Ausstattung. Zur Einführung der Vorhaltevergütung wird die Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus pauschalitem DRG-Vergütungssystem, krankenhausesindividueller Pflegepersonalkostenvergütung und einer leistungsgruppenbezogenen Vorhaltevergütung umgestellt. Die neuen Regelungen in § 17b schaffen dafür die Voraussetzungen.

Mit Satz 1 wird das InEK beauftragt, erstmals in der Kalkulation für das Jahr 2025 einen weiteren Anteil aus dem DRG-Fallpauschalensystem auszugliedern. Zur Einführung der Vorhaltevergütung werden die Kosten, die für die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen genutzt werden, herangezogen. Die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen umfassen die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem, die Bewertungsrelationen für die nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die neu einzuführenden Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung, die das Ergebnis der in Satz 1 geregelten Ausgliederung sind. Nicht umfasst sind die Kosten für Zusatzentgelte und krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte, die nicht bundesweit kalkuliert werden konnten. Die Kosten für die Kalkulation der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung sind zunächst um die Sachkosten, die dem Krankenhaus nur dann entstehen, wenn eine Patientin oder ein Patient behandelt wird (variable Sachkosten), zu reduzieren. Dafür zu legen sind die Sachkosten, die einem Fall unmittelbar zugerechnet werden können. Dazu gehören die Sachkosten für Medikamente, Implantate und medizinischen Sachbedarf (Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a, 6b und 6c in der Kostenmatrix der Kalkulation von Behandlungskosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern in der Version 4.0 vom 10. Oktober 2016). Die übrigen in Krankenhäusern anfallenden Sachkosten wie beispielsweise Energie, Lebensmittel und Instandhaltung, die nicht dem einzelnen Fall eindeutig zugerechnet werden können, gehören nicht zu den variablen Sachkosten. Durch den

Abzug der variablen Sachkosten wird sichergestellt, dass Krankenhäusern Leistungen mit einem hohen Anteil an variablen Sachkosten vollständig finanziert werden. Wäre dies nicht gewährleistet, würde ein finanzieller Anreiz für die Krankenhäuser entstehen, solche Leistungen nicht mehr zu erbringen, so dass sich insoweit die Versorgung verschlechtern würde. Das Ergebnis des Abzugs der vorgenannten Sachkosten von den nach Satz 1 zu verwendenden Kosten wird im Weiteren als verminderte Kosten bezeichnet. Für die Einführung der Vorhaltevergütung hat das InEK erstmals im Jahr 2024 für das Jahr 2025 aus den verminderten Kosten einen Anteil in Höhe von 60 Prozent auszugliedern. In der Folge der Änderungen für die Kalkulation ab dem Jahr 2025 sind Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen und - soweit erforderlich - bestehender Vereinbarungen vorzunehmen. Die Ausgliederung ist auf Basis der jährlichen vorliegenden Kalkulationsgrundlage jedes Jahr durchzuführen, um Veränderungen der Kosten bei dem auszugliedernden Anteil für die Vorhaltevergütung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK weiterhin mit seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen. Von der Einführung der Vorhaltevergütung und der dazu erfolgenden Ausgliederung für die Vorhaltevergütung bleiben die Zulieferung der Kosten- und Leistungsdaten durch die Krankenhäuser an das InEK und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten unberührt.

Mit Satz 2 wird explizit geregelt, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen nach Absatz 4 zu dem Anteil nach Satz 1 gehören und damit als Vorhaltung gelten. Dies hat allerdings keine Auswirkungen auf die bisherige Ausgliederung und Vergütung der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4. Diese werden unverändert vollständig über das Pflegebudget finanziert.

In Satz 3 wird dargelegt, wie die Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung, die als Vorhaltebewertungsrelationen bezeichnet werden, zu ermitteln sind. Auf der Ebene der einzelnen, mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen zu versehenen DRG ergibt sich diese auf der Grundlage der Subtraktion der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 von 60 Prozent der verminderten Kosten nach Satz 1. Diese Berechnung ist durchzuführen, wenn der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 unterhalb von 60 Prozent an den verminderten Kosten nach Satz 1 liegt.

Sofern in Ausnahmefällen der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 an den verminderten Kosten nach Satz 1 60 Prozent entspricht oder oberhalb von 60 Prozent liegt, ist die Höhe der Vorhaltebewertungsrelation mit Null auszuweisen (Satz 4). Dies hat für die Krankenhäuser keine negativen Konsequenzen, da die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 zur Vorhaltung gehören und diese damit bereits den Anteil nach Satz 1 erfüllen, ohne in ihrer Höhe begrenzt zu werden. Es ist zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung der Vorhaltung entstehen.

Mit Satz 5 wird vorgegeben, dass die Vorhaltebewertungsrelationen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erhöhen sind. § 39 Absatz 3 regelt, wie diese Erhöhung vorzunehmen ist. Mit dieser Regelung soll gewährleistet werden, dass die Förderbeträge der genannten Bereiche zeitnah den Krankenhäusern zur Verfügung stehen.

Die auf diese Weise ermittelten Vorhaltebewertungsrelationen sind neben den Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem und den Pflegebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen (Satz 6). Die Änderungen sind erstmals in der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 zu berücksichtigen. Der um die Vorhaltebewertungsrelationen ergänzte Entgeltkatalog ist ab dem Jahr 2025 von allen DRG-Krankenhäusern für die Abrechnung ihrer Leistungen zugrundezulegen.

Zu Absatz 4c

Das InEK wird verpflichtet, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und vor diesem Hintergrund Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zu geben (Satz 1). Bei der Analyse der Auswirkungen ist der Blick insbesondere auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung auf Grund der Einführung der Vorhaltevergütung zu legen. Dabei ist auch die Wirkung des in § 37 Absatz 2 Satz 7 vorgegebenen Korridors zu würdigen. Dafür kann das InEK insbesondere die letzten Datenlieferungen nach § 21 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG heranziehen. Für die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung kann das InEK auch Empfehlungen geben, ob und inwieweit perspektivisch anstelle der normativen Festlegung der Vorhaltevergütung eine Kalkulation von Vorhaltekosten vorgenommen werden sollte. Der Zeitraum der Betrachtung ist auf die Jahre 2027 bis 2030 festgelegt. Mit Satz 2 wird das InEK verpflichtet, dem BMG die Ergebnisse seiner Analyse bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen. Das InEK hat die Berichte zeitnah und barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Satz 3 sieht vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene vor der Erstellung der Berichte durch das InEK Stellung zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, gegenüber dem InEK zu nehmen haben. Die Kosten des InEK werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert (Satz 4).

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b. Damit wird sichergestellt, dass auch die Aufgaben im Zusammenhang mit der Vorhaltevergütung über den DRG-Systemzuschlag finanziert werden.

Zu Buchstabe f

Bei den Änderungen in den Doppelbuchstaben aa und bb handelt es sich um Folgeänderungen, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich sind. Hierdurch wird sichergestellt, dass das BMG im Falle einer Ersatzvornahme auch Vorschriften zur Vorhaltevergütung nach Absatz 4b in der Rechtsverordnung erlassen kann.

Zu Nummer 9 (§ 17c)

Zu Buchstabe a

Die Einführung einer Vorhaltevergütung für somatische Krankenhäuser stellt sicher, dass ein relevanter Anteil am Finanzierungsvolumen des Krankenhauses unabhängig von der Inanspruchnahme seiner Krankenhausleistungen finanziert wird. Bei der Ermittlung der Höhe der Vorhaltevergütung eines Krankenhauses werden nur solche Fallzahlveränderungen berücksichtigt, die mehr als 20 Prozent im Vergleich zur vorherigen Fallzahl ausmachen. Durch diese Maßnahmen werden Anreize zur Mengensteigerung reduziert. Zeitgleich mit der Einführung der Vorhaltevergütung unter den vorgenannten Bedingungen soll auch der Prüfaufwand bei Abrechnungsprüfungen vermindert werden. Dies soll erreicht werden durch einen Umstieg von den bisherigen Einzelfallprüfungen auf eine strukturierte Stichprobenprüfung. Um für alle Krankenhäuser eine Entbürokratisierung und ein einheitliches Prüfverfahren zu erreichen, ist auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein Umstieg von Einzelfallprüfungen auf eine Stichprobenprüfung vorgesehen.

Mit Satz 1 wird der Umstieg von den Einzelfallprüfungen hin zu Stichprobenprüfungen vorgegeben. Die Stichprobenprüfungen finden ab dem 1. Januar 2027 Anwendung. Sie dienen der Überprüfung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Verpflichtungen bei Krankenhausrechnungen, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger ist. Die Begrenzung ergibt sich, da der Zuständigkeitsbereich des Medizinischen Dienstes auf die Prüfung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist.

Satz 2 sieht eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes Bund vor, der ein Konzept zur Stichprobenprüfung zu entwickeln hat. Dieses schriftlich verfasste Konzept ist bis zum 28. Februar 2026 zu erstellen und der DKG und dem GKV-Spitzenverband vorzulegen. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die DKG und den GKV-Spitzenverband insoweit mit seinem Wissen und seiner Erfahrung im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung.

Daraufhin vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband auf der Basis des vorgelegten Konzepts die Einführung einer Stichprobenprüfung (Satz 3). Die Vereinbarung ist spätestens bis zum 30. Juni 2026 zu treffen. Hierdurch wird ein bundeseinheitliches Vorgehen bei der Stichprobenprüfung gewährleistet.

Sobald auf der Grundlage der Vereinbarung oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle die Stichprobenprüfung erfolgt, findet die Einzelfallprüfung und das Prüfquotensystem nach § 275c SGB V keine Anwendung mehr für Krankenkassen und Krankenhäuser (Satz 4). Das Vorverfahren nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 bleibt hiervon unberührt.

Maßgabe für das Konzept ist die Einführung eines aufwandsarmen, bürokratiesparsamen und zielgerichteten Verfahrens für Stichprobenprüfungen von stationären Abrechnungen. Für das vom Medizinischen Dienst Bund vorzulegende Konzept, auf dessen Basis die Vertragsparteien nach Satz 3 eine Vereinbarung für eine Stichprobenprüfung zu treffen haben, werden mit Satz 5 Inhalte vorgegeben, die verpflichtend in dem Konzept festzulegen sind. Dabei handelt es sich um eine nicht abschließende Aufzählung von festzulegenden Vorgaben:

- Zunächst ist zu beschreiben, wie die Stichprobenprüfung auszugestaltet ist (Nummer 1), dazu gehören Festlegungen für die Ermittlung einer Grundgesamtheit und ein nicht manipulierbares Verfahren zur Bestimmung der Stichprobe sowie deren Umfang. Dabei ist vorzugeben, ob die Stichprobe auf bestimmte zu prüfende Sachverhalte, wie Fachabteilungen oder bestimmte Behandlungen, abzielen soll oder ob diese auf alle GKV-Fälle zu erstrecken ist. Für die Bestimmung einer Grundgesamtheit und die Ziehung einer Stichprobe sollte auf bestehende Datengrundlagen zurückgegriffen werden, ohne dass neue Daten erhoben werden müssen.
- Es bedarf eindeutiger Vorgaben zu den notwendigen Verfahrensschritten im Rahmen einer Stichprobenprüfung und zu den Zuständigkeiten. Daher wird mit Nummer 2 aufgegeben, das Prüfverfahren und dessen zeitlichen Ablauf zu beschreiben. An dieser Stelle sind u.a. Festlegungen dazu zu treffen, wie häufig und in welchen Abständen Abrechnungen eines Krankenhauses im Wege einer Stichprobenprüfung geprüft werden dürfen. Es ist auch zu klären, ob die Prüfungen vor Ort oder im schriftlichen Verfahren abgewickelt werden sollen und wie eine rechtzeitige Information aller Beteiligten sichergestellt werden kann. An allen Stellen, an denen Datenübermittlungen erfolgen müssen, ist die Nutzung elektronischer Lösungen vorzusehen.
- Nummer 3 stellt auf im Wege von Stichprobenprüfungen festgestellte Beanstandungen ab. Der Umgang mit solchen Beanstandungen und deren finanzieller Ausgleich müssen ebenfalls Gegenstand des Konzepts sein.
- Über die gesetzlichen und durch Richtlinien vorgegebenen Maßstäbe der Prüfung hinaus ist in dem Konzept vorzugeben, welche Dokumentationspflichten den in der Stichprobenprüfung Beteiligten zukommen sollen (Nummer 4).

Gelingt eine Einigung der Vertragsparteien nicht oder nicht fristgerecht, hat die Bundesschiedsstelle den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen festzulegen (Satz 6). Ein Antrag einer der Vertragsparteien ist dazu nicht erforderlich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Die Textstelle wurde zuletzt durch Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe g des Gesetzes vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789 geändert. Bei dieser Änderung handelte sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der

geänderten Satzzählung in § 17c Absatz 2, siehe Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb des Gesetzes vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789. Dabei war die Satzzählung fehlerhaft. Sie wird durch die Änderung nun korrigiert.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Nummer 7.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Mit der Regelung wird der GKV-Spitzenverband von seinem bisherigen Auftrag, im Rahmen seiner jährlich zum 30. Juni zu erstellenden Statistik auch Angaben zu Anzahl und Ergebnissen der Strukturprüfung nach § 275d SGB V zu erstellen, entbunden. Es besteht bislang neben der Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, im Rahmen seiner Jahresstatistik nach § 17c Absatz 6 auch Erhebungen zu den Strukturprüfungen vorzusehen, die Verpflichtung der Medizinischen Dienste, zweijährlich gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund über Anzahl und Ergebnisse der Strukturprüfungen zu berichten, welcher wiederum zweijährlich einen zusammenfassenden Bericht an das BMG zu liefern hat (§§ 278 Absatz 4, 283 Absatz 4 SGB V). In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass den Krankenkassen, die derzeit die für die Erstellung der Statistik des GKV-Spitzenverbandes zu den Strukturprüfungen erforderlichen Daten zu übermitteln haben, selbst nicht alle erforderlichen Informationen vorliegen, die für eine vollumfängliche Erhebung erforderlich wären. Diese Informationen haben gleichwohl sämtlich die Medizinischen Dienste als Halter der Primärdaten. Vor diesem Hintergrund und da durch eine parallele und letztlich doppelte Berichterstattung zusätzlicher Bürokratieaufwand entsteht, sollen künftig die Medizinischen Dienste in jährlichem Turnus und mit zusätzlichen Informationen zum Prüfgeschehen als alleinige Berichterstatter zu den Strukturprüfungen vorgesehen werden (siehe hierzu § 278 Absatz 4 SGB V).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung wird aufgehoben, da sie Vorgaben für nicht zu übermittelnde Daten für bereits abgelaufene Jahre vorsieht und insoweit nicht mehr erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Satzes 4.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Nummer 10 (§ 25)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Nummer 11 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung der neuen §§ 6b und 6c KHEntgG. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall in Krankenhäusern einerseits nach Höhe der Vorhaltevergütung sowie andererseits nach § 115g Absatz 1 SGB V nach Höhe der krankenhausindividuellen Tagesentgelte durchführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 17b Absatz 4b. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aufführt. Ergänzend werden zudem auch noch die bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung am Bett dem Statistischen Bundesamt vorliegenden Pflegebewertungsrelationen aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c KHEntgG. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden sowie die Ausgleichsbeträge aus den Mehr- und Mindererlösausgleichen aufführt.

Zu Nummer 12 (§§ 37 bis 40 neu)

Zu § 37

Zu Absatz 1

Das InEK hat in jedem Land und je Leistungsgruppe ein Vorhaltevolumen zu ermitteln und dieses auf die Krankenhausstandorte zu verteilen. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 31. Oktober eines Jahres dem InEK eine Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt, hat das InEK nach Satz 1 aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen in diesem Land ein Vorhaltevolumen zu ermitteln. Die Berechnung ist erstmals in dem Jahr durchzuführen, in dem das Land die vorgenannte Übermittlung dem InEK bis zum 31. Oktober vorlegt. Daraufhin erfolgt die Berechnung jährlich neu, damit Veränderungen sachgerecht berücksichtigt werden. Die Berechnung ist jeweils bis zum 30. November eines Jahres abzuschließen.

Die Sätze 2 bis 4 geben vor, wie die Vorhaltevolumina je Land, je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort zu ermitteln sind. Im ersten Schritt hat das InEK das Vorhaltevolumen je Land zu berechnen. Dafür hat das InEK nach Satz 2 die abgerechneten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, aus der letzten Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG zugrunde zu legen und mit den Vorhaltebewertungsrelationen zu bewerten, die auf Basis des kalkulierten Entgeltkatalogs für das Folgejahr maßgeblich sind. Dabei sind Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, nicht zu berücksichtigen, da es ansonsten zu einer Doppelfinanzierung käme (Berücksichtigung dieser Fälle sowohl bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens als auch bei der Abrechnung der Entgelte von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen). Mit dem vorgesehenen Verfahren wird das Vorhaltevolumen je Land

auf der Grundlage der aktuellsten Daten für ein Kalenderjahr ermittelt. Dabei sind Fälle von Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, in denen sie nicht Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die gemäß § 135d Absatz 5 SGB V lediglich für Zwecke des Transparenzverzeichnisses erfasst werden, nicht zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend der allgemeinen Einschränkung des Anwendungsbereichs nach § 1 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG auch für die übrigen Regelungen zur Vorhaltevergütung in diesem Gesetz und im KHEntgG.

Im zweiten Schritt ist das ermittelte Vorhaltevolumen je Land nach den Leistungsgruppen zu gliedern (Satz 3). Maßgebliches Kriterium für die Gliederung ist der Anteil der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle einer Leistungsgruppe an der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Fälle in diesem Land. Es gelten die Leistungsgruppen nach § 135e SGB V. Ergebnis aus diesem Schritt ist ein Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe.

Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe wird im dritten und letzten Schritt (Satz 4) entsprechend ihrer Anteile nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurde oder soweit sie als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gilt, aufgeteilt.

Mit Satz 5 wird dem InEK vorgegeben, die Vorgehensweise zur Durchführung der vorgenannten Schritte bis zum 30. September 2024 in einem Konzept darzulegen und auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Im Rahmen des Konzepts hat das InEK unter anderem festzulegen, ob die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe bei Verlegungen zwischen Standorten auf Grundlage der Informationen des aufnehmenden, des weiterbehandelnden oder des entlassenden Standorts oder gegebenenfalls noch weiterer Informationen vorzunehmen ist. Zudem hat das InEK den Umgang mit den strukturellen Änderungen, die in § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und Nummer 6 genannt sind, zu beschreiben. Abgesehen von dem jeweils konkret von einem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis 4 betroffenen Krankenhaus, für das in der Folge ein Bescheid nach Absatz 5 Satz 1 rückwirkend vom InEK aufzuheben ist, sind unterjährige Anpassungen der ermittelten Vorhaltevolumina nicht vorgesehen, um die Planungssicherheit und Finanzstabilität der Krankenhausstandorte nicht zu gefährden. Bei Bedarf sind Anpassungen am Konzept durch das InEK vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Mit Satz 1 der Regelung wird das InEK beauftragt, für jeden somatischen Krankenhausstandort seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe zu ermitteln. Voraussetzung dafür, dass das InEK die Ermittlung vornimmt, ist, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ihm bis zum 31. Oktober eines Jahres eine Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat. Weitere Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 SGB V erfüllt, oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 SGB V über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt.

In Satz 2 wird präzisiert, wie der Anteil an der Vorhaltevergütung für jeden Krankenhausstandort in den ihm von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesenen oder in den als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen zu berechnen ist. Zunächst ist für jeden Krankenhausstandort in jeder ihm nach § 6a zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppe die Anzahl seiner Fälle in dieser Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in dieser

Leistungsgruppe zu multiplizieren. Die für jeden Krankenhausstandort ermittelten Ergebnisse in einer Leistungsgruppe sind daraufhin zu addieren (Grundgesamtheit). Der Anteil eines Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe ergibt sich durch die Division seines im ersten Schritt ermittelten Ergebnisses durch die Grundgesamtheit. Je höher der Anteil eines Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe ist, desto höher ist das Vorhaltevolumen dieses Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe.

Mit Satz 3 wird vorgegeben, welche Fallzahl das InEK bei der Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe zu nutzen hat. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde mit der Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 auch Planfallzahlen übermittelt, sind diese bei der Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe zugrunde zu legen. Falls keine Planfallzahlen in der Aufstellung enthalten sind, hat das InEK die abgerechneten und mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle aus den zuletzt nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Leistungsdaten zu nutzen. Sofern die Leistungsdaten verwendet werden und dem InEK eine Information über eine Leistungsverlagerung nach § 135f Absatz 1 Satz 5 oder Satz 6 SGB V vorliegt, hat das InEK für die an der Leistungsverlagerung beteiligten Krankenhausstandorte die Fallzahlen entsprechend der Leistungsverlagerung bei der Ermittlung des Anteils an der Vorhaltevergütung zugrunde zu legen. Das bedeutet, dass für die Krankenhausstandorte, die auf die Leistungserbringung in einer Leistungsgruppe verzichten werden, die Fallzahl null beträgt und damit kein Anteil an der Vorhaltevergütung ermittelt werden muss. Dem Krankenhausstandort, an dem die Leistungen konzentriert werden, sind die Fallzahlen der anderen an der Leistungsvereinbarung beteiligten Krankenhausstandorte zuzurechnen.

Mit Satz 4 wird geregelt, dass der Vorhalte-Casemixindex immer auf Basis der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG zu ermitteln ist. Dabei zu beachten sind Leistungsverlagerungen. Die bei Leistungsverlagerungen verlagerten Fälle sind mit ihren Vorhaltebewertungsrelationen im Rahmen der Ermittlung der jeweiligen Vorhalte-Casemixindexe beim abgebenden Krankenhausstandort mindernd und beim aufnehmenden Krankenhausstandort erhöhend zu berücksichtigen. Damit wird sichergestellt, dass nicht nur die Fälle bei der Verlagerung berücksichtigt werden, sondern auch ihre Vorhaltebewertungsrelationen.

Mit Satz 5 wird eine Regelung für den Fall vorgesehen, dass einem Krankenhausstandort durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Leistungsgruppe zugewiesen wird oder eine Leistungsgruppe im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nummer 3 SGB V vereinbart wird, die als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gilt, und er in dieser Leistungsgruppe erstmalig Leistungen erbringen soll. Da dem InEK für das erste Jahr einer entsprechenden Zuweisung oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V geltenden Zuweisung weder eine Fallzahl noch der Vorhalte-Casemixindex des Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe vorliegt, sind für die fehlenden Kennzahlen alternative Größen zu nutzen, die die reale Situation möglichst genau abbilden. Das InEK hat daher die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 übermittelte Planfallzahl zu verwenden. Als Vorhalte-Casemixindex hat das InEK den Vorhalte-Casemixindex über alle Krankenhausstandorte in dieser Leistungsgruppe im jeweiligen Land zu ermitteln und zugrunde zu legen.

Mit Satz 6 wird vorgegeben, dass das InEK bis zum 30. November des Jahres, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK eine Aufstellung über die den Krankenhäusern zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat, die Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den jeweiligen Leistungsgruppen zu ermitteln hat. Damit Konzentrationsprozesse und strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sachgerecht berücksichtigt werden, erfolgt in regelmäßigen

Abständen eine Neuermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Ermittlung nach Satz 2 oder 5 ist zwei Jahre nach der erstmaligen Ermittlung erneut durchzuführen. Im Anschluss ist die Ermittlung regelmäßig alle drei Jahre zu wiederholen. Das bedeutet, dass für ein Land, dessen für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die erstmalige Zuweisung der Leistungsgruppen im Jahr 2025 vornimmt und dem InEK bis zum 31. Oktober 2025 die Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt, noch im Jahr 2025 die Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung erfolgt. Im Jahr 2027 wäre eine erste Neuermittlung durchzuführen, im Jahr 2030 wäre diese zu wiederholen und danach wären alle drei Jahre diese Ermittlungen vorzunehmen.

Satz 7 gibt die Bedingungen vor, die durch das InEK bei der Ermittlung der Anteile nach Satz 2 oder Satz 5 zu beachten sind. Um Anreize zur Mengensteigerung zu dämpfen, sind Veränderungen der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Fallzahl des Krankenhausstandortes in der einzelnen ihm zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppe nur zu berücksichtigen, wenn diese mehr als 20 Prozent nach oben oder unten von der bei der letzten Ermittlung zugrunde gelegten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Fallzahl abweicht. Wenn dies der Fall ist, ist die aktuelle Fallzahl bei der Ermittlung zu verwenden. Veränderungen innerhalb dieses Korridors von 20 Prozent werden bei der Ermittlung nicht berücksichtigt und es ist die bei der vorangegangenen Ermittlung verwendete Fallzahl zugrunde zu legen. Das bedeutet in der Folge, dass das Vorhaltevolumen des Krankenhausstandortes für diese Leistungsgruppe aufgrund der Erhöhung oder Absenkung der Fallzahl keine Erhöhung oder Absenkung erfährt. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 Planfallzahlen übermittelt, sind diese als Fallzahlen zu verwenden. Falls auf die Übermittlung von Planfallzahlen verzichtet wird, hat das InEK die Fallzahlen nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG bei der Ermittlung der Anteile zugrunde zu legen. Leistungsverlagerungen nach § 135f Absatz 1 Satz 5 oder Satz 6 SGB V sind entsprechend der Regelung in Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz bei der Ermittlung zu berücksichtigen. Der Korridor von 20 Prozent findet bei der Anwendung von Planfallzahlen oder beim Übergang von Planfallzahlen auf die Fallzahlen nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG keine Anwendung. Veränderungen des Casemixindex sind dagegen in vollem Umfang bei der Ermittlung zugrunde zu legen. Damit haben Änderungen des Vorhalte-Casemixindex unmittelbaren Einfluss auf die Höhe des Vorhaltevolumens des Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe.

Da nicht auszuschließen ist, dass zwischen zwei Zeitpunkten der Ermittlung nach Satz 2 oder 5 strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft stattfinden, die zu einer Verlagerung von Fällen führen können, ist gemäß Satz 8 in dem Land, das von den strukturellen Veränderungen tangiert ist und in den an dieses Land angrenzenden Ländern eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den betroffenen Leistungsgruppen vorzunehmen. Damit wird sichergestellt, dass die entstehenden Veränderungen möglichst zeitnah bei der Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung berücksichtigt werden. Unter strukturellen Veränderungen sind die Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und Nummer 6 zu verstehen. Strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft eines Landes können auch Auswirkungen auf Krankenhausstandorte in angrenzenden Ländern haben. Eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist daher nicht nur in dem Land durchzuführen, in dem die strukturellen Veränderungen stattfinden, sondern auch in den angrenzenden Ländern. Unterjährige Neuermittlungen würden den Krankenhäusern Planungssicherheit nehmen. Daher wird geregelt, dass die Neuermittlung Geltung für das Jahr entfaltet, das auf das Jahr, in dem die Neuermittlung stattfindet, folgt.

Um die Funktionsweise der Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den Leistungsgruppen transparent zu machen, hat das InEK diese ebenfalls in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen (Satz 9).

Zu Absatz 3

Um im Hinblick auf die Effekte der in den Jahren 2027 und 2028 vorgesehenen Konvergenzphase nach § 6b Absatz 5 KHEntgG insgesamt Finanzneutralität herzustellen, wird mit der Vorschrift geregelt, dass das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 für die Jahre 2028 und 2029 vor der Gliederung nach Leistungsgruppen und Aufteilung auf die Krankenhausstandorte in Abhängigkeit von den durch die Konvergenzphase ausgelösten Minder- oder Mehrausgaben zu erhöhen oder abzusenken ist.

Dazu hat das InEK zunächst die nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina je Land je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort für jedes Krankenhaus zu summieren (Satz 1). Die Summe ist auf Basis des Krankenhausstandortes beziehungsweise der Krankenhausstandorte zu bilden und über alle Leistungsgruppen, die diesem oder diesen Krankenhausstandorten von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen worden sind oder die als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gelten. Diese Addition ist im Jahr 2028 für das Jahr 2027 und im Jahr 2029 für das Jahr 2028 durchzuführen (Zielwerte der Konvergenz).

Im nächsten Schritt hat das InEK gemäß Satz 2 für jedes Krankenhaus den Zielwert der Konvergenz von der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen, die von den Vertragsparteien vor Ort für das Jahr 2026 vereinbart und von der zuständigen Landesbehörde genehmigt worden sind (Ausgangswert der Konvergenz), abzuziehen. Die sich daraus ergebende Differenz ist im Jahr 2028 (für das Jahr 2027) mit 66 Prozent und im Jahr 2029 (für das Jahr 2028) mit 33 Prozent zu multiplizieren (Konvergenzergebnisse). Die Informationen über die für das Jahr 2026 vereinbarte Summe der Vorhaltebewertungsrelationen liegen dem InEK gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d KHEntgG am 31. März 2027 vor. Während das Ergebnis nach Satz 1 in Abhängigkeit von den nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Ergebnissen für die Jahre 2027 und 2028 variiert, bleibt die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen für das Jahr 2026 Satz 2 gleich.

Die nach Satz 2 ermittelten Konvergenzergebnisse sind im Anschluss durch das InEK für das jeweilige Land und das jeweilige Jahr unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren (Satz 3).

Entsprechend dem Saldo der Konvergenzergebnisse je Land ist das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 zu erhöhen oder abzusenken. Satz 4 sieht vor, dass bei einem negativen Saldo das Vorhaltevolumen abzusenken und bei einem positiven Saldo das Vorhaltevolumen zu erhöhen ist. Für das Konvergenzjahr 2027 (2028) ist die Erhöhung oder Absenkung bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land nach Absatz 1 Satz 1 im Jahr 2027 (2028) für das Jahr 2028 (2029) umzusetzen.

Zu Absatz 4

Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, das heißt diesem eine oder mehrere Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden, dieser vollständig oder teilweise aus der somatischen Krankenhausversorgung ausscheidet oder dieser im Rahmen eines Zusammenschlusses aufgeht, werden die für den Krankenhausstandort nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina nach dem Ausscheiden, dem Entzug oder dem Zusammenschluss nicht mehr abgerufen. Damit diese für die Krankenhausversorgung und die Vorhaltevergütung vorgesehenen Mittel dennoch den Krankenhäusern zufließen, hat das InEK daher bei der nächsten Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land je Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 und 3 diese Mittel erhöhend zu berücksichtigen (Satz 1).

Dafür hat das InEK nach Satz 2 die nach Absatz 1 Satz 4 für den betroffenen Krankenhausstandort ermittelten Vorhaltevolumina für alle ihm durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesenen Leistungsgruppen zu addieren und durch 365 (Tage eines Jahres) zu dividieren. Dieses Zwischenergebnis ist zu multiplizieren mit der Zahl der Kalendertage, die zwischen dem Ausscheiden des Krankenhausstandortes aus der somatischen Krankenhausversorgung beziehungsweise dem Entzug der Leistungsgruppe und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ausscheiden oder der Entzug der Leistungsgruppe stattgefunden hat.

Zu Absatz 5

Die für die Krankenhausstandorte ermittelten Vorhaltevolumina in den ihnen von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 4 und die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 sind den Krankenhausträgern durch Bescheid zu übermitteln. Das InEK hat nach Satz 1 erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Jahr 2027 Bescheide zu erlassen. Die Bescheide über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sind daraufhin jährlich zu erlassen. Für zugewiesene Leistungsgruppen, für die die jeweilige Mindestvorhaltezah nicht erfüllt wird und keine Mitteilung über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah vorliegt, enthält der Bescheid eine Information, dass für diese Leistungsgruppen keine Berücksichtigung bei der Ermittlung des Anteils an der Vorhaltevergütung erfolgt.

Sofern ein Land seine Zuweisung der Leistungsgruppen bis zum 31. Oktober 2024 oder 2025 abgeschlossen und dem InEK entsprechend eine Aufstellung über die den Krankenhäusern zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat, erhalten die Krankenhausträger nach Satz 2 in diesem Land eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 durch das InEK. Diese Information hat keine rechtsverbindliche Wirkung, sondern dient lediglich einer ersten Information der Krankenhausträger. Auch hierfür gilt für das InEK die Frist, bis zum 10. Dezember desselben Jahres für das Folgejahr die Information an den Krankenhausträger zu übermitteln.

Satz 3 und Satz 4 sehen eine Sonderregelung vor für den Fall unterjähriger Strukturveränderungen eines Krankenhauses. Dies betrifft solche Strukturveränderungen, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde dem InEK zum Zwecke der Ermittlung der Vorhaltevergütung jährlich zu übermitteln sind, namentlich die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe, das vollständige oder teilweise Ausscheiden eines Krankenhauses aus der somatischen Krankenhausversorgung oder den vollständigen oder teilweisen Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser. Das InEK wird entsprechend seinen Befugnissen nach § 31 Absatz 2 gesetzlich berechtigt und verpflichtet, den ursprünglich erteilten Bescheid über die Höhe des Gesamtvorhaltebudgets rückwirkend mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses aufzuheben. Das Gesamtvorhaltebudget wird insoweit abweichend von dem Bescheid und der dort ausgewiesenen Summe der Vorhaltebewertungsrelationen sowie der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 durch das InEK neu ermittelt. Das InEK hat hierbei die Anzahl der Kalendertage zugrunde zu legen, die zwischen dem Ereignis und dem Ende des Jahres lagen, in dem das nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eingetreten ist. Die Differenz zwischen der Höhe des ursprünglichen Gesamtvorhaltebudgets und der aufgrund der Anzahl der Kalendertage zwischen dem eingetretenen Ereignis und dem Ende desselben Jahres zu ermittelnden Höhe des Vorhaltebudgets ergibt die Höhe des durch das InEK aufzuhebenden Teils des Bescheids. Die Aufhebung mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses ist verhältnismäßig, da ein Krankenhaus ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses Kenntnis davon hat oder haben muss, dass es entsprechende Leistungen nicht mehr erbringen und hierfür auch keine

Vorhaltevergütung mehr erhalten darf. Auf Vertrauensschutz, welcher einer Aufhebung entgegenstehen könnte, kann sich ein Krankenhaus insofern nicht berufen.

Satz 5 sieht die Vorgabe an das InEK vor, die gegenüber den Krankenhausträgern mitgeteilte Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 unverzüglich nach Erlass des Bescheides barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die veröffentlichten Informationen sind jeweils durch das InEK anzupassen, soweit unterjährig ein Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, in dessen Folge das InEK den Bescheid teilweise aufhebt. Eine zeitnahe Veröffentlichung über den dem jeweiligen Krankenhausträger zustehenden Anspruch auf das je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilte Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 4 sowie die standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 ist insbesondere für die Kostenträger von Bedeutung, damit diese Kenntnis über den Umfang ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber den Krankenhausträgern erhalten. Das InEK soll die Veröffentlichung in einer geeigneten Form vornehmen. Eine Veröffentlichung durch das InEK stellt ein aufwandsarmes Verfahren dar, die entsprechenden Informationen den interessierenden Stellen, insbesondere den Kostenträgern, verfügbar zu machen. Datenschutzrechtliche Vorgaben sind hierbei zu beachten.

Zu § 38

Zu Absatz 1

Mit dieser Regelung wird das InEK beauftragt, die Gesamtsumme der zusätzlichen finanziellen Mittel zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in Höhe von 125 Millionen Euro jährlich, erstmals für das Jahr 2027, auf die Länder entsprechend der Verteilung des Vorhaltevolumens zu verteilen (Satz 1). Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt im Verhältnis der landesweiten Summe der Vorhaltebewertungsrelationen zu der Summe der bundesweiten Vorhaltebewertungsrelationen für von den Ländern zugewiesene Leistungsgruppen. Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass Länder mit einem hohen Vorhaltevolumen, aufgrund der Versorgung von vielen oder schweren Fällen, auch einen höheren Anteil der zusätzlichen Mittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erhalten. In einem weiteren Schritt teilt das InEK die je Land ermittelten zusätzlichen Mittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben jährlich auf die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser rechnerisch auf. Dazu ermittelt das InEK die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Leistungsgruppen der zuschlagsberechtigten Krankenhäuser sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Leistungsgruppen des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt dann entsprechend dem Anteil der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses an der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser. Das InEK veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Sofern die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK bis zum 31. Oktober die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser im jeweiligen Zuständigkeitsbereich nicht mitgeteilt hat, entfällt für das betreffende Jahr der Anspruch auf Auszahlung der Förderbeträge für die Krankenhäuser dieses Landes.

Zu Absatz 2

Zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung erhalten Hochschulkliniken ab dem Jahr 2027 jährlich zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von 75 Millionen Euro. Das InEK wird beauftragt, die Gesamtsumme zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken jährlich, erstmals für das Jahr 2027, auf die Hochschulkliniken entsprechend der Verteilung des Vorhaltevolumens zu verteilen. Die Verteilung erfolgt entsprechend dem Anteil der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen der einzelnen Hochschulklinik an der Summe

der Vorhaltebewertungsrelationen aller Hochschulkliniken. Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass Hochschulkliniken mit einem hohen Vorhaltevolumen, aufgrund der Versorgung von vielen oder schweren Fällen, auch einen höheren Anteil der zusätzlichen Mittel für die spezielle Vorhaltung erhalten. Das InEK veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.

Zu § 39

Zu Absatz 1

Mit dem neuen Paragraphen werden für die geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung sowie die Versorgung in Stroke Units, der Speziellen Traumatologie und der Intensivmedizin in Krankenhäusern jährlich zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, wie in den Eckpunkten vom 10. Juli 2023 vorgesehen. Die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel sollen die Versorgung in diesen Bereichen noch stärker unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems machen und sie zusätzlich zu der neu eingeführten Vorhaltevergütung absichern. Bei den zusätzlichen Mitteln handelt es sich um eine Förderung im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung.

Förderfähig sind Krankenhausstandorte, denen eine den förderfähigen Bereichen zugeordnete Leistungsgruppe von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen wurde. Weitere Voraussetzung ist, dass der Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 SGB V erfüllt, oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 SGB V über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Damit wird sichergestellt, dass nur die genannten Bereiche von der Förderung profitieren (Satz 2).

Die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin betragen gemäß Satz 3 bundesweit ab dem Jahr 2027 für die Leistungen der Pädiatrie insgesamt 300 Millionen Euro (inklusive 12 Millionen Euro für Besondere Einrichtungen, siehe dazu § 5 Absatz 3l KHEntgG), für die Leistungen der Geburtshilfe 120 Millionen Euro, für die Leistungen der Stroke Unit 35 Millionen Euro, für die Leistungen der Speziellen Traumatologie 65 Millionen Euro und für die Leistungen der Intensivmedizin 30 Millionen Euro.

Für den Bereich der Pädiatrie wird ein Förderbetrag in Höhe von 288 Millionen Euro zukünftig zusätzlich zum Vorhaltebudget der Leistungsgruppen der Pädiatrie zur Verfügung gestellt. Der Betrag ergibt sich, indem der für die Jahre 2023 und 2024 vorgesehene Förderbetrag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a KHEntgG in Höhe von 300 Millionen Euro um das gerundete Zuschlagsvolumen der Besonderen Einrichtungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen abgesenkt wird. Für Besondere Einrichtungen wird ab dem Jahr 2027, vergleichbar zur Vorgehensweise in den Jahren 2023 und 2024, demnach ein Zuschlagsvolumen i.H.v. 12 Millionen Euro für die pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren gemäß § 5 Absatz 3l KHEntgG gewährt.

Das InEK wird beauftragt, eine Zuordnung der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zu den förderfähigen Bereichen zu treffen (Satz 4) und diese Zuordnung anzupassen, sofern die Leistungsgruppen weiterentwickelt werden (Satz 5).

Zu Absatz 2

Das InEK wird mit Satz 1 beauftragt, die bundesweit festgelegten Förderbeträge nach Absatz 1 Satz 3 auf die den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend der Verteilung der Vorhaltevolumina zu verteilen. Hierzu hat das InEK das Verhältnis des bundesweiten

Vorhaltevolumens der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin zum bundesweiten Vorhaltevolumen der diesen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen zu ermitteln (Satz 2). Die Verteilung der Förderbeträge auf die Leistungsgruppen erfolgt dann im gleichen Verhältnis.

Das InEK verteilt die bundesweiten Förderbeträge je Leistungsgruppe jährlich auf die Länder entsprechend des Anteils des landesweiten Vorhaltevolumens der jeweiligen Leistungsgruppen am vom InEK zu berechnenden bundesweiten Vorhaltevolumen der jeweiligen Leistungsgruppe (Satz 3).

Das InEK verteilt die je Land und Leistungsgruppe ermittelten Förderbeträge entsprechend dem nach § 37 Absatz 1 Satz 4 ermittelten Anteil des Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe und weist die Förderbeträge je Leistungsgruppe für jeden Standort in seinem Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 separat aus (Satz 4).

Durch die Ermittlung der standortindividuellen Förderbeträge entsprechend des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe werden die zusätzlichen Beträge zielgenau auf die Standorte verteilt. Nur diejenigen Standorte, die eine entsprechende Leistungsgruppe von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen bekommen haben, erhalten einen standortindividuellen Förderbetrag.

Durch die erneute Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre auf Basis der Fallzahl und des Vorhalte-Casemixindex und die dementsprechend neue Aufteilung der Förderbeträge auf die Krankenhausstandorte werden Veränderungen des Vorhalte-Casemixindex sowie Fallzahländerungen (im Rahmen des Korridors von 20 Prozent) auch bei der Finanzierung der zusätzlichen Förderung entsprechend berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Um eine Finanzierung des Zuschlags ab dem 1. Januar 2027 zu gewährleisten, werden die Vorhaltebewertungsrelation der Fallpauschalen der Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin prozentual erhöht. Der prozentuale Zuschlag wird vom InEK jährlich ermittelt und in den Entgeltkatalogen ab dem Jahr 2027 bei der Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen berücksichtigt. Dafür setzt das InEK den bundesweiten Förderbetrag je Leistungsgruppe der geförderten Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin ins Verhältnis zum bundesweiten Vorhaltevolumen (Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG des Jahres der Berechnung) je Leistungsgruppe. Die Vorhaltebewertungsrelationen der Fallpauschalen, die für die Ermittlung des Vorhaltevolumens dieser Leistungsgruppe herangezogen wurden, werden entsprechend prozentual erhöht.

Zu Absatz 4

Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, d.h. diesem eine oder mehrere Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden, dieser vollständig oder teilweise aus der somatischen Krankenhausversorgung ausscheidet oder dieser im Rahmen eines Zusammenschlusses aufgeht, werden die für den Krankenhausstandort ermittelten Förderbeträge nach dem Ausscheiden, dem Entzug oder dem Zusammenschluss nicht mehr abgerufen. Damit die vorgesehenen Mittel dennoch fließen, hat das InEK daher im Folgejahr bei den Förderbeträgen je Land je Leistungsgruppe den oder die Beträge erhöhend zu berücksichtigen (Satz 1).

Dafür hat das InEK nach Satz 2 die für den Krankenhausstandort ermittelten Förderbeträge durch 365 (Tage eines Jahres) zu dividieren. Dieses Zwischenergebnis ist zu multiplizieren mit der Zahl der Kalendertage, die zwischen dem Ausscheiden des Krankenhausstandortes aus der somatischen Krankenhausversorgung beziehungsweise dem Entzug der Leistungsgruppe bis zum Ende des Jahres lagen, in dem das Ausscheiden oder der Entzug der Leistungsgruppe stattgefunden hat.

Zu § 40

§ 40 enthält Aufträge an das BfArM und an das InEK zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose (onkochirurgische Leistungen). BfArM und InEK werden danach beauftragt, onkochirurgische Leistungen sowie onkochirurgische Indikationsbereiche nach den folgenden Maßgaben zu definieren. Sofern Krankenhäuser mit ihren Standorten zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, wird die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, untersagt. Die Regelung dient damit der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie (Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten). Sie ist geeignet, erforderlich und angemessen, um eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen in dem Bereich der onkochirurgischen Leistungen zu fördern, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichern und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausschließen.

Zu Absatz 1

Mit Satz 1 wird das BfArM beauftragt, alle onkochirurgischen Leistungen anhand von ICD- und OPS-Kodes zu definieren. Die Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes hat es bis zum 28. Februar 2025 an das InEK zu übermitteln. Da das Jahr 2023 die Ausgangsbasis für die durch das InEK nach Absatz 2 Satz 2 zu erstellende Liste bildet und die entsprechenden Fälle, bei denen onkochirurgische Leistungen durchgeführt worden sind, auf Basis des Jahres 2023 identifiziert werden, sind die Versionen der Klassifikationen für das Jahr 2023 für die Aufstellung zugrunde zu legen.

Durch Satz 2 wird der Deutschen Krebsgesellschaft die Möglichkeit gegeben, für die Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes für onkochirurgische Leistungen eine Stellungnahme abzugeben. Diese hat das BfArM für die Erstellung der Aufstellung angemessen zu berücksichtigen. Damit die Stellungnahme berücksichtigt werden kann, ist diese mit Blick auf die Frist zum 28. Februar 2025 frühzeitig durch die Deutsche Krebsgesellschaft vorzulegen.

Mit Satz 3 wird das InEK beauftragt, Indikationsbereiche für alle onkochirurgischen Leistungen zu definieren und diese an den in der medizinischen Versorgungspraxis relevanten onkologischen Bereichen zu orientieren. Hierbei hat das InEK die Deutsche Krebsgesellschaft zu beteiligen. Die Definition von Indikationsbereichen für onkochirurgische Leistungen ist erforderlich, um die angestrebte Spezialisierung in der Onkochirurgie indikationspezifisch zu fördern.

Das InEK erhält mit Satz 4 die Aufgabe, die ICD- und OPS-Kodes aus der Aufstellung des BfArM den Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten onkochirurgischen Indikationsbereichen zuzuordnen. Eine nach Leistungsgruppen und onkochirurgischen Indikationsbereichen differenzierte Liste der ICD- und OPS-Kodes und somit der onkochirurgischen Leistungen ist bis zum 30. April 2025 durch das InEK auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Damit wird allen Interessierten, insbesondere den Krankenhäusern, für die ein Abrechnungsverbot bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, gilt, die Möglichkeit gegeben, Einsicht in die Liste zu nehmen.

Mit Satz 5 wird vorgegeben, dass sowohl das BfArM seine Aufstellung als auch das InEK daraufhin seine Liste regelmäßig anzupassen haben. Aufgrund der jährlichen Anpassung der Klassifikationen ist auch im Zeitablauf sicherzustellen, dass die Aufstellung und die Liste die onkochirurgischen Leistungen vollständig abbilden. So sind die erste Aufstellung und Liste im Jahr 2025 auf Basis der Versionen der Klassifikationen des Jahres 2023 zu erstellen. Ab dem Jahr 2026 sind die Aufstellung und die Liste dann jährlich auf der Grundlage der jeweils aktuellen Version der Klassifikationen anzupassen und zu aktualisieren. Das BfArM hat unverzüglich nach Bekanntmachung nach den §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels und des Operationen- und Prozedureschlüssels durch das Bundesministerium für Gesundheit die Aufstellung anzupassen und an das InEK zu übermitteln. Das InEK hat daraufhin zeitnah die Liste anzupassen und bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem der Diagnoseschlüssel und der Operationen- und Prozedureschlüssel bekannt gemacht wurde, barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Zu Absatz 2

Neben der Erstellung der Liste nach Absatz 1 Satz 4 wird das InEK mit Satz 1 beauftragt, eine Auswertung auf Basis der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG für das Jahr 2023 zu erstellen. Ziel der Auswertung ist es, alle Krankenhausstandorte zu identifizieren, die im Jahr 2023 Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben. Das Jahr 2023 wird als Bezugsjahr gewählt, da dieses ein bereits abgeschlossener Zeitraum ist und dadurch keine Fehlanreize für zukünftige Jahre gesetzt werden. Sobald alle Krankenhausstandorte identifiziert sind, sind diese in jedem onkochirurgischen Indikationsbereich entsprechend ihrer Anzahl an Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, aufsteigend zu sortieren.

Die Krankenhausstandorte, die die wenigsten Fälle mit onkochirurgischen Leistungen und zusammen 15 Prozent dieser Fälle aller Krankenhausstandorte in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, sind bis zum 31. Mai 2025 durch das InEK leistungsgruppenbezogen und bezogen auf die onkochirurgischen Indikationsbereiche barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (Satz 2). Der Krankenhausstandort, mit dessen Fällen die 15 Prozent eines onkochirurgischen Indikationsbereichs erreicht oder überschritten werden, ist ebenfalls zu veröffentlichen. Für den Fall, dass die Fallzahl zweier oder mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und für sich genommen jeweils dazu führen würde, dass die 15 Prozent eines onkochirurgischen Indikationsbereichs erreicht oder überschritten würden, sind alle diese Krankenhausstandorte zu veröffentlichen. Krankenhäuser mit Standorten, die in einem onkochirurgischen Indikationsbereich die wenigsten Fälle mit onkochirurgischen Leistungen aufweisen, erhalten durch die Veröffentlichung Kenntnis über das für sie geltende Abrechnungsverbot bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG. Darüber hinaus hat die Veröffentlichung für Krankenträger mit Standorten, die bezogen auf die onkochirurgischen Indikationsbereiche nicht zu den Standorten mit den wenigsten Fällen mit onkochirurgischen Leistungen gehören keine finanziellen Auswirkungen, da diese Krankenhäuser die entsprechenden onkochirurgischen Leistungen des onkochirurgischen Indikationsbereichs weiterhin erbringen und abrechnen können.

Nach Satz 3 hat das InEK Vorgaben für die eindeutige Zuordnung von Krankheitsfällen zu den onkochirurgischen Indikationsbereichen zu erarbeiten. Bei den Vorgaben kann es sich um Spezifikationen zur Programmierung des bestehenden DRG-Groupers handeln, anhand derer das InEK und die Krankenhäuser eine eindeutige Zuordnung zu Indikationsbereichen vornehmen sollen.

Mit Satz 4 wird das InEK verpflichtet, die Liste nach Satz 2 barrierefrei sowohl an das IQTIG als auch an die vom BMG benannte Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V zu übermitteln.

Zu Absatz 3

Mit Satz 1 wird das InEK damit beauftragt, nach fünf Jahren eine Analyse der Auswirkungen der Maßnahme zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen und deren Folgen für die Spezialisierung und Konzentration durchzuführen. Die Analyse soll auf Basis der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG erfolgen. Gegenstand der Analyse sollte die Frage sein, inwieweit die Krankenhausstandorte, die Teil der Liste nach Absatz 2 Satz 2 sind, tatsächlich auf die Erbringung onkochirurgischer Leistungen verzichtet haben. Außerdem sollte überprüft werden, ob und wo Konzentrationen onkochirurgischer Leistungen stattgefunden haben. Falls eine Spezialisierung und Konzentration nicht in dem gewünschten Maße stattgefunden hat, sollten die Ursachen analysiert werden. Auf der Grundlage der Analyse hat das InEK Empfehlungen zur Weiterentwicklung vorzulegen. Ein Teil der Empfehlung sollte die Klärung der Frage sein, ob eine Aktualisierung der Liste nach Absatz 2 Satz 2 erforderlich ist.

Zudem hat das InEK die Ergebnisse seiner Analyse in anonymisierter Form auf seiner Internetseite bis zum 30. Juni 2032 zu veröffentlichen (Satz 2). Die Kosten des InEK für die Analyse und die Weiterempfehlung werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert (Satz 3).

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Einführung des neuen § 6b.

Zu Buchstabe b und Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Da die durch Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten voll- und teilstationären Leistungen, zukünftig über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vergütet werden, sind diese in der Leistung der Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen zu ergänzen.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ist für die Budgetjahre 2025 und 2026 erforderlich, da in diesem Zeitraum gemäß § 17b Absatz 4b Satz 5 KHG bereits Vorhaltebewertungsrelationen zur Abrechnung kommen werden. In den Jahren 2025 und 2026 sind die Erlöse der Vorhaltebewertungsrelationen Teil des Erlösbudgets nach § 4, so dass eine Budgetneutralität in diesen beiden Jahren sichergestellt ist.

Zu Buchstabe b

Der Fixkostendegressionsabschlag wurde eingeführt, um die im Vergütungssystem vorhandenen Anreize zu Mehrleistungen zu dämpfen und die Kostenträger an Kostenvorteilen der Krankenhäuser temporär zu beteiligen. Grundannahme ist, dass ein Krankenhaus im Fall von Mehrleistungen nicht zwangsläufig entsprechende Fixkostensteigerungen besitzt, da diese Kosten grundsätzlich zunächst belegungsunabhängig sind. Durch die Einführung eines Vorhaltebudgets entfällt nunmehr die Notwendigkeit des Fixkostendegressionsabschlages. Die um die Vorhaltekosten reduzierten Fallpauschalen, auf welche sich der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig bezöge, würden keinen relevanten Fixkostenanteil mehr enthalten und somit auch keiner bzw. nur noch einer geringen Fixkostendegression bei Mehrleistungen unterliegen. Da ein relevanter Anteil der Fixkosten zukünftig durch die belegungsunabhängigen Vorhaltebudgets gedeckt wird, ist zudem ein Anreiz für Mehrleistungen für Krankenhäuser deutlich gemindert. Die Änderung sieht deshalb vor, dass der

dreijährige Fixkostendegressionsabschlag letztmalig für das Vereinbarungsjahr 2026 angewendet und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben erhoben wird, so dass dieser Zuschlag letztmalig im Jahr 2028 zu erheben ist. Für zusätzliche Leistungen, die ab dem Jahr 2027 gegenüber dem jeweiligen Vorjahr vereinbart werden, kommt dementsprechend kein Fixkostendegressionsabschlag mehr zur Anwendung. Da die Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlags die Komplexität der Budgetverhandlungen beträchtlich erhöht, ist anzunehmen, dass eine Aufhebung zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen beiträgt und den Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien vor Ort reduziert.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Mengenausgleich bezieht sich zukünftig (die Fallpauschalen betreffend) nur noch auf die um das Vorhaltevolumen abgesenkten Fallpauschalen (rDRG), da sowohl das Pflege- als auch das Vorhaltebudget gesondert ausgeglichen werden. Im Fall von Mehrerlösen beträgt der bisherige Ausgleichssatz 65 Prozent, d.h. dem Krankenhaus verbleiben 35 Prozent der Mehrerlöse zur Deckung der für die Mehrleistungen entstandenen variablen Kosten. Um auch nach Inkrafttreten der Krankenhausreform einem Anreiz zur Leistungsausweitung entgegenzuwirken sowie angesichts der zukünftig leistungsunabhängigen Grundfinanzierung der Vorhaltekosten, bleiben die Vorgaben zum Mehrerlösausgleich unverändert bestehen. Im Fall von Mindererlösen sieht die bisherige Regelung vor, dass Mindererlöse grundsätzlich zu 20 Prozent ausgeglichen werden. Damit soll bei nicht erreichter Leistungsmenge ein Teil der Vorhaltung bzw. der Fixkosten finanziert werden. Zukünftig werden die Vorhaltekosten durch ein Vorhaltebudget gedeckt, welches dem Krankenhaus unabhängig von der Leistungserbringung zusteht. Somit sind Mindererlösausgleiche nicht mehr angezeigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Ergänzung um die Nummer 6b ist erforderlich, damit die Aufstellung der Entgelte, die die Jahresabschlussprüferin bzw. der Jahresabschlussprüfer zur endgültigen Berechnung des Erlösausgleiches ausstellt, auch die Erlöse des Krankenhauses für das Vorhaltebudget enthält.

Zu Nummer 3 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht. Die entsprechenden Krankenhäuser erhalten zukünftig jeweils einen Sockelbetrag von 500 000 Euro jährlich sowie je Fachabteilung, die die Vorgaben des G-BA erfüllt, jeweils 250 000 Euro jährlich, sofern die Krankenhäuser jeweils mehr als zwei Fachabteilungen vorhalten, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Ein Krankenhaus kann somit insgesamt eine Förderung in Höhe von einer Million Euro pro Jahr erhalten.

Zu Buchstabe b und Buchstabe c

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung der Verlängerung der Förderung der geburthilflichen Versorgung für die Jahre 2025 und 2026.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3j

Mit der Ergänzung eines neuen Absatzes 3j werden in Form eines Rechnungszuschlags für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Universitätskliniken oder anderen

von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragten Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sind in § 6a Absatz 5 KHG benannt.

Durch die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel wird sichergestellt, dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems und der neu eingeführten Vorhaltevergütung finanziert werden. Da es sich bei der finanziellen Förderung insbesondere 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 von den zusätzlichen finanziellen Mitteln nur Krankenhäuser profitieren können, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurden. Die zusätzlichen Mittel werden nach Satz 2 durch einen vom Krankenhausträger ermittelten Zuschlag abgerechnet, indem der krankenhausesindividuelle Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses für das Jahr, für das der Betrag ermittelt wird, dividiert wird. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern als Zuschlag in Rechnung gestellt. Der Zuschlag ist erstmalig für Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der Zuschlag ist von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen (gemäß § 14 Absatz 1). Die Genehmigung ist vom Krankenhausträger zu beantragen. Satz 4 regelt, dass, sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr von der nach § 38 Absatz 1 Satz 4 KHG festgelegten Höhe des krankenhausesindividuellen Betrages abweichen, die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden.

Zu Absatz 3k

Die finanziellen Mittel, die für die Jahre 2023 und 2024 in Höhe von 300 Millionen Euro für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4a zur Verfügung gestellt wurden, sollen ab dem Jahr 2027 zusätzlich über das Vorhaltebudget der Leistungsgruppen der Pädiatrie finanziert werden. Mit der gesetzlichen Regelung wird für die Jahre 2025 und 2026 ein Zuschlag eingeführt, um die Finanzierung von rund 300 Millionen Euro pro Jahr auch für diese Jahre sicherzustellen.

Hierzu ermittelt das InEK auf Basis der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten, die nach Abschluss der Prüfung der Datenstelle auf Plausibilität für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems akzeptiert und genutzt werden, die im Jahr 2023 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen, gruppiert mit dem Entgeltsystem für das Jahr 2024, für die maßgeblichen Fälle, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Die Vorgabe der maßgeblichen Fälle für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an der durch das InEK praktizierten Eingrenzung der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mittels Altersgrenze. Mit dem zweiten Halbsatz des zweiten Satzes wird sichergestellt, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen durch das InEK um die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett bereinigt wird, da diese seit dem Jahr 2020 über das Pflegebudget finanziert wird. Zur Ermittlung eines Erlösvolumens wird die Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Bundesbasisfallwert für 2024 multipliziert und um den Veränderungswert 2025 erhöht. Für das Anwendungsjahr 2026 erfolgt eine Erhöhung um den Veränderungswert des Jahres 2026.

Der Prozentsatz ergibt sich aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro zu den ermittelten Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das Jahr 2025 bzw. für das Jahr 2026, die jeweils um einen Betrag in Höhe von 90 Millionen erhöht wird. Durch die analog zur Vorgehensweise in § 4a erfolgende Erhöhung

der Summe der krankenhausindividuellen Erlösvolumina um 90 Millionen Euro und damit die Berücksichtigung dieses Betrages bei der Ermittlung des Prozentsatzes wird gewährleistet, dass auch die in besonderen Einrichtungen erfolgende Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren von den zusätzlichen Mitteln in Höhe von 300 Millionen Euro profitiert. Das InEK hat den so ermittelten Prozentsatz bis zum 15. Dezember 2024 bzw. 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Zur Auszahlung wird auf die mit bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen abgerechneten voll- oder teilstationären Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, der ermittelte Zuschlag jeweils für 2025 und 2026 erhoben. Die Erhebung des Zuschlags ist auf die bewerteten DRG-Fallpauschalen und die dazugehörige Vorhaltevergütung begrenzt, da auch für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Erlösvolumens, lediglich die bewerteten DRG-Fallpauschalen und die seinerzeit noch in den Fallpauschalen enthaltene Vorhaltevergütung zugrunde gelegt werden. Die Auszahlung erfolgt insofern über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen und die dazugehörige Vorhaltevergütung. Das heißt, der Zuschlag wird nicht auf andere Entgelte, wie Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte oder Zu- und Abschläge nach § 5 erhoben.

Selbständige Kinderkrankenhäuser oder spezialisierte Fachkliniken für chronisch kranke Kinder können als besondere Einrichtung von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen der Vertragsparteien auf Bundesebene). Vor diesem Hintergrund wird geregelt, dass besondere Einrichtungen auch für 2025 und 2026 auf die abgerechneten Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, jeweils den bundeseinheitlichen Zuschlag erheben können. Die Erhebung erfolgt auf alle fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Hiermit werden besondere Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, unterstützt.

Zu Absatz 3l

Besondere Einrichtungen sind nicht von der Einführung einer Vorhaltevergütung betroffen, da sie nicht nach DRG-Fallpauschalen abrechnen, sondern fall- und tagesbezogene Entgelte vereinbaren. Insoweit wären besondere Einrichtungen auch von der finanziellen Förderung im Bereich der Pädiatrie nach § 39 KHG ausgeschlossen. Da der Gesetzgeber aber auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch diese Einrichtungen fördern möchte, wird für besondere Einrichtungen der Zuschlag gemäß § 5 Absatz 3k Satz 6 aus dem Jahr 2026 für alle voll- und teilstationären Fälle, deren Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme über 28 Tage und unter 16 Jahre liegt und die ab dem 1. Januar 2027 in einer besonderen Einrichtung aufgenommen werden, fortgeführt.

Zu Absatz 3m

Mit § 38 Absatz 2 KHG werden Hochschulkliniken zusätzliche Mittel zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung ab dem Jahr 2027 in Form eines Rechnungszuschlags zur Verfügung gestellt. Die zusätzlichen Mittel werden nach Satz 2 durch einen vom Krankenhausträger ermittelten Zuschlag abgerechnet, indem der jährlich durch das InEK ermittelte und veröffentlichte krankenhausindividuelle Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses für das Jahr, für das der Betrag ermittelt wird, dividiert wird. Der Zuschlag ist erstmalig für Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der Zuschlag ist von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen (gemäß § 14 Absatz 1). Die Genehmigung ist vom Krankenhausträger zu beantragen. Satz 4 regelt, dass, sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr von dem krankenhausindividuellen Betrag nach § 38 Absatz 2 Satz 3 KHG abweichen, die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für

Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden.

Zu Nummer 4 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser eine Ergänzung vor. Sie stellt sicher, dass in die Prüfung für die Vereinbarung eines gesonderten Zusatzentgeltes nach dieser Vorschrift auch die Vorhaltevergütung mit einzubeziehen ist, um zu ermitteln, ob die Voraussetzung für die Vereinbarung eines solchen Entgeltes dem Grunde nach vorliegt, da die Leistung nicht sachgerecht vergütet ist. Darüber hinaus handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung sowie die Korrektur einer unpräzisen Verweisung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Wie für die somatischen sowie für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird auch für besondere Einrichtungen eine frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt. Die frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen ist erstmals für das Jahr 2024 anzuwenden. Hierdurch werden die wirtschaftliche Lage und die Liquidität der besonderen Einrichtungen verbessert. Sofern es eine Vertragspartei verlangt, ist der Erhöhungsbetrag bereits über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums abzuwickeln. Die Möglichkeit, die Tariflohnsteigerungen erst in einem späteren Zeitraum zu vereinbaren, bleibt jedoch bestehen, sofern keine Vertragspartei eine Berücksichtigung des Erhöhungsbetrags im laufenden Pflegesatzzeitraum verlangt, beispielsweise um den Aufwand einer zusätzlichen unterjährigen Vereinbarung zu vermeiden. Unabhängig vom Zeitpunkt der Umsetzung ist eine vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch die Bezugnahme auf die auf Bundesebene vereinbarte anteilige Erhöhungsrates gewährleistet. Eine Erhöhung des Budgets, das sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um die dann dementsprechend anteilige Erhöhungsrates entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung werden besondere Einrichtungen und Kostenträger vor Ort verpflichtet, die Erlössumme für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren. Hierdurch wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits ab dem Jahr 2025 für besondere Einrichtungen finanzwirksam wird. Der Vereinbarungsaufwand für die Selbstverwaltungspartner auf Ortsebene ist gering, weil gegenüber einer vorher für das Jahr 2025 geschlossenen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 5 (§ 6a)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten für die Vergütung der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V umfasst sind, besteht keine Notwendigkeit für diese Krankenhäuser, ein Pflegebudget mit den dafür vorgesehenen Vorgaben nach § 6a zu vereinbaren.

Zu Nummer 6 (§§ 6b, 6c neu)

Zu § 6b

Zu Absatz 1

Ein Krankenhaus erhält künftig zeitnah, unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme eine Finanzierung für seine Vorhalteaufwände. Bislang werden die Vorhaltekosten eines Krankenhauses maßgeblich über die Fallpauschalen finanziert. Dies hat zur Folge, dass ein Krankenhaus bislang darauf angewiesen ist, über die Erbringung von Behandlungsfällen die Finanzierung seiner Vorhalteaufwände zu sichern. Künftig erhält jedes Krankenhaus ein sogenanntes Vorhaltebudget je Leistungsgruppe, soweit ihm durch das jeweilige Land Leistungsgruppen zugewiesen wurden oder soweit Leistungsgruppen in einem Versorgungsvertrag vereinbart wurden, da diese nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen gelten. Weitere Voraussetzung für den Vergütungsanspruch ist, dass die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah vorliegt. Ein Krankenhaus erhält somit ab dem Jahr 2027 einen gesonderten Erlös unabhängig vom vereinbarten Erlösbudget nach § 4 und damit unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung. Das InEK erteilt dem Krankenhaus einmal jährlich einen Bescheid, der die Grundlage für das Gesamtvorhaltebudget ausweist. Dieses ergibt sich einerseits aus der Summe der im Bescheid ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 KHG sowie andererseits aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen, die zusätzlich mit dem für das Anwendungsjahr geltenden Landesbasisfallwert multipliziert wurde. Sofern der für das Anwendungsjahr geltende Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 5 Satz 8 unterjährig erneut vereinbart oder durch die Schiedsstelle nach § 13 festgesetzt wurde, ist dieser bei der Multiplikation zu berücksichtigen. Das Anwendungsjahr entspricht dem Kalenderjahr, für das der Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG erteilt wurde.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Ergänzung zur neuen Regelung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Regelung stellt klar, dass die Vorhaltevergütung an ein Krankenhaus im Rahmen der etablierten Zahlungswege ausgezahlt wird. Damit ist sichergestellt, dass für die Auszahlung keine bürokratischen Zusatzaufwände entstehen.

Zu Absatz 3

Um zu gewährleisten, dass die Liquidität der Krankenhäuser erhalten wird, wird ein bei Bedarf vom Krankenhaus ansetzbarer Zuschlag eingeführt, den das Krankenhaus in einem möglichst einfachen Verfahren in Anspruch nehmen kann. Es wird eine Regelung vorgesehen für ein Krankenhaus, das im ersten oder zweiten Quartal absehbar in deutlich geringem Maße Erlöse für die Vorhaltung erhalten hat, als auf der Grundlage des Gesamtvorhaltebudgets nach Absatz 1 zu erwarten gewesen wäre. Soweit ein Krankenhaus im ersten oder zweiten Quartal voraussichtlich jeweils 10 Prozent des ihm für diesen Zeitraum zustehenden Gesamtvorhaltebudgets unterschreitet, kann es verlangen, dass ihm für den Rest des Jahres, d.h. für die verbleibenden neun oder sechs Monate, ein Zuschlag von 10 Prozent auf die Vorhaltevergütung zu zahlen ist. Eine sachgerecht nachvollziehbare, jedoch einfache Ermittlung der tatsächlich erzielten bzw. voraussichtlich zu erzielenden Vorhaltevergütung des Krankenhauses für das erste oder zweite Quartal ist dafür ausreichend. Das Krankenhaus hat bis zum 31. März oder bis zum 30. Juni des laufenden Jahres sein Verlangen gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung der erwarteten Vorhalteerlöse hierbei glaubhaft darzulegen. Anhand einer solchen Ermittlung können die Kostenträger die Unterschreitung nachvollziehen und auf dieser Grundlage die

vom Krankenhaus verlangte erhöhte Zahlung über den Zuschlag vornehmen. Im Rahmen des zeitnahen Ganzjahresausgleichs nach Absatz 4 werden etwaige Überzahlungen frühzeitig ausgeglichen. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Finanzierung der Vorhaltekosten auch bei starken Fallzahlschwankungen im ersten oder zweiten Quartal zeitnah sichergestellt ist. Soweit voraussichtliche Fallzahlschwankungen im zweiten Halbjahr zu verzeichnen sind, besteht für ein Krankenhaus die Möglichkeit, diese im Wege seines Anspruchs auf einen Ganzjahresausgleich nach Absatz 4 finanziell frühzeitig auszugleichen. Es wird klargestellt, dass der Zuschlag nicht zur Genehmigung bei der Landesbehörde vorzulegen ist, weil es sich nicht um einen krankenhausesindividuell ermittelten Zuschlag im Sinne des § 14 Absatz 1 Satz 1 handelt.

Zu Absatz 4

In den Jahren 2025 und 2026 erfolgt die Auszahlung des Vorhaltebudgets budgetneutral. Das heißt, die Vorhaltebewertungsrelationen kommen bereits zur Anwendung, das Vorhaltebudget wird jedoch erst ab dem Jahr 2027 erstmals budgetwirksam abgezahlt. Entsprechend findet ein Ausgleich auf das durch das InEK ermittelte Gesamtvorhaltebudget eines jeden Krankenhauses erstmals im Jahr 2028 für das Vorjahr 2027 statt.

Krankenhäuser erhalten einen vollständigen Ausgleich auf das Gesamtvorhaltebudget. Ausgenommen hiervon sind nicht erzielte Erlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGB V entstehen. Satz 1 stellt sicher, dass Krankenhäuser die an die Kostenträger aufgrund der Anwendung der Vorschrift des § 275a Absatz 4 SGB V zurückzuzahlenden Rechnungsbeträge nicht über den Erlösausgleich nachgezahlt bekommen und damit die Vorschrift des § 275a Absatz 4 SGB V ins Leere laufen würde.

Mindererlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGB V entstehen, sind von den Kostenträgern nicht auszugleichen.

Mehrerlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGBV entstehen, sind vollständig zurückzuzahlen. Dazu ist für die betroffene Leistungsgruppe abweichend von der im InEK-Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG ausgewiesenen Summe der Vorhaltebewertungsrelationen dieser Leistungsgruppe die Zahl Null anzusetzen. Sofern ein unterjähriger Zeitraum betroffen ist, ist die Summe der im InEK-Bescheid ausgewiesenen Vorhaltebewertungsrelationen anteilig für diesen Zeitraum zu kürzen.

Alle übrigen Mehr -oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Insgesamt gewährleistet die Regelung des Absatzes 4 die Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser, da die fallunabhängige Vorhaltevergütung den Krankenhäusern zeitnah im Umfang ihres jeweils bestehenden Anspruchs zur Verfügung steht. Dazu wird den Vertragsparteien auf Ortsebene eine Ausgleichssystematik vorgegeben, die mit Fristen flankiert wird. Es wird hierzu vorgesehen, dass ein Krankenhaus bis zum 28. Februar die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 aller bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassenen Fälle ermittelt und die noch nicht gestellten Rechnungen berücksichtigt, indem es diese Beträge sachgerecht schätzt. Die Abwicklung erfolgt über einen Zu- oder Abschlag auf die Vorhaltebewertungsrelationen in einem Zeitraum von 12 Wochen, beginnend ab der Genehmigung durch die Landesbehörde nach § 14. Hierfür teilt das Krankenhaus der Landesbehörde sowie darüber hinaus den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5, die Höhe des vorläufigen Ausgleichsbetrages, die Höhe des prozentualen Zu- oder Abschlags und den Abrechnungszeitraum, der der Berechnung des prozentualen Zu- oder Abschlags zu Grunde liegt, bis zum 28. Februar mit. Innerhalb der Frist übermittelt es darüber hinaus auch eine Abschrift des der Berechnung zu Grunde liegenden Bescheids nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG. Darüber hinaus gelten die allgemeinen Vorgaben zum Pflegesatzverfahren nach § 18 KHG.

Durch die Vorgabe eines Zeitraums zur Abrechnung eines etwaigen Fehl- oder Überzahlungsbetrages wird erreicht, dass dem Krankenhaus das Vorhaltebudget zeitnah zur Verfügung steht. Ein Krankenhaus erhält auf diese Weise das ihm zustehende Vorhaltebudget unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten.

Zur korrekten Ermittlung des endgültigen Ausgleichsbetrages sind entsprechend der Vorschrift des § 4 Absatz 3 die Erlöse für das Vorhaltebudget durch eine Jahresabschlussprüferin bzw. einen Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift sieht eine Übergangsregelung vor für den Zeitraum der Umstellung der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik überwiegend durch Fallpauschalen hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik. Die Jahre 2025 und 2026 werden dabei budgetneutral ausgestaltet. Änderungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen durch das Land haben für die Vergütung der Vorhaltung in diesen budgetneutralen Jahren keine finanzielle Auswirkung für das Krankenhaus. Nicht von der Budgetneutralität umfasst sind dabei wie bisher Effekte, die sich aus der Weiterentwicklung des Entgeltsystems ergeben (z. B. Katalogeffekt). Im Anschluss an die budgetneutrale Phase sind die Jahre 2027 und 2028 als Zeitraum einer sogenannten Konvergenzphase vorgesehen. Die Konvergenzphase soll für die Krankenhäuser die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik erleichtern, Planungssicherheit geben und während der Übergangsphase die Systemstabilität sichern. Hierfür werden die in diesem Absatz neu beschriebenen drei Parameter – der Ausgangswert, der Zielwert sowie der Konvergenzbetrag – miteinander in Beziehung gesetzt und auf der Grundlage etwaige Zu- sowie Abschläge auf die dem Krankenhaus zustehenden Entgelte der Vorhaltevergütung gezahlt.

Für die Jahre 2027 und 2028 wird jeweils ein Konvergenzbetrag berechnet. Dieser ergibt sich, indem zunächst ein Ausgangswert ermittelt wird, welcher sodann in zwei Konvergenzschritten an einen Zielwert angenähert wird. Der Ausgangswert umfasst alle für das Jahr 2026 vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen eines Krankenhauses. Diese werden hierfür für die Jahre 2027 und 2028 jeweils mit dem geltenden vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert multipliziert. Den Zielwert stellt das unter Nutzung des jeweiligen Landesbasisfallwerts für die Jahre 2027 und 2028 jeweils ermittelte Gesamtvorhaltebudget ohne Berücksichtigung der im Bescheid ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 KHG je Krankenhaus dar. Um den Konvergenzbetrag zu erhalten, wird eine etwaig bestehende Differenz zwischen Ausgangs- und Zielwert (Konvergenzbetrag) unter Beachtung des Vorzeichens ausgeglichen: Soweit der Zielwert den Ausgangswert übersteigt, wird dem Krankenhaus die Differenz 2027 zu 33 Prozent und 2028 zu 66 Prozent vergütet. Soweit der Zielwert unterhalb des Ausgangswertes liegt, wird die Differenz 2027 zu 66 Prozent und 2028 zu 33 Prozent an das Krankenhaus vergütet. Mit Ablauf des Jahres 2028 endet die Konvergenzphase und das Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3 kommt ab dem Jahr 2029 ohne Einschränkungen zur Anwendung.

Zu § 6c

Der neue § 6c regelt die Vergütung der durch Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V (sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung) erbrachten stationären Krankenhausleistungen, einschließlich der medizinisch-pflegerischen Versorgung, über ein von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbarendes Gesamtvolumen sowie degressive krankhausindividuelle Tagesentgelte und legt entsprechende Vorgaben für die Vereinbarung, Kalkulation, Abrechnung, Mehr- und Mindererlösausgleiche und die Laufzeit der krankhausindividuellen Tagesentgelte fest. Vor dem Hintergrund, dass keine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte erfolgt, wird der Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erst im Kalenderjahr nach Festlegung des möglichen Leistungsumfangs durch die Selbstverwaltung finanzwirksam. Sektorenübergreifende

Versorgungseinrichtungen, die voll- oder teilstationäre Leistungen auf der Grundlage von § 115g SGB V erbringen, können für diese Leistungen die Erbringung von Wahlleistungen mit den Patientinnen und Patienten vereinbaren.

Zu Absatz 1

Für die Vergütung der in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten voll- und teilstationären Leistungen, die sie vom Land zugewiesen bekommen, sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung werden die Vertragsparteien auf Ortsebene beauftragt, regelmäßig ein finanzielles Gesamtvolumen zu vereinbaren, welches auf Basis der von den Vertragsparteien auf Bundesebene festzulegenden Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu ermitteln ist. Das Gesamtvolumen ist auf mindestens ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt gemäß der Vorgaben des Satz 2 sachgerecht aufzuteilen. Es gelten die allgemeinen Vorgaben zum Pflegesatzverfahren nach § 18 KHG.

Die Vertragsparteien auf Ortsebene vereinbaren ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt, welches zur Abrechnung kommt, sofern die ärztliche Leistung für das Krankenhaus durch beim Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte oder vom Krankenhaus vergütete Honorarärztinnen und Honorarärzte erbracht wurde, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine voll-, teilstationäre Leistung oder eine medizinisch-pflegerische Versorgung handelt. Zusätzlich ist dessen Degression festzulegen. Dabei ist zu vereinbaren, ab welchem Behandlungstag das krankenhausindividuelle Tagesentgelt um welche Höhe bzw. welchen Prozentsatz vermindert wird. Mit dieser Degression soll bei längerer Behandlungsdauer einer Verringerung der dem Krankenhaus entstehenden Behandlungskosten Rechnung getragen und Dauerhospitalisierungen vermieden werden.

Sofern die ärztliche Leistung auch durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer erbracht wird, ist außerdem ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt mit entsprechender Degression zu vereinbaren, welches zur Abrechnung kommt, wenn die ärztliche Leistung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurde. Die Leistung des Leistungserbringers wird in diesem Fall nach § 121 Absatz 2 bis 4 (Belegarzt) beziehungsweise nach Absatz 7 SGB V (anderer Vertragsarzt) vergütet. Privatärztliche Leistungen werden durch die niedergelassenen Ärzte auf Grundlage der GOÄ berechnet.

Stellen die Vertragsparteien fest, dass für eine sachgerechte Vergütung weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte notwendig sind, obliegt es ihnen weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression zu vereinbaren. Insoweit besteht bei Bedarf die Möglichkeit, in Abhängigkeit des konkreten Leistungsgegenstandes des Krankenhauses, für die einzelnen Leistungsbereiche jeweils geltende krankenhausindividuelle Tagesentgelte zu vereinbaren. Dies gilt auch für die medizinisch-pflegerische Versorgung. Für die Leistungen im Sinne von § 115g Absatz 2 Satz 2 SGB V gelten die Vorgaben des SGB XI.

Zu Absatz 2

Es werden Vorgaben für die Ermittlung des Gesamtvolumens festgelegt. Die Höhe des Gesamtvolumens soll so bemessen sein, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V bei wirtschaftlicher Betriebsführung damit auskömmlich wirtschaften können.

Die Kalkulation des Gesamtvolumens hat unter Berücksichtigung des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsinhalts und Leistungsumfangs eines Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V zu erfolgen. Der Leistungsinhalt ergibt sich aus den vom Land zugewiesenen allgemeinen stationären voll- und teilstationären Leistungen, einschließlich der Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Leistungsumfang ergibt sich aus der voraussichtlichen Fallzahl und den voraussichtlichen Behandlungstagen der Patientinnen und Patienten.

Darüber hinaus sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Vorgaben für die Kalkulation zu beachten, in denen unter anderem auch die berücksichtigungsfähigen Kosten für die Kalkulation vorzugeben sind. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden, sind Kosten und Leistungen der anderen Leistungsbereiche der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (z.B. ambulante Leistungen sowie Leistungen des SGB XI) bei der Kalkulation des Gesamtvolumens abzugrenzen. In die Kalkulation des Gesamtvolumens sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 KHG vollständig einzubeziehen. Zudem erfolgt ein Kostenausgleich, sofern die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den vereinbarten Pflegepersonalkosten, die gemäß Absatz 5 vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen sind, abweichen. Damit soll sichergestellt werden, dass die den Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V entstehenden Kosten für das entsprechende Pflegepersonal, wie auch in anderen somatischen Krankenhäusern, vollständig vergütet werden, auch wenn diese bei der Vereinbarung noch nicht bekannt waren, z.B. aufgrund der Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal oder unterjähriger Tarifsteigerungen für Pflegepersonal der unmittelbaren Patientenversorgung. Damit soll unter anderem ein Sparen zu Lasten der Pflege sowie eine Schlechterstellung der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V im Vergleich zu anderen somatischen Krankenhäusern in der Rekrutierung von Pflegepersonal verhindert werden. Fallen die tatsächlichen Kosten für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen geringer aus, wird durch den vollständigen Ausgleich der Minderkosten eine Überzahlung vermieden. Für die vollständige Ermittlung und Finanzierung der Pflegepersonalkosten gelten hinsichtlich der Definition und Abgrenzung des Pflegepersonals die nach § 6a Absatz 2 Satz 1 geltenden Vorgaben.

Vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V entsprechend Absatz 4 neben den krankenhausindividuellen Tagesentgelten keine weiteren Entgelte abrechnen dürfen, sind die in den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu benennenden berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge bei der Kalkulation erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen, sofern ein Krankenhaus die für die jeweiligen Zu- und Abschläge entsprechenden Anforderungen erfüllt bzw. nicht erfüllt. Die mit den Zu- und Abschlägen gesetzlich intendierten Anreiz- bzw. Sanktionsmechanismen sollen auch bei Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V weiterhin ihre Wirkung entfalten. So ist beispielsweise mit dem Zuschlag nach § 5 Absatz 3g beabsichtigt, eine Befüllung der elektronischen Patientenakte mit den im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandenen Daten zu erreichen. Während beispielsweise der Abschlag nach § 5 Absatz 3e Krankenhäuser sanktionieren soll, die ihrer Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nicht nachkommen.

Zu Absatz 3

Es werden Vorgaben für das nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumen geregelt.

Mit Satz 1 wird geregelt, dass Erlöse aus der stationären Behandlung einer Patientin oder eines Patiententagesbezogen dem Jahr zuzuordnen sind, dem der jeweilige Behandlungstag kalendarisch zugeordnet wird.

Mit Satz 2 wird geregelt, dass § 4 Absatz 4, welcher vorgibt, dass auf Verlangen des Krankenhauses Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfängerinnen und Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerbergesetz nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden, analog für das Gesamtvolumen der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anzuwenden ist. Hiermit soll Einheitlichkeit zu den Regelungen anderer Krankenhäuser geschaffen werden.

Mit den Sätzen 3 und 4 werden weitere Vorgaben bezüglich der Ermittlung und Veränderung des Gesamtvolumens gemacht. Da das Gesamtvolumen gemäß Absatz 2 auf Basis des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsinhaltes und -umfangs sowie deren entsprechende Kosten zu kalkulieren ist, sind Leistungsveränderungen im Gesamtvolumen grundsätzlich erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. Das Gesamtvolumen ist in seiner Veränderung im Vergleich zum Vorjahr grundsätzlich durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Auf diese Weise sollen Mehrausgaben der Sozialleistungsträger begrenzt werden. Zudem soll Einheitlichkeit zu bestehenden Vergütungsregelungen geschaffen werden, beispielsweise ist die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 ebenfalls durch den Veränderungswert begrenzt.

Voraussetzung für die Kalkulation des Gesamtvolumens ist eine Festlegung der voraussichtlich zu behandelnden Fälle mit einer entsprechenden Behandlungsdauer durch am Krankenhaus fest angestellte Ärzte und Ärztinnen einerseits sowie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, die mit dem Krankenhaus kooperieren, andererseits.

Ausgenommen von der Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 sind Überschreitungen, die durch Kostensteigerungen für das Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt sind. Eine weitere Ausnahme für die Überschreitung des Veränderungswerts sind veränderte Leistungen des Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V nach ihrer Art und ihrer Anzahl im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird das Gesamtvolumen um die anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz i.V.m. § 9 Absatz 1 Nummer 7 erhöht.

Zu Absatz 4

Es werden Vorgaben für die Abrechnung von Entgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V für die von ihnen erbrachten stationären Leistungen und die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung festgelegt.

Um eine unbürokratische und einfache Vergütung für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V zu schaffen, sind die von Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten stationären Leistungen sowie die Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h SGB V ausschließlich über die zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte abzurechnen. Unbenommen davon können im Falle von Absatz 7 Satz 1 erhöhte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte abgerechnet werden. Andere Entgelte nach den Regelungen des KHEntgG, wie z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge, dürfen von Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V nicht abgerechnet werden; die gesonderte Berechnungsmöglichkeit von Entgelten für Wahlleistungen, wie z.B. Chefarztbehandlungen, sowie von anderen als allgemeinen Krankenhausleistungen wie z.B. die Mitaufnahme einer Begleitperson ohne medizinische Indikation, bleibt hiervon unberührt. Die Vergütung der ambulanten Leistungen sowie Leistungen des SGB XI erfolgt nach den schon bisher geltenden Regelungen. Wie für andere Krankenhäuser auch, gilt ebenfalls ein Abrechnungsverbot für Leistungen, für dessen Erbringung Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V entsprechende Strukturmerkmale nach § 275a SGB V nicht erfüllen.

Ebenfalls sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Abrechnungsbestimmungen für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anzuwenden, die weitere und nähere Vorgaben hinsichtlich der Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, z. B. zu Verlegungen oder Wiederaufnahmen, machen.

Zu Absatz 5

Es werden Vorgaben zum Mehr- und Mindererlösausgleich festgelegt.

Sofern ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V durch die Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte weniger erwirtschaftet, als im Rahmen des Gesamtvolumens vereinbart wurde und insofern vom Gesamtvolumen abweicht, werden Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V soll damit eine weitgehende leistungsunabhängige Finanzierung zur Deckung ihrer Fixkosten gewährleistet werden. Der nunmehr festgelegte Mindererlösausgleich in Höhe von 40 vom Hundert orientiert sich an dem zunächst für andere Krankenhäuser gewährten einheitlichen Vorhaltheanteil in Höhe von durchschnittlich 60 vom Hundert der DRG-Vergütung, von dem für die Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen abgezogen werden, die vereinfachend pauschal mit 20 Prozent angesetzt werden können. Mehrerlöse sind – wie auch die Mehrerlöse anderer Krankenhäuser – grundsätzlich zu 65 Prozent auszugleichen.

Für den Ausgleich von Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt abweichend folgende Ausnahme. Sofern ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V durch die Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte von den vereinbarten Pflegepersonalkosten abweicht, sind diese Abweichungen vollständig auszugleichen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Pflege am Bett vollständig finanziert wird und ein Sparen zu Lasten der Pflege vermieden werden. Da ein separates Tagesentgelt für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nicht vorgesehen ist, sondern die Pflegepersonalkosten in den Tagesentgelten nach Absatz 1 Satz 2 enthalten sind, wird vorgegeben, dass die Erlöse aus diesen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen sind.

Als Grundlage für die Ermittlung der Mehr- und Mindererlöse ist eine Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vom Jahresabschlussprüfer durch den Krankenhausträger einzuholen. Dass der ermittelte Ausgleichsbetrag im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ermittelt wird, ist bereits gängige Praxis, sodass hiervon nicht abgewichen wird, sondern dies auch in den Vereinbarungen der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erfolgt. Der Ausgleichsbetrag wird über ein erhöhtes oder abgesenktes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt abgerechnet, welches im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung für ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V ermittelt wird.

Sofern, zum Beispiel aufgrund einer noch ausstehenden Genehmigung, die für ein Kalenderjahr geltenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nicht ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, werden die dem Krankenhaus daraus entstehenden Mehr- und Mindererlöse im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen, indem die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte für den restlichen Vereinbarungszeitraum entsprechend erhöht oder abgesenkt werden.

Zu Absatz 6

Es werden Vorgaben hinsichtlich der zwischen Vertragsparteien auf Ortsebene zu treffenden Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V gemacht.

In der Vereinbarung werden das Gesamtvolumen, die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, Art und Menge der zugrundeliegenden Leistungen sowie die Mehr- und Mindererlösausgleiche geregelt. Dabei sind für deren Ermittlung die entsprechenden Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 sowie des Absatzes 5 maßgeblich.

Mit Satz 2 werden einige Vorgaben, die bereits für die Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 11 zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene gelten, unverändert auf die Vereinbarung des einzelnen Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V angewendet. Dazu gehört, dass wie es auch bisher nach § 11 für Krankenhäuser geregelt ist, die

Vereinbarung für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen ist. Gleichmaßen beträgt der Vereinbarungszeitraum ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. So kann auch ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, vereinbart werden. Ebenso hat die Vereinbarung Bestimmungen zu enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Hiermit sollen Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anderen Krankenhäusern gleichgestellt werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V aufgrund verspäteter Zahlungen krankenhausesindividueller Tagesentgelte nicht in Liquiditätseingänge geraten.

Ebenfalls gilt für die Vereinbarung für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V in Analogie zu der Vereinbarung anderer Krankenhäuser nach § 11 Absatz 4 erster Halbsatz, dass sie durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt, die an der Verhandlung teilgenommen haben.

Auch wie bisher, ist die Vereinbarung schriftlich oder elektronisch abzuschließen und auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Dabei sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 festgelegten vorzulegenden Unterlagen zu verwenden (Satz 3).

Die Sätze 4 und 5 bilden ebenfalls das bisherige Verhandlungsgeschäft zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene ab, sodass eine Übertragung der Regelungen nach § 11 Absatz 3 auf die Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erfolgt. So sind wie bisher die Verhandlungen sofort aufzunehmen, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Gleichmaßen gilt auch für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V, dass die Verhandlung rechtzeitig abzuschließen ist, damit das für das neue Vereinbarungsjahr geltende Gesamtvolumen sowie die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte noch vor dem Jahr, für welches sie vereinbart werden, in Kraft treten können. Dabei gilt ebenfalls die Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 KHG, wonach die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte unverzüglich festzusetzen hat, sofern eine Vereinbarung über die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nicht innerhalb von sechs Wochen zustande kommt, nachdem eine Vertragspartei schriftlich oder elektronisch zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlung aufgefordert hat.

Zu Absatz 7

Es werden Vorgaben bezüglich einer möglichen Neuvereinbarung festgelegt.

Eine Neuvereinbarung des Gesamtvolumens kann auf Verlangen einer der Vertragsparteien getroffen werden, sofern sich die bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens zugrunde gelegten Annahmen wesentlich verändert haben. Dazu können beispielsweise Veränderungen hinsichtlich der Art und Menge der Leistungen aufgrund von Naturkatastrophen oder ausgeprägte Strukturveränderungen im Rahmen der Versorgungslandschaft zählen.

Ergibt sich zwischen dem erstmalig vereinbarten Gesamtvolumen und dem neu vereinbarten Gesamtvolumen ein Unterschiedsbetrag, ist dieser über erhöhte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte abzurechnen, die im Rahmen der Berechnung des Mehr- und Mindererlösausgleichs ermittelt werden.

Zu Absatz 8

Es werden Vorgaben hinsichtlich der Laufzeit der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte getroffen, die sich an den bestehenden Regelungen nach § 15 orientieren. So sind vereinbarte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte ab Beginn des für sie geltenden Vereinbarungszeitraums zu erheben. Es sei denn die Vereinbarung wird erst innerhalb des Vereinbarungsjahres genehmigt, dann sind die Entgelte ab dem ersten Tag des auf die

Genehmigung folgenden Monats zu erheben. Mit Satz 3 wird geregelt, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch die krankenhausindividuellen Tagesentgelte des Vorjahres abgerechnet werden.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde entscheidet, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen eines Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V zugewiesen werden. Da der Zeitraum zwischen der erstmaligen Zuweisung und dem Beginn eines neuen Vereinbarungszeitraums möglicherweise nicht ausreichend Zeit für die Verhandlung und Genehmigung von krankenhausindividuellen Tagesentgelten für die Vertragsparteien auf Ortsebene bietet, wird mit Satz 4 Folgendes geregelt: Krankenhäuser nach § 6b KHG, für die noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte vereinbart werden konnten, rechnen die vorläufigen Tagesentgelte ab, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung für die Kalkulation sowie für die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbart wurden. Ohne vorläufige Tagesentgelte hätten Krankenhäuser nach § 6b KHG keine Abrechnungsgrundlage für die ihnen zugewiesenen stationären Krankenhausleistungen sowie der Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und es entstünde eine Liquiditätslücke. Satz 5 regelt, dass bei einer Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6b KHG die Umstellung der Vergütung auf krankenhausindividuelle oder vorläufige Tagesentgelte stets nur zum Beginn eines Kalenderjahres erfolgen kann. Eine unterjährige Umstellung der Vergütung wäre mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand auf der Ortsebene verbunden, da beispielsweise Kosten unterjährig abzugrenzen wären und für ein Kalenderjahr zwei Vereinbarungen abgeschlossen werden müssten. Zudem hat das InEK gemäß § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen die Fälle des als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmten Krankenhauses, die mit bundeseinheitlichen Vergütungsrelationen vergütet werden, aus der Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land zu bereinigen. Die Ermittlung des Vorhaltevolumens erfolgt ebenfalls auf Basis einer jährlichen Betrachtungsweise. Eine unterjährige Umstellung der Vergütung auf krankenhausindividuelle Tagesentgelte würde zu Verwerfungen bei der Bereinigung der Vorhaltevergütung führen.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser eine Ergänzung im Hinblick auf die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen vor. Künftig werden die allgemeinen Krankenhausleistungen anteilig gesondert über Entgelte für eine Vorhaltevergütung finanziert. Es handelt sich um einheitliche Benutzerentgelte, um alle Kostenträger gleichermaßen an der Finanzierung der allgemeinen Krankenhausleistungen zu beteiligen. Die Abzahlung erfolgt hierbei, indem das Krankenhaus seinen ihm durch das InEK beschiedenen Anspruch auf das jährliche Vorhaltebudget im Wege der Rechnungsstellung für erbrachte Behandlungsleistungen geltend macht und somit sukzessive im Laufe eines Jahres das Vorhaltebudget vergütet bekommt. Das Krankenhaus erhält das Vorhaltebudget unabhängig von der tatsächlich erbrachten Fallzahl; es werden lediglich die etablierten Zahlungswege genutzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb und Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vergütung von krankenhausindividuellen Tagesentgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V eine Ergänzung im Hinblick auf die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen vor.

Künftig werden allgemeine Krankenhausleistungen, sofern sie in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbracht werden, über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte finanziert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass neben den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V keine weiteren Entgelte abgerechnet werden dürfen. Vor dem Hintergrund, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung für die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 die berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge im Rahmen der Kalkulation der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte zu benennen haben, ist die Berücksichtigung des DRG-Systemzuschlags nach § 17b Absatz 5 KHG, des Systemzuschlags für den G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c SGB V sowie des Telematikzuschlags nach § 377 Absatz 1 und 2 SGB V von den in der Vereinbarung zu treffenden Vorgaben abhängig.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung der neuen Nummern 5 und 6.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Zu Nummer 5

Durch die Ergänzung der Regelung um eine neue Nummer 5 wird die Ermittlung der Vergütungshöhe für die Vorhaltefinanzierung der einzelnen Rechnung geregelt. Die Ergänzung ist erforderlich, da künftig neben den bisherigen Entgelten die gesonderte Abrechnung der Vorhaltebewertungsrelationen in den Rechnungen möglich ist.

Zu Nummer 6

Aufgrund der Neueinführung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V wird eine Ergänzung in § 7 Absatz 2 notwendig. Mit der Ergänzung wird geregelt, dass diese Tagesentgelte unter Berücksichtigung der vereinbarten Degression tagesbezogen berechnet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig gesonderte Abrechnungsbestimmungen für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V zu vereinbaren haben, werden diese in § 7 Absatz 2 Satz 2 neben den bisherigen Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 ergänzt, um auf deren Anwendung bei der Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte hinzuweisen.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Vorhaltevergütung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung setzt für alle somatischen Krankenhäuser krankenhaushausfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser ab dem Jahr 2027 Leistungen, für die sie keine Leistungsgruppen durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben, nicht abrechnen dürfen. Das Abrechnungsverbot gilt aufgrund der Regelung nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V gleichermaßen für Krankenhäuser, die ab dem Jahr 2027 Leistungen erbringen, für die sie keine Leistungsgruppen im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V vereinbart haben. Das Abrechnungsverbot erfasst auch Leistungen, für die einem Krankenhaus zunächst eine Leistungsgruppe durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen, die in der Folge nach § 6a Absatz 3 KHG aber wieder aufgehoben wurde, da auch in diesen Fällen keine gültige Leistungsgruppenzuweisung im Sinne der Vorschrift vorliegt. Ausgenommen von dem Abrechnungsverbot ist die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten.

Das Abrechnungsverbot gilt darüber hinaus für Entgelte zur Abzahlung des Vorhaltebudgets für zugewiesene Leistungsgruppen, deren Mindestvorhaltezahle nach § 135 f Absatz 1 SGB V nicht erfüllt ist oder für die die zuständige Landesbehörde keine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des SGB V mitgeteilt hat. Die Geltung des Abrechnungsverbots ab dem Jahr 2027 wird vorgesehen, da erstmals für dieses Jahr das InEK Bescheide nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG über die Höhe des Vorhaltebudgets je Krankenhaus erlässt.

Zudem gilt ab dem Jahr 2027 für Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach § 40 Absatz 1 Satz 4 KHG in einem onkochirurgischen Indikationsbereich, in dem der Krankenhausstandort auf der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG benannt ist, erbracht werden, ein Abrechnungsverbot für bestimmte Entgelte. Das Abrechnungsverbot gilt dann für Entgelte zur Abrechnung der rDRG, für Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, für Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und für krankenhaushausindividuelle Tagesentgelte für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, Gelegenheitsversorgung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen zu vermeiden, eine Spezialisierung im Bereich der Onkochirurgie zu fördern und die Qualität dieser Leistungen zu verbessern. Die tagesbezogenen Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a sowie die Vorhaltevergütung zur Abzahlung des Vorhaltebudgets nach § 6b dürfen für Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach § 40 Absatz 1 Satz 4 KHG in einem onkochirurgischen Indikationsbereich, in dem der Krankenhausstandort auf der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG benannt ist, erbracht werden, weiterhin abgerechnet werden. Auch wenn die Aufstellung nach § 40 Absatz 1 Satz 1 KHG und die Listen nach § 40 Absatz 1 Satz 4 sowie Absatz 2 Satz 2 KHG bereits im Jahr 2025 erstellt werden, gilt das Abrechnungsverbot ab dem Jahr 2027. Dies ist erforderlich, damit die Krankenhäuser, deren Standorte Teil der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG sind, genügend Zeit haben, sich auf das Abrechnungsverbot einzustellen und die entsprechenden Vorbereitungen dafür treffen zu können.

Zu Buchstabe c

Eine Anpassung der Norm ist notwendig, damit unabhängig davon, mit welchem Entgelt Leistungen vergütet werden, die ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht werden, die entsprechenden Entgelte durch das Krankenhaus berechnet

werden, das den Patienten stationär aufgenommen hat. Eine Eingrenzung auf Fallpauschalen ist nicht zweckmäßig. Insofern erfolgt eine Ausweitung auf alle Entgelte, wie krankenhaushausindividuelle Entgelte und krankenhaushausindividuelle Tagesentgelte.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c . Sofern ein Patient in einem Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V behandelt wird, kann er verlangen, dass ihm unverbindlich das voraussichtlich abzurechnende krankenhaushausindividuelle Tagesentgelt mitgeteilt wird, sodass die entsprechende Ergänzung notwendig ist.

Zu Nummer 9 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Zu Nummer 10

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden mit der Vereinbarung von Vorgaben für die Verhandlung des Gesamtvolumens sowie die sachgerechte Ermittlung der krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 beauftragt. Zudem sind die Abrechnungsbestimmungen der krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 zu vereinbaren. Ihnen wird dafür eine Frist von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 115g Absatz 3 SGB V oder zur Festlegung des Inhalts der Vereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG eingeräumt, damit die Vertragsparteien auf Ortsebene für die Vereinbarung nach § 6c Absatz 6 zeitnah entsprechende Vorgaben haben.

Dabei haben sie in ihrer Vereinbarung festzulegen, welche Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Dazu gehören alle Kosten, die für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen relevant sind, wie Sach-, Personal- und Vorhaltekosten. Zum Beispiel sind alle nicht-ärztlichen Personalkosten, auch die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 KHG, zu berücksichtigen. Bei der Kalkulation des krankenhaushausindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist zusätzlich der Leistungserbringeranteil von fest an Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V angestellten Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen.

Dabei obliegt es den Vertragsparteien auf Bundesebene, ob sie zum Beispiel für die Kalkulation eine Kostenaufstellung im Sinne einer Leistungs- und Kalkulationsaufstellung oder eine Kostenmatrix vorgeben.

Zusätzlich sind im Rahmen der Kalkulationsvorgaben Bestimmungen zur Ermittlung der Degression der krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte vorzunehmen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben durch ihre Vorgaben zur Ermittlung der Degression sicherzustellen, dass eine sachgerechte und spürbare Degression durch die Vertragsparteien auf Ortsebene umgesetzt werden kann. Dadurch sollen mögliche Fehlanreize hinsichtlich der Dauer der Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Ebenso hat die Vereinbarung Vorgaben für die Berücksichtigung der Zu- und Abschläge nach § 6c Absatz 2 Satz 5 im Rahmen der Kalkulation des Gesamtvolumens sowie der krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte zu enthalten. Dabei sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene die berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge zu benennen. Hinsichtlich ihrer zu mindernden oder erhöhenden Berücksichtigung im Rahmen der Kalkulation

des Gesamtvolumens können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene der Höhe nach an den gesetzlich vorgegebenen Zuschlags- und Abschlagshöhen orientieren.

Für die Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene an den Sachverhalten, die in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mitsamt Abrechnungsbestimmungen für Fallpauschalen geregelt sind, orientieren. Dazu gehören beispielsweise Regelungen, inwieweit Wiederaufnahmen und Verlegungen bei der Abrechnung der Entgelte berücksichtigt werden und wie mit Fallzusammenführungen umzugehen ist. Bei Verlegungen einer Patientin oder eines Patienten von einem Krankenhaus zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V, sind Mehrkosten zu vermeiden. Für den Übergang in die neue Vergütungssystematik, insbesondere auch für den Umgang mit Jahresüberliegern, sollten die Vertragsparteien auf Bundesebene ebenfalls Regelungen treffen.

Aufgrund möglicher Verlegungen zwischen Krankenhäusern und Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V wird ebenfalls eine Anpassung der FPV durch die Vertragsparteien auf Bundesebene notwendig werden. Insofern haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die FPV, welche Abrechnungsbestimmungen hinsichtlich Verlegungen zwischen Krankenhäusern vorgibt, anzupassen.

Zudem sind in der Vereinbarung für die Krankenhäuser, die bei ihrer erstmaligen Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 SGB V zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch kein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt vereinbart haben, vorläufige Tagesentgelte entsprechend § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und 2 sowie deren Degression festzulegen.

Zu Buchstabe b

Da gegenwärtig keine vollständige und zielgenaue Abbildung des Notfallstufenkonzeptes des G-BA über die Leistungsgruppen möglich ist, bleiben die Zuschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 erhalten. Die Vorhaltevergütung für die Leistungsgruppe Notfallmedizin wird somit über die Zuschläge für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung finanziert und mit der Regelung mit zusätzlichen finanziellen Mitteln in Höhe von 33 Millionen Euro, d.h. 10 Prozent des bisherigen Zuschlagsvolumens für die Notfallversorgung, ausgestattet. Hiermit wird der Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gefolgt, die eine Förderung der Notfallversorgung vorsieht. Die Vertragsparteien auf Bundesebene verteilen die zusätzlichen Mittel sachgerecht auf die dem Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V entsprechenden Zuschläge.

Die Regelung macht eine Anpassung der Notfallstufenvergütungsvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene notwendig.

Zu Buchstabe c

Durch den wegfallenden Regelungsteil wird die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden bei der Vereinbarung des Veränderungswerts in dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, nicht mehr gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen den beiden letztgenannten Werten beschränkt, sondern haben den vollen Orientierungswert zu Grunde zu legen. Es bleibt jedoch dabei, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen haben. Dies gilt z. B. für Tarifikostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Landesbasisfallwerte refinanziert worden sind. Die Änderung bei der Ermittlung des Veränderungswerts wirkt sich als höhere Obergrenze sowohl beim

Anstieg des Landesbasisfallwerts für die somatischen Krankenhäuser als auch beim Anstieg des Gesamtbetrags der besonderen Einrichtungen aus.

Durch den ergänzten Regelungsteil werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den zum 31. Oktober 2024 vereinbarten Veränderungswert bis [einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] neu zu vereinbaren, sofern der Orientierungswert für das Jahr 2025 oberhalb der Grundlohnrate für das Jahr 2025 liegt. Dabei haben sie nunmehr den vollen Orientierungswert für das Jahr 2025 und für die Folgejahre zu berücksichtigen. Durch diese Regelung wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits für das Jahr 2025 Finanzwirksamkeit entfaltet. Auch bei der Neuvereinbarung des Veränderungswerts für das Jahr 2025 und für die Folgejahre haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen (insbesondere durch die Tarifikostenrefinanzierung) zu berücksichtigen, um eine Doppelvergütung zu vermeiden.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Es bedarf der Regelung, da durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für die Vorhaltevergütung eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich ist. Auch durch die Ausgliederung entstehende mögliche Katalogeffekte sind nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird die Möglichkeit einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts geschaffen. Hierdurch werden die wirtschaftliche Lage und die Liquidität der Krankenhäuser verbessert.

Damit die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität der Krankenhäuser schnellstmöglich wirksam werden kann, wird vorgesehen, dass Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig zu berücksichtigen sind (Doppelbuchstabe aa). Zudem wird an Stelle der bislang hälftigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen eine vollständige Tariflohnrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt (Doppelbuchstabe bb). Zu den zu refinanzierenden Tariflohnsteigerungen zählen dabei, wie bislang schon für das Pflegepersonal, die tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen (Doppelbuchstabe cc). Als Voraussetzung für eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren, die in dem jeweiligen Personalbereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich sind. Um sicherzustellen, dass die Liquidität der Krankenhäuser auch in dem Fall verbessert werden kann, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene keine zügige Einigung über die Erhöhungsraten erzielen, wird zudem vorgesehen, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällt (Doppelbuchstabe dd). Um eine frühzeitige Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser zu ermöglichen, wird geregelt, dass die Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt wird. Auch bei der unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts ist der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der neu vereinbarte Landesbasisfallwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr vereinbarten Landesbasisfallwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts, der sowohl Personal-

als auch Sachkosten umfasst, um die dann dementsprechend anteilige Erhöhungsrage entspricht einer vollständigen Tariffinanzierung für alle Beschäftigtengruppen (Doppelbuchstabe ee). Die Vertragsparteien können die Tariffinanzierung aber auch wie bislang bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr berücksichtigen und so den Aufwand für eine zusätzliche, unterjährige Vereinbarung vermeiden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Da die Selbstverwaltungspartner bei der Vereinbarung des Veränderungswert auf Grund der Änderungen in § 9 Absatz 1b nicht mehr auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Veränderungsrate beschränkt sind, erübrigt sich die Vorgabe, dass sie die Differenz zwischen beiden Werten zu ermitteln haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die nunmehr vorgesehene Anwendung des vollen Orientierungswerts und die volle Finanzierung von Tarifsteigerungen kann der entsprechende Prüfauftrag gestrichen werden. Dies trägt zugleich zur Rechtsbereinigung bei.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung wird dem BMG die Befugnis eingeräumt, die ihm nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz gesetzlich eingeräumte Ermächtigung, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten von den Krankenhäusern zum Zwecke der Ermittlung eines weiterentwickelten Orientierungswerts festzulegen, im Wege der Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt zu übertragen. Vor dem Hintergrund, dass das Statistische Bundesamt über die erforderliche Fachexpertise hinsichtlich der zu erhebenden Daten verfügt, kann im Wege der Subdelegation der Verordnungsermächtigung durch das BMG auf das Statistische Bundesamt das Verfahren zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts vereinfacht und beschleunigt werden.

Zu Buchstabe e

Durch die Regelung werden die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene verpflichtet, den Landesbasisfallwert für das Jahr 2025, der bis zum 30. November 2024 zu vereinbaren ist, unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, innerhalb von sechs Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes neu zu vereinbaren. Hierdurch wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die somatischen Krankenhäuser finanzwirksam wird. Der Vereinbarungsaufwand für die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene ist gering, weil gegenüber der bis zum 30. November 2024 zu treffenden Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen ist sowie der Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung. Durch die Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung wird sichergestellt, dass die Finanzwirkung des erhöhten Landesbasisfallwerts bereits vollständig im Jahr 2025 eintritt und nicht erst durch Ausgleich zu einem späteren Zeitpunkt. Insofern muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr 2025 vereinbarten Landesbasisfallwert umso höher sein, je später im Jahr der neu vereinbarte Landesbasisfallwert zur Abrechnung kommt.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des Vorhaltebudgets nach § 6b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des Vorhaltebudgets nach § 6b.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung werden die Selbstverwaltungspartner vor Ort verpflichtet, das Erlösbudget für das Jahr 2025, unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren. Hierdurch wird gewährleistet, dass Erlösausgleiche auf der richtigen Grundlage vorgenommen werden können. Der Vereinbarungsaufwand für die Selbstverwaltungspartner auf Ortsebene ist gering, weil gegenüber der ursprünglichen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 12 (§ 12)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Eine vorläufige Vereinbarung soll auch bei Nicht-Einigung der Vertragsparteien über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 6 geschlossen werden, soweit die Höhe unstrittig ist.

Zu Nummer 13 (§ 13)

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Auch bei einem ganz oder teilweise nicht Zustandekommen der Vereinbarung nach § 6c Absatz 6 entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien auf Landesebene oder der Vertragsparteien auf Ortsebene.

Zu Nummer 14 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach § 6c für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V sind zur Genehmigung bei der zuständigen Landesbehörde von einer der Vertragsparteien zu beantragen.

Zu Buchstabe b

Damit der errechnete Ausgleichsbetrag im Rahmen der Vorhaltevergütung rechtliche Wirkung entfaltet, ist eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde erforderlich.

Hierfür wird § 14 um einen neuen Absatz 1a ergänzt. Damit etwaige Fehl – oder Überzahlungsbeträge des Vorhaltebudgets zeitnah zur Finanzierung kommen, ist eine kurze Genehmigungsfrist für die Landesbehörden von 14 Tagen erforderlich. Auch der Konvergenzbetrag soll zeitnah zur Abrechnung kommt, insofern wird ebenfalls eine 14-tägige Genehmigungsfrist vorgegeben.

Zu Nummer 15 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Da für Patienten, die in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V durch Belegärztinnen und Belegärzte behandelt werden, nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 gesonderte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vereinbart werden, wird an dieser Stelle dessen Geltung geregelt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V wird klargestellt, dass bei Abschluss von Honorarverträgen zwischen Krankenhäusern und Belegärzten zur Vergütung deren Leistungen durch das Krankenhaus dann auch die ärztlichen Leistungen dementsprechend bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 16 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich einerseits um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Die Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V haben die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten nach § 6c abgerechnet werden sowie der Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr an die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Das InEK benötigt die Informationen, da es sich um Informationen über die Erbringung und Vergütung stationärer Leistungen handelt. Zudem sind sie für die Evaluation über die Auswirkungen, die vom InEK durchzuführen ist, notwendig.

Des Weiteren handelt es sich um eine Folgeänderung im Rahmen der Einführung der Vorhaltebewertungsrelationen für die Jahre 2025 und 2026. Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass das InEK in Rahmen der jährlichen Datenlieferung auch die vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen übermittelt bekommt. Ohne diese Ergänzung wäre die Vorschrift des § 37 Absatz 6 KHG nicht umsetzbar, darüber hinaus würde ein erheblicher Teil des Erlösbudgets in der Datenübermittlung fehlen. Ab den Budgetjahr 2027 ist diese Übermittlung obsolet, da das InEK die Bescheide über die Vorhaltebewertungsrelationen selbst nach § 37 KHG ermittelt und festsetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 SGB V und des Außerkrafttretens der Anlage zu § 135d SGB V.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 SGB V und des Außerkrafttretens der Anlage zu § 135d SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG zur vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts bei somatischen Krankenhäusern. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen. Da das Erfordernis der vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen, wird wie für die somatischen Krankenhäuser auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine vollständige Tarifrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt. Durch die insoweit verbesserte Tarifrefinanzierung steigt der Prozentsatz, um den der Gesamtbetrag zu erhöhen ist, gegenüber der bisherigen Tarifrefinanzierung an, die bislang für die Pflege eine vollständige und für die übrigen Berufsgruppen eine hälftige Refinanzierung der Tarifsteigerungen vorsah. Eine Erhöhung des Gesamtbetrags, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 75 Prozent der Erhöhungsrates entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen. Der Wert von 75 Prozent entspricht dem aufgerundeten Anteil der Personalkosten an der Summe aus Personal- und Sachkosten der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach dem jüngsten verfügbaren Kostennachweis des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2022.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu den Regelungen in §§ 6 Absatz 3 und 10 Absatz 5 KHEntgG zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen. Da das Erfordernis der frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen, wird auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt. Die frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen ist erstmals für das Jahr 2024 anzuwenden. Hierzu wird dem Krankenhaus die Möglichkeit eingeräumt, ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits unterjährig einen angehobenen Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anzuwenden. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Die Erhöhung des Basisentgeltwerts erfolgt zunächst um den in Absatz 4 Satz 1 für eine retrospektive Tariflohnrefinanzierung vorgesehene Prozentsatz. Bei der unterjährigen Erhöhung des Basisentgeltwerts ist darüber hinaus der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der erhöhte Basisentgeltwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr ermittelten Basisentgeltwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Die unterjährige Erhöhung des

Basisentgeltwerts unterliegt keiner Begrenzung durch den Veränderungswert. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Zugunsten einer kurzfristigen und unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen erfolgt die Umsetzung in einem einfachen Verfahren, so dass eine Vereinbarung mit den übrigen Vertragsparteien auf Ortsebene und eine erneute Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nicht erforderlich ist. Die Möglichkeit, die Tariflohnsteigerungen gemäß Absatz 4 Satz 1 erst in einem späteren Zeitraum zu berücksichtigen, bleibt bestehen.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der gesetzlichen Änderungen zur Neustrukturierung des § 275a SGB V und der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d SGB V in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V erforderlich ist, da andernfalls ein dem Grundsatz der Rechtsklarheit entgegenstehender Normwiderspruch zwischen den Regelungen des SGB V und der BPfIV bestünde.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG, wonach bei somatischen Krankenhäusern die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt wird. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen. Da das Erfordernis einer Anwendung des vollen Orientierungswerts und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen, wird wie bei somatischen Krankenhäusern auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden durch den Wegfall des Regelungsteils bei der Vereinbarung des Veränderungswerts in dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, nicht mehr gesetzlich auf 40 Prozent der Differenz zwischen den beiden letztgenannten Werten beschränkt, sondern haben den vollen Orientierungswert zu Grunde zu legen. Es bleibt jedoch dabei, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen haben. Dies gilt z. B. für Tarifkostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Basisentgeltwerte refinanziert worden sind. Die Änderung bei der Ermittlung des Veränderungswerts wirkt sich als höhere Obergrenze beim Anstieg des Gesamtbetrags der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aus.

Durch den ergänzten Regelungsteil werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den zum 31. Oktober 2024 vereinbarten Veränderungswert bis [einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] neu zu vereinbaren, sofern der Orientierungswert für das Jahr 2025 oberhalb der Grundlohnrate für das Jahr 2025 liegt. Dabei haben sie nunmehr den vollen Orientierungswert für das Jahr 2025 und für die Folgejahre zu berücksichtigen. Durch diese Regelung wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits für das Jahr 2025 Finanzwirksamkeit entfaltet. Auch bei der Neuvereinbarung des Veränderungswerts für das Jahr 2025 und für die Folgejahre haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen (insbesondere durch die Tarifkostenrefinanzierung) zu berücksichtigen, um eine Doppelvergütung zu vermeiden.

Zu Nummer 4 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der gesetzlichen Änderungen zur Neustrukturierung des § 275a SGB V und der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d SGB V in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V erforderlich ist, da andernfalls ein dem Grundsatz der Rechtsklarheit entgegenstehender Normwiderspruch zwischen den Regelungen des SGB V und der BPfIV bestünde.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung werden die Selbstverwaltungspartner vor Ort verpflichtet, das Budget für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren. Hierdurch wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser finanzwirksam wird. Der Vereinbarungsaufwand für die Selbstverwaltungspartner auf Ortsebene ist gering, weil gegenüber der ursprünglichen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen ist.

Zu Artikel 6 (Verordnung nach § 10 Absatz 6a KHEntgG zur Übertragung der Verordnungsermächtigung nach § 10 Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz KHEntgG auf das Statistische Bundesamt)

Mit der vorliegenden Rechtsverordnung wird die dem BMG durch § 10 Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz KHEntgG erteilte Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung, mit welcher die vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten zum Zwecke der Ermittlung des weiterentwickelten Orientierungswertes für Krankenhäuser festgelegt werden, auf das Statistische Bundesamt übertragen. Die Subdelegation ist nach Artikel 80 Absatz 1 Satz 4 GG im Wege der Rechtsverordnung zwingend erforderlich. Die Rechtsgrundlage, die nach § 10 Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz KHEntgG enthaltene Verordnungsermächtigung auf das Statistische Bundesamt zu übertragen, folgt aus der mit dem vorliegenden Gesetz geschaffenen Regelung nach § 10 Absatz 6a KHEntgG. Einer Zustimmung des Bundesrates bedarf die Rechtsverordnung über die Subdelegation nicht.

Eine Weiterentwicklung des Orientierungswerts ist insoweit angezeigt, als der Teilorientierungswert für die Sachkosten bislang aus Gründen der Aufwandsreduzierung teilweise auf Preisen beruht, die nicht gezielt bei Krankenhäusern erhoben werden, sondern dem Statistischen Bundesamt bereits vorliegen, z.B. für Privathaushalte (Beispiel: Prämien für Haftpflichtversicherungen). Aus diesem Grund ist der Teilorientierungswert für die Sachkosten in der Vergangenheit von der Krankenseite kritisiert worden. Mit dem Ziel, auch vor dem Hintergrund der inflationsbedingt gestiegenen Krankenhauskosten diese zeitnah und sachgerecht im Rahmen der Weiterentwicklung des Orientierungswerts berücksichtigen zu können, ist es dringend erforderlich, die hierzu entsprechende Rechtsverordnung zeitnah zu erlassen. Vor dem Hintergrund, dass die fachliche Expertise für die Definition der Daten beim Statistischen Bundesamt liegt und sich insofern die Dringlichkeit gezeigt hat, diesem zeitnah selbst den Erlass der entsprechenden Rechtsverordnung zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass die hierfür erforderliche Übertragungsverordnung in einem ersten Schritt ebenfalls durch den Gesetzgeber geregelt wird.

Es handelt sich bei dem Erlass der Übertragungsverordnung um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Regelung nach § 10 Absatz 6a KHEntgG. Die gesetzliche Regelung nach § 10 Absatz 6a KHEntgG dient gerade dazu, die Rechtsgrundlage für das BMG zur Subdelegation per Rechtsverordnung zu schaffen. Der erforderliche Sachzusammenhang zwischen der gesetzlichen Regelung, eine Subdelegation im Wege der

Rechtsverordnung durch das BMG zu erlassen, und dem tatsächlichen Erlass einer entsprechenden Subdelegationsverordnung besteht insofern vorliegend. Die für die Änderung von Verordnungsrecht durch Parlamentsgesetz vorgesehenen Anforderungen sind daher ausnahmsweise auch auf den vorliegenden Erlass der Subdelegationsverordnung zu übertragen: Materielle bzw. fachlich-inhaltliche Regelungen werden mit der Subdelegationsverordnung nicht getroffen. Die Subdelegationsverordnung ist nach Artikel 80 Absatz 1 Satz 4 GG vielmehr erforderlich, um das Statistische Bundesamt zu befähigen, selbst entsprechende materielle Inhalte zu den zum Zwecke der Ermittlung des weiterentwickelten Orientierungswertes für Krankenhäuser zu erhebenden Daten festzulegen. Mit der vorliegenden Rechtsverordnung werden insoweit keine über die tatsächliche Subdelegation hinausgehenden Rechtsinhalte getroffen, sondern deren Inhalt beschränkt sich auf das durch § 10 Absatz 6a KHEntgG veranlasste Ausmaß der Übertragung der Zuständigkeit für den Erlass einer Verordnung auf das Statistische Bundesamt. Insofern besteht insbesondere keine Gefahr einer Überschreitung der gesetzlichen Grenzen der Ermächtigungsgrundlage nach § 10 Absatz 6a KHEntgG, wie beim Erlass von Rechtsverordnungen mit materiellem Inhalt und entsprechend teilweise größerem Regelungsumfang der Fall. Vielmehr könnte das BMG als Verordnungsgeber die Inhalte der vorliegenden Rechtsverordnung im Rahmen eines eigenständigen Verordnungsverfahrens auch nicht mit größerer Sachnähe als der Gesetzgeber ausgestalten. Es ist insofern vor dem Hintergrund, dass es sich beim Erlass einer Subdelegationsverordnung nach Artikel 80 Absatz 1 Satz 4 GG grundsätzlich um eine Sonderform der Rechtsverordnung handelt und die vorliegende Rechtsverordnung auch ausschließlich die Zuständigkeitsübertragung festlegt, gerechtfertigt, den Erlass der Subdelegationsverordnung ausnahmsweise unmittelbar durch den Gesetzgeber zu regeln.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die Regelung sieht in Satz 1 ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor. Davon abweichend normiert Satz 2 ein paralleles Inkrafttreten mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2.